| | | | |
|---|---|---|---|
| | MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | Versión: | 03 |
| | | Fecha de aprobación: | 20/12/2023 |
| | | Código: | PLA-CAL-05 |

## I. INTRODUCCION

Es importante que se garantice a la población el derecho a la Salud y el buen funcionamiento del hospital, para hacer que día a día se enfoque hacia mejoras en las diferentes áreas, contribuyendo así con la salud y calidad de vida de toda la población que requiere de sus servicios.

La dinámica actual del sector de la salud, sobre la cambiante plataforma normativa del Sistema General de Seguridad Social, en el contexto de una economía de mercado cada vez más globalizada, son sin duda alguna la principal barrera virtual que se vislumbra al mirar la perspectiva de los prestadores de servicios, sobre todo las Instituciones de carácter Público. En este panorama las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Estado, pueden asegurar que se encuentran en la escala más baja del modelo de aseguramiento Colombiano, frente a un Estado lento en la toma de decisiones y ajustes del sistema, con una gran población pobre asegurada, con grandes brechas de inequidad y discriminación. Siendo así, el entorno general se debe proyectar un mejoramiento continuo bajo un contexto de Planeación del Desarrollo y Crecimiento Institucional, particularmente para la E.S.E.

El "modelo de atención en la prestación de servicios" de la E.S.E., se elaboró bajo la directriz gerencial en su compromiso con la CALIDAD de los servicios, bajo la optimización de los recursos, basado en un modelo estándar de atención humanizada y segura, adoptando tres componentes integrados e interdependientes así:

- Los Servicios de salud,
- La acción intersectorial y transectorial por la salud y
- La participación social, comunitaria y ciudadana, mediante el acceso sin barreas a los servicios de salud, acciones de prevención primaria, promoviendo estilos de vida saludables para el usuario, su familia y comunidad hacia la disminución del riesgo a enfermar, riesgo a lesiones irreversibles y estados o condiciones que limiten la pronta y efectiva recuperación, y acciones de prevención secundaria para el tratamiento oportuno de la enfermedad

## OBJETIVO

El objetivo de este documeno, es proyectar a la empresa por el camino del equilibrio financiero y haciael logro de los objetivos sociales, que permita en el corto plazo la supervivencia económica y en el mediano y largo plazo la satisfacción real de los servicios de saludhacia la población sujeto y la territorialidad de la red, en condiciones de oportunidad, eficiencia, calidad y en forma armónica con el modelo de atención integral en Salud y las Rutas Integrales de atención.

## ALCANCE

El presente documento va dirigido a todo asegurador del Plan de Beneficios que requiera de la contratación de servicios de salud con la E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO DE ANOLAIMA. cuyo ámbito decobertura involucra a la sede principal, Centro y Puestos de Salud.

## CAMPO DE ACCIÓN

El Modelo de Prestación de Servicios de Salud de la E.S.E **HOSPITAL SAN ANTONIO DE ANOLAIMA,** está dirigido a todas las personas que tienen relación directa con el paciente y/o usuario que solicita la atención en la institución. Las disposiciones del presente modelo son de estricto cumplimiento.

## JUSTIFICACION

La **E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE ANOLAIMA,** con el ánimo de organizar y estructurar la prestación de sus servicios de acuerdo a la demanda de los mismos construye el presente documento, a identificar, parametrizar y estandarizar la atención desde la puerta de entrada, hasta la puerta de salida al usuario, su familia y comunidad que demande atención efectiva y resolutiva ante la cual un significativo número de clientes puede desear algo que no puede satisfacer por ninguna oferta existente en el Municipio Anolaima y el de Quipile con estrategias innovadoras que deben ser ajustadas en forma obligatoria anualmente conforme al Programa de Mejoramiento dela Calidad y en forma de accesoria por lo menos cada dos años de acuerdo a las características epidemiológicas, demográficas y la ubicación geográfica del municipio deAnolaima y Quipile como parte de la región salud Centro en el departamento de Cundinamarca

| Elaborado por: | Revisado por: | Aprobado por: |
|---|---|---|
| Adriana Paola Sierra<br>Asesor de Calidad | Carlos Meza<br>Asesor Planeación | Doris Marcela Sánchez<br>Gerente |

## MARCO LEGAL

En lo relacionado con la normatividad vigente frente a los temas relacionados en el documento se cuenta a la fecha con la siguiente información.

**Ley 9 de 1979. Código Sanitario Nacional.** El título VII contempla la recolección, procesamiento y difusión de la información epidemiológica y regula aspectos deutilidad, obligatoriedad y manejo de la información. En su artículo 480 establece la obligatoriedad de la información epidemiológica para todas las personas naturales o jurídicas, residentes o establecidas en el territorio nacional, dentro de los términos de responsabilidad, clasificación, periodicidad, destino y claridad que reglamente el Ministerio de Salud.

**Ley 100 de 1993.** Sistema General de Seguridad Social en Salud. Enfatiza la importancia de diagnosticar el estado de salud de la población y utilizar la información de salud para la elaboración de planes locales de atención; de igual forma, en los artículos 178 y 180 determina como función de las EPS "establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud" y determina el deber de estas, en la evaluación sistemática de la calidad de los servicios que ofrecena sus usuarios.

**Decreto 1485 de 1994.** Por el cual se regula la organización y funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud y la protección al usuario en el Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud. Define la responsabilidad de las EAPB, Entidades Adaptadas y Transformadas y las Administradoras del Régimen Subsidiado paraadministrar el riesgo en salud individual de sus afiliados, procurando disminuir la ocurrencia de eventos previsibles de enfermedad o de eventos de enfermedad sin atención (artículo 2).

**Acuerdo 117 de 1998, del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Por elcual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública.** Define que a las EPS les corresponde adelantar las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica, detección temprana y atención de las enfermedades de interés en salud pública; enlos artículos 5 y 6 se establece los grupos de riesgo objeto de 15 intervención por las

actividades preventivas y la aplicación de guías integrales de atención para las enfermedades de interés para promover la salud y controlar o minimizar los riesgos de enfermar o morir, así mismo, establece la competencia de las EAPB para priorizar la atención de otras enfermedades de interés en salud pública, de acuerdo con los perfiles epidemiológicos de su población y las metas en salud pública territoriales (artículo 8).

**Acuerdo 125 DE 1999, del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Por medio del cual se establece el periodo de transición para la aplicación del Acuerdo 117 y se dictan otras disposiciones.** Define en su artículo 14 que las EAPB deberán realizar la programación de actividades, intervenciones y procedimientos de demanda inducida y obligatorio cumplimiento, los cuales deben estar ajustados a las prioridades territoriales en materia de Salud Pública, definidas por las Direcciones Seccionales de Salud y que para esta planeación el Ministerio de Salud establecerá por acto administrativo los lineamientos para la elaboración ypresentación de los mismos.

**Resolución 412 de 2000, por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatoriocumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.** Adoptó las Normas Técnicas y Guías de Atención, para el desarrollo de las acciones de Protección Específica y Detección Temprana y la atención de las Enfermedades de Interés en Salud Pública. Las resoluciones 3442 de 2006; 4003, 769 y 1973 del 2008 y 2257 de
2011, así como los acuerdos 380 de 2007 y 395 de 2008 establecen, actualizan y modifican nuevas normas técnicas y guías de atención para Enfermedades de Interés en Salud Pública.

**Decreto 1011 del 3 de abril de 2006. Norma por la cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.** Dicho Sistema se define como 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.

**Decreto 3518 de 2006. Por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en salud Pública y se dictan otras disposiciones.** Define en el capítulo II laobligatoriedad de realizar el análisis de la situación de la salud de su área de influencia, con base en la información generada por la vigilancia y otras informaciones

que permitan definir áreas prioritarias de intervención en salud pública y orientar las acciones de control de los problemas bajo vigilancia de acuerdo con el nivel territorial donde este se aplique.

**Resolución 1446 de 2006. Sistema de información para la Calidad e Indicadores del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.** El Ministerio de Salud 16 y Protección Social debe hacer seguimiento y evaluación a la calidad en la atención en salud a través de la adopción del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud, que entregará información oportuna sobre indicadores de calidad de los servicios de salud que los usuarios deben tener como criterios en el momento de decidir libremente su afiliación, de manera que puedan tomar decisiones informadas, como contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Además del establecimiento de tres niveles de operación del sistema de información: general, interno y externo mediante indicadores trazadores y fichas técnicas de implementación obligatoria.

**Decreto 4747 de 2007. Regulación de algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo.** En el artículo 5 establece como requisito para la negociación y suscripción de los acuerdos de voluntades, entre otros,los indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

**Ley 1122 de 2007 que modifica la Ley 100 de 1993. Algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.** En el artículo 32 define que lasalud pública está constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país; dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad. Así mismo, obliga alMSPS a definir la Plataforma de Integración al Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO), que entre sus funciones debe i) facilitar el seguimiento y monitoreo de actores en salud, garantizando que los actores del Sistema suministren datos con calidad, cobertura, pertinencia, oportunidad, fluidez y transparencia. ii) Registrar la información sobre actores del sector salud, capturada y sistematizada por el SIVIGILA en el Instituto Nacional de Salud. iii) Recoger y sistematizar información para monitorear resultados en salud de las Entidades Territoriales, aseguradoras y

prestadores de servicios con el fin de alimentar el Sistema de Rectoría y Administración por resultados, previsto en el artículo 2° de esta Ley.

**Ley 1438 de 2011. Reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud.** Orienta la gestión institucional hacia un modelo de prestación del servicio público en salud en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud, adicionalmente el artículo 111 establece la creación de sistemas de evaluación y calificación de las Direcciones Territoriales de Salud, Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Salud que permitan conocer públicamente: i) número de quejas, ii) gestión de riesgo, iii) programas de percepción y control de enfermedades, implementados, iv) resultados en la atención de la enfermedad, v) prevalencia de enfermedades de interés en salud pública, vi) listas de espera; administración y vii) flujo de recursos. Así mismo, en el artículo 114 refiere la obligación de las Entidades Promotoras de 17 Salud, los prestadores de servidos de salud, de las direcciones territoriales de salud, las empresas farmacéuticas, las cajas de compensación, las administradoras de riesgos profesionales y los demás agentes del sistema, proveer la información solicitada de forma confiable, oportuna y clara dentro de los plazosestablecidos; de no hacerlo estas Instituciones serán reportadas ante las autoridades competentes, quienes aplicarán las sanciones correspondientes de acuerdo a lo establecido en el artículo 116 de la misma Ley.

**Decreto Ley 4107 de 2011: Por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social** y se integra el Sector Administrativo de Salud y Protección Social. Al Ministerio de Salud y Protección Socialle corresponde fortalecer la capacidad de rectoría, regulación y gestión en materia de salud pública, además de mejorar la capacidad institucional para la planificación y gestión de las acciones individuales y colectivas en salud pública; y específicamente ala Dirección de Epidemiología y Demografía, según el artículo 21, le corresponde promover, orientar y dirigir la elaboración del estudio de la situación de la salud y realizar estrategias de promoción y prevención de factores de riesgos sanitarios, en coordinación con entidades territoriales o privadas involucradas.

**Resolución 2267 de 2011. Por la cual se adoptan los Protocolos y Guías para la Gestión de la Vigilancia en Salud Pública.** Las Guías de Atención Clínica Integral y las Guías de Vigilancia entomológica y control para las enfermedades transmitidas porvectores, estableciendo las guías de atención clínica integral de las patologías de Dengue, Malaria, Leishmaniosis y Chagas.

**Resolución 4505 de 2012. Por la cual se establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la**

**aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interésen salud pública de obligatorio cumplimiento.** Define los criterios para la recolección y consolidación del registro por persona de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral paralas enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento, remitidas por las Direcciones Municipales de Salud o Instituciones Prestadoras de Servicios de salud, reglamenta su reporte y monitoreo en el país.

**Resolución 1841 de 2013. Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública2012-2021.** Establece la obligatoriedad de cumplimiento tanto para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), como del Sistema deProtección Social, del PDSP 2012- 2021, que incluye que los actores y sectores que ejerzan acciones y funciones relacionadas con la intervención de los determinantes sociales de la salud, concurrirán al desarrollo y cumplimiento de los objetivos, estrategias, metas y demás aspectos señalados en el mencionado Plan. De igual forma en su artículo 3 define que la implementación y ejecución del PDSP estará a cargo de las entidades territoriales y las empresas administradoras de planes de beneficios, entre otras.

**Resolución 1536 de 2015, del Ministerio de Salud y Protección Social. Por la cual se establecen las disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud.** Define en su artículo 12 el concepto de caracterización de la población como una metodología de análisis de riesgos, características y circunstancias individuales y colectivas que permiten identificar riesgos, priorizar poblaciones dentro de las personas afiliadas y lugares dentro de un territorio y programar las intervenciones individuales necesarias para prevenir y mitigar dichos riesgos, mediante acciones a cargo de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios(EAPB) y Administradoras de Riesgos Laborales (ARL) contempladas en los planesde beneficios. Resalta en su artículo 14.4 como una de las responsabilidades de las EAPB concertar acciones conjuntas acordes con las prioridades del Plan Territorial de Salud, en articulación con las Entidades Territoriales de Salud, departamentales y distritales en el marco de sus competencias.

**Resolución 0256 de 2016. Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.** Artículo 5. Del reporte de información y de las responsabilidades de las entidades obligadas a reportar. Las EntidadesAdministradoras de Planes de Beneficios —EAPB, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes, deberán reportar la información de su competencia, contenida en los Anexos Técnicos Nos. 2 y

3 de esta resolución, a través de la Plataforma de Intercambio de Información (PISIS) del Sistema Integral de Información de la Protección Social — SISPRO de esteMinisterio.

**Resolución 01429 de 2016. Por el cual se modifica la estructura de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud — ADRES- y se dictan otras disposiciones.** La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud — ADRES tendrá como objeto administrar los recursos a que hace referencia el artículo 67 de la Ley 1753 de 2015 y los demás ingresos que determine la ley; y adoptar y desarrollar los procesos yacciones para el adecuado uso, flujo y control de los recursos en los términos señalados en la citada Ley, en desarrollo de las políticas y regulaciones que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

**Resolución 429 de 2016 por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud- PAIS** la cual hace parte integral de la misma, atiende la naturalezay contenido del derecho fundamental a la salud y orienta los objetivos del sistema de salud y de la seguridad social en salud a la garantía del derecho a la salud de la población, generando un cambio de prioridades del Estado como regulador y lasubordinación de las prioridades e intereses de los integrantes a los objetivos de la regulación, que centra el sistema en el ciudadano. El objetivo de la PAIS está dirigido hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población, mediante la regulación de la intervención de los integrantes sectoriales e intersectoriales responsables de garantizar la atención de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución. La política exige la interacción coordinada de las entidades territoriales, a cargo de la gestión de la salud pública, de los Entidades administradoras de planes de beneficios-EAPB y de los prestadores de servicios de salud. Esa coordinación implica la implementación y seguimiento de los Planes Territoriales de Salud, en concordancia con: los Planes de Desarrollo Territoriales, el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018. Cumplimiento para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud —SGSSS y de las demás entidades que tengan a su cargoacciones en salud, esta política cuenta con un marco estratégico y un marco operacional, que corresponde al Modelo Integral de Atención en Salud —MIAS.

**Resolución 003202 de 2016 Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud — RIAS,** se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por

el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud —PAIS y se dictan otras disposiciones

**Decreto 780 de 2016 Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.** Decreto reglamentario único del sector salud y protecciónsocial, que compila y simplifica todas las normas reglamentarias preexistentes en el sector de la salud; con el objetivo de racionalizar las normas de carácter reglamentario que rigen el sector y contar con un instrumento jurídico único.

Cuenta con un capitulo completo sobre las normas que actualmente rigen en la afiliación de los usuarios al Sistema General de Seguridad Social en Salud para el Régimen Contributivo y Subsidiado, traslado y movilidad de EPS, portabilidad, eimplementación de Sistema de Información Transaccional que permite el acceso en tiempo real a los datos de información básica y complementaria de los afiliados.

También ahonda sobre los aportes patronales, los planes de atención complementarios en el Contributivo, los convenios entre EPS y Cajas de Compensación Familiar en la administración de los recursos del Régimen Subsidiadoy su obligación en la contratación con Empresas Sociales del Estado. Se concentra enel flujo financiero de los recursos en el Régimen Subsidiado, desde el origen de cada una de las fuentes que los financian hasta su pago y aplicación para garantizar el acceso efectivo de la población al servicio de salud.

La administración de los recursos, el giro directo incorporado en el presupuestogeneral de la nación, en el Fosyga y demás recursos disponibles para el Régimen Subsidiado, el papel de las entidades territoriales para el giro de los recursos. Además, del pago de las deudas y el saneamiento contable de los aseguradores y prestadores.

Recopila las disposiciones para el funcionamiento adecuado del Sistema Obligatorio de Calidad en la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social enSalud – SOGCS, orientado al mejorar los resultados en la atención en salud, centrados en los usuarios a través de la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad. Teniendo en cuenta los componentes del SOGCS.

**Guía de Práctica Clínica, Ministerio de Salud.** Es un documento informativo que incluye recomendaciones dirigidas a optimizar el cuidado del paciente, con base en una revisión sistemática de la evidencia y en la evaluación de los beneficios y daños de distintas opciones en la atención a la salud. Las Unidades Primarias Generadoras de Datos y las demás entidades del orden municipal, distrital, departamental y

nacional que partícipan en los procesos de vigilancia, deberán cumplir con las funciones en relación con el Sistema Nacional de Salud Pública descritos en la Ley 9 de 19791 , Ley 10 de 19902 , Ley 100 de 1993, el Decreto número 3039 de 20074 yen particular las consignadas en el decreto 3518 de octubre 9 de 2006, el cual en los artículos 12: lista las funciones de las unidades notificadoras, donde se incluye: literal
c) Adoptar e implementar el sistema de información para la vigilancia en salud pública y en el artículo 13 se incluyen: funciones de las unidades primarias generadoras de datos, (SALUD, 2017)

**Boletín Epidemiológico Semanal (BES)** es una publicación emitida por la Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública, con información epidemiológica priorizada sobre los eventos de interés en salud pública del país, notificada semanalmente al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila). El número de casos en el BES, puede variar después de que las entidades territoriales realizan unidades de análisis para el ajuste y la clasificación de caso, en cada evento (SALUD I. N., 2017)

## RED DE SERVICIOS DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE ANOLAIMA, CENTRO Y PUESTOS DE SALUD

LA E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE ANOLAIMA, Es una empresa prestadora de servicios Primarios y Complementarios constituida como Prestador de I nivel de atención, de carácter público y carácter departamental. Según el Registro Especial de Prestadores para la prestación de los servicios de salud cuenta con infraestructura física distribuida por zonas, con una red de servicios en su área de influencia conformada por los centros y puesto de salud tanto en el área urbana y rural con servicios habilitados para la intervención extra e intramural con actividadesindividuales y colectivas en el marco del Modelo de Atención Primaria en Salud y la estructuración de redes integradas de servicios de salud así:

| NOMBRE SEDE | GRUPO DEL SERVICIO | CODSER | NOMBRE SERVICIO |
|---|---|---|---|
| ANOLAIMA | INTERNACIÓN | 129 | HOSPITALIZACIÓN ADULTOS |
| | | 130 | HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA |
| | CONSULTA | 312 | ENFERMERÍA |
| | | 328 | MEDICINA GENERAL |
| | | 333 | NUTRICIÓN Y DIETÉTICA |
| | | 334 | ODONTOLOGÍA GENERAL |
| | | 344 | PSICOLOGÍA |
| | | 420 | VACUNACIÓN |
| | APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA | 706 | LABORATORIO CLÍNICO |
| | | 712 | TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO |
| | | 714 | SERVICIO FARMACÉUTICO |
| | | 739 | FISIOTERAPIA |
| | | 744 | IMÁGENES DIAGNÓSTICAS - IONIZANTES |
| | | 745 | IMÁGENES DIAGNÓSTICAS – NO IONIZANTES |
| | | 749 | TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS |
| | ATENCIÓN INMEDIATA | 1101 | ATENCIÓN DEL PARTO |
| | | 1102 | URGENCIAS |
| | | 1103 | TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO |

FUENTE: REPS año 2023

| Elaborado por: | Revisado por: | Aprobado por: |
|---|---|---|
| Adriana Paola Sierra<br>Asesor de Calidad | Carlos Meza<br>Asesor Planeación | Doris Marcela Sánchez<br>Gerente |

| AREA O ZONA | NOMBRE SEDE | GRUPO DEL SERVICIO | COD SER | NOMBRE SERVICIO |
|---|---|---|---|---|
| INSPECCION LA FLORIDA | PUESTO DE SALUD LA FLORIDA | CONSULTA EXTERNA | 328 | MEDICINA GENERAL |
| | | | 312 | ENFERMERIA |
| | | APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA | 749 | TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS |

FUENTE: REPS año 2023

| AREA O ZONA | NOMBRE SEDE | GRUPO DEL SERVICIO | COD SER | NOMBRE SERVICIO |
|---|---|---|---|---|
| INSPECCION SIERRA (QUIPILE) | PUESTO DE SALUD L SIERRA | CONSULTA EXTERNA | 328 | MEDICINA GENERAL |
| | | | 312 | ENFERMERIA |
| | | APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA | 749 | TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS |

FUENTE: REPS año 2021

| AREA O ZONA | NOMBRE SEDE | GRUPO DEL SERVICIO | COD SER | NOMBRE SERVICIO |
|---|---|---|---|---|
| INSPECCION LA VIRGEN (QUIPILE) | PUESTO DE SALUD LA VIRGEN | CONSULTA EXTERNA | 328 | MEDICINA GENERAL |
| | | | 312 | ENFERMERIA |
| | | APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA | 749 | TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS |

FUENTE: REPS año 2021

| AREA O ZONA | NOMBRE SEDE | GRUPO DEL SERVICIO | COD SER | NOMBRE SERVICIO |
|---|---|---|---|---|
| INSPECCION DE SANTA MARTA QUIPLE | PUESTO DE SALUD | CONSULTA EXTERNA | 328 | MEDICINA GENERAL |
| | | | 312 | ENFERMERIA |
| | | APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA | 749 | TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS |

FUENTE: REPS año 2021

| AREA O ZONA | NOMBRE SEDE | GRUPO DEL SERVICIO | COD SER | NOMBRE SERVICIO |
|---|---|---|---|---|
| INSPECCION LA BOTICA (QUIPILE) | PUESTO DE SALUD LA BOTICA | CONSULTA EXTERNA | 328 | MEDICINA GENERAL |
| | | | 312 | ENFERMERIA |
| | | APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA | 749 | TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS |

FUENTE: REPS año 2021

| AREA O ZONA | NOMBRE SEDE | GRUPO DEL SERVICIO | COD SER | NOMBRE SERVICIO |
|---|---|---|---|---|
| Urbana (Centro poblado) | CENTRO DE SALUD QUIPILE | CONSULTA EXTERNA | 328 | MEDICINA GENERAL |
| | | | 312 | ENFERMERIA |
| | | APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA | 420 | VACUNACIÓN |
| | | | 712 | TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO |
| | | | 749 | TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS |
| | | | 110 3 | TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO |

FUENTE: REPS año 2021

6.3CARACTERISTICAS DEL MODELO

- El modelo de atención se basa en el mejoramiento continuo y la atención segura de nuestros usuarios aplicando las siguientes características:
- Continuidad: es la prestación de los servicios mediante una secuencia lógica y racional de actividades sin interrupciones.
- Oportunidad: Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.
- Pertinencia: es el grado de aplicación de los conocimientos médicos y la tecnología disponible de acuerdo con la evidencia científica.
- Accesibilidad: facilidad con que el usuario puede ingresar a la institución y así obtener los cuidados médicos, a pesar de las barreras que se presenten (económicas, geográficas, administrativas y de la organización)
- Seguridad: Es el conjunto de elementos que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
- Efectividad: es el grado en que la prestación de los servicios alcanza los resultados esperados.
- Eficiencia: Uso racional de los recursos disponibles para la atención del resultado esperado.
- Satisfacción del usuario: grado de cumplimiento de las expectativas de los mismos, frente a la atención recibida y los resultados obtenidos.

| Elaborado por: | Revisado por: | Aprobado por: |
|---|---|---|
| Adriana Paola Sierra<br>Asesor de Calidad | Carlos Meza<br>Asesor Planeación | Doris Marcela Sánchez<br>Gerente |

## DEFINICIÓN Y COMPOSICIÓN DEL "MODELO DE PRESTACION DE SERVICIOS"

El Modelo de prestación de servicios en Salud comprende el enfoque aplicado en la organización para la prestación del servicio, y orientación de las actividades de salud. Es así como a partir de este se deriva la forma como se organizan los recursos para la atención de la salud desde la perspectiva del servicio al usuario, su familia y la comunidad en la cual se incluyen 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 contra referencia". Es decir, se circunscribe desde el acceso del paciente que parte con la identificación de las necesidades de este, hasta la finalización de la atención, salida y seguimiento, abordando las diferentes fases del proceso salud enfermedad con acciones de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, recuperación de la salud y rehabilitación.

El "modelo de atención en salud" tiene como enfoque "la atención en salud" con el propósito preservar, mejorar y rehabilitar las condiciones de salud de los usuarios a través de propiciar una cultura en el autocuidado de la salud que permita una atención orientada hacia la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, que permita mejorar la oportunidad, continuidad, pertinencia, accesibilidad y seguridad en los servicios prestados, teniendo en cuenta la organización de redes de las diferentes Entidades prestadoras de servicio de salud.

La E.S.E. espera y establece que el "Modelo de prestación de servicios" es la hoja ruta o brújula para los usuarios, las Empresas Aseguradoras del Plan de Beneficios y demás entidades con las que interactúe en su papel de prestador la E.S.E; con el fin de mantener informados de los servicios ofertados y el acceso a dichos servicios y la composición de la atención, como parte integral del programa de Humanización y Seguridad del Paciente", nuestro portafolio de servicios, El programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, los sistemas integrados de Gestión de Calidad y el Plan de Desarrollo Institucional.

**En conclusión, el Modelo de Prestación de Servicios de la E.S.E.** empieza desde la etapa de ingreso del Usuario y su familia, en la identificación de las necesidades del usuario, las cuales pueden ser urgencias, atención prioritaria, atención por consulta externa y derivado a hospitalización.

La atención implica la planificación en la atención mediante el análisis datos e información, comunicación con miras a la prestación en respeto de las condiciones del usuario, con el apoyo e intervención análisis de laboratorio y pruebas diagnósticas para identificar las necesidades de atención en salud y por consiguiente la elaboración de un

plan de atención que cubra las necesidades identificadas que permitan la ejecución de la segunda etapa, la prestación de la atención o servicio, conmiras a definir el diagnóstico y la alternativa terapéutica de conformidad con el entorno que responda a las necesidades del usuario en cada caso y así continuar conla etapa tres que es el control del paciente y resultados de la atención para la modificación de la atención cuando sea necesario y por último la etapa cuatro y cinco que conlleva la finalización de la atención, y planificación del seguimiento.

Todo ello enmarcado bajo la comprensión de atención centrada en el usuario y la familiar bajo aspectos primordiales de comunicación y educación y bajo parámetros de calidad y la institucionalización del programa de humanización y el programa de seguridad del paciente, en estricta aplicación de pertinencia, accesibilidad, continuidad, oportunidad y seguridad del Sistema de Garantía de la Calidad.

## COMPONENTES DEL "MODELO DE PRESTACION DE SERVICIOS"

El "Modelo de prestación de servicios de la E.S.E. tiene inmersos los siguientes componentes:

### Atención en Salud

La E.S.E. con la estrategia de Atención en Salud a través de acciones con las cuales se tienen en cuenta como mínimo metas e indicadores de resultados definidos en la ley 1438 del 2011 y en el Plan de Desarrollo y Plan de Gestión así:

- Incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles y en general lasprecursoras de eventos de alto costo.
- Prevalencia e incidencia en morbilidad y mortalidad materna perinatal einfantil.
- Incidencia de enfermedades de interés en salud pública.
- Incidencia de enfermedades prevalentes transmisibles incluyendo las
- inmunoprevenibles.

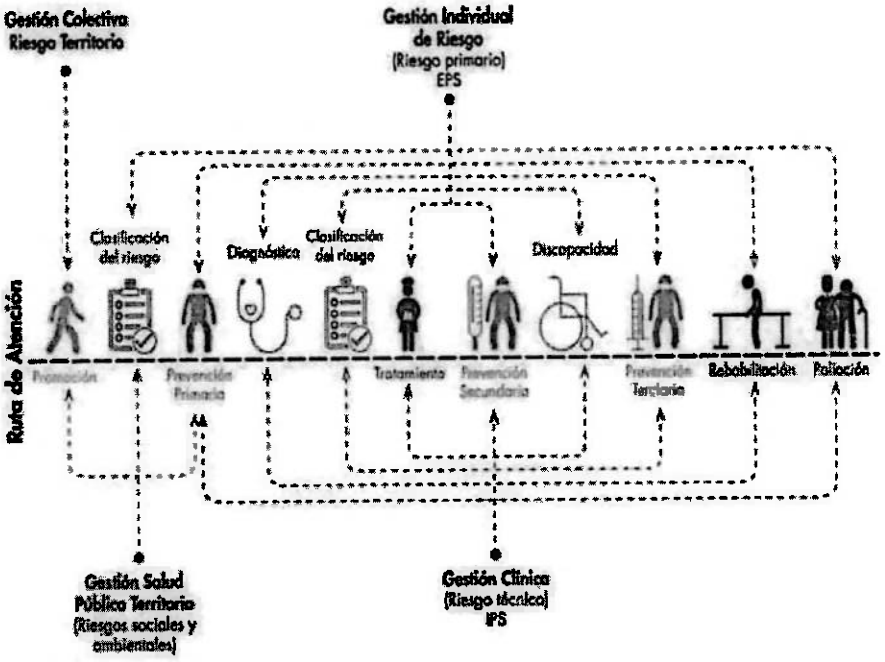
Con ello generar acceso oportuno con un enfoque de ATENCION INTEGRAL. La atención integral al usuario incluirá a su familia y entorno, a través del conocimiento universal de susnecesidades lo cual garantizara un manejo adecuado de su salud y el acceso permanente alos servicios a los que tiene derecho y que además otorga la Ley vigente. Es de aclarar que el enfoque inicial de la atención en salud de la ESE se basa en garantizar las condicionesde accesibilidad y oportunidad a los servicios de salud de acuerdo a las necesidades del usuario. No es posible esperar resultados en

salud si el propio usuario y familia no adoptan conductas y prácticas que los protejan frente a los riesgos de salud. Por ello el cuidado significa o se entiende como la principal acción integradora frente a la atención integral y el despliegue de acciones de Atención en Salud, y entendido este cuidado como la capacidad, toma de decisiones y acciones que el individuo y el Estado adoptan para proteger la salud del individuo, la de su familia en el entorno.

### Gestión Integral Del Riesgo En Salud

En el "Modelo de prestación de Servicios" la E.S.E. Hospital San Antonio de Anolaima establece y deja inmerso en el segundo componente del modelo mismo las acciones estratégicas entre salud pública, aseguramiento y prestación de servicios de salud articulados entre si con la finalidad de lograr la minimización del riesgo y el manejo de la enfermedad al cual se le incorporan dos elementos.

Para el caso de la atención y operación del Modelo de prestación de servicios de la E.S.E. Hospital San Antonio de Anolaima, la principal puerta de entrada demandante es el Servicio de URGENCIAS, realizada la admisión pasa a una atención de Evaluación del riesgo y establecimiento de la prioridad de atención (TRIAGE).




1. **El enfoque diferencial por territorialidad;**

Aplicable conforme a las características de la población y la estructura disponible de servicios y la territorialidad misma definida por el Ministerio de Salud en áreas así: área metropolitana, centros urbanos, área rural y área dispersa.

Para el caso concreto aplica en división de áreas en la prestación de servicios de salud para la E.S.E. Hospital San Antonio de Anolaima ÁREA RURAL.

2. **Rutas integrales de atención en salud "RIAS".**

El Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) define tres tipos de Rutas Integrales de Atención en Salud RIAS, así:

**Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud.**

Comprendeacciones sectoriales e intersectoriales; intervenciones de carácter individual y colectivo, dirigidas a promover la salud, prevenir el riesgo, prevenir la enfermedad y generar culturadel cuidado de la salud en las personas, familias y comunidades, mediante la valoración integral del estado de salud, la detección temprana de alteraciones; la protección específica yla educación para la salud. Esta ruta se aplica para toda la población residente en el territorio. Se realiza por curso de Vida.

**Ruta Integral de Atención en Salud de Grupos de Riesgo.** Incorpora acciones sectoriales e intersectoriales; intervenciones individuales y colectivas, con el propósito deidentificar e intervenir oportunamente factores de riesgo, ya sea para evitar la aparición de unao varias condiciones específicas en salud o para realizar el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, según cada situación. Esta ruta se aplica para la población en riesgo residente en el territorio.

| EVENTO | GRUPO DE RIESGO |
|---|---|
| EPOC | RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades respiratorias crónicas |
| Diabetes mellitus-Accidentes cerebrovasculares-Hipertensión Arterial Primaria (HTA)-Enfermedad Isquémica Cardiaca (IAM) Enfermedad Renal Crónica | RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones cardio – cerebro - vascular - metabólicas manifiestas. |
| Deficiencias nutricionales especificamente anemia-Desnutrición-Sobrepeso y obesidad | RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones nutricionales |
| Psicosis tóxica asociada a consumo SPA Uso nocivo Sobredosis – Dependencia - efectos agudos y crónicos sobre la salud problemas sociales agudos y crónicos | RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido al uso de sustancias psicoactivas y adicciones. |
| Depresión-Demencia-Esquizofrenia-Suicidio | RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos psicosociales y del comportamiento. |
| Caries-Fluorosis-Enfermedad Periodontal-Edentulismo-Tejidos blandos, estomatitis. | RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones en la salud bucal. |
| Ca Piel no melanoma-Ca mama-Ca Colon y Recto -Ca Gástrico-Ca cuello y LPC en diagramación-Ca Próstata-Ca Pulmón-Leucemias y linfomas | RIAS para población con riesgo o presencia de cáncer. |
| IVE-Hemorragias -Trastornos hipertensivos complicadas-Infecciosas- Endocrinológicas y metabólicas-Enfermedades congénitas y metabólicas genéticas-Bajo peso-Prematurez. Asfixia | RIAS para población materno - perinatal. |

| | |
|---|---|
| TV: Dengue, Chikungunya, Malaria, Leishmaniasis, Chagas.TS: VIH, HB, Sífilis, ETS. ETA- ERA, neumonía y EDA-Inmuno-prevenibles | RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas |
| Accidente rábico- Accidente ofídico | RIAS para población con riesgo o presencia de zoonosis y agresiones por animales<br>RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedad y accidentes laborales. |
| Violencia relacionada con el conflicto armado-Violencia de género- Violencia por conflictividad social | RIAS para población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas |
| | RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades y accidentes relacionados con el medio ambiente. |
| Hemofilia-Fibrosis quística-Artritis idiopática-Distrofia muscular de Duchenne, Becker y Distrofia Miotónica | RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades huérfanas. |
| Defecto refractivo (Miopía, Hipermetropía, astigmatismos)-Ambliopía- Glaucoma-Cataratas-Retinopatía del prematuro-Visión Baja-Traumas del oído-Hipoacusia-Otitis-Vértigo. | RIAS para presencia de trastornos visuales y auditivos |
| Enfermedades neurológicas, Enfermedades del colágeno y artrosis | RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos degenerativos, neuropatías y auto-inmunes |

**Humanización en la Atención**

El "Modelo de Prestación de Servicios de la E.S.E Hospital San Antonio de Anolaima, se formula con base en las pautas y se conjuga con el programa de humanización, el programa de Seguridad del Paciente y la Política de Seguridad del Paciente con el único y principal efecto resultado, promover el trato digno, el respeto, la comunicación asertiva entre sus colaboradores la confidencialidad, con principios de ética profesional, todo ello con el propósito de garantizar el cumplimiento de los derechos del paciente y la familia.

Las acciones del Modelo no serán más que las establecidas en el programa de seguridad del paciente tales como:

- Socialización y evaluación del programa de seguridad del paciente.
- Capacitación en Derechos y Deberes del Usuario, Familia y Cliente interno y externo.
- Medición y análisis del Modelo de PQRS
- Evaluación del programa de Humanización de la E.S.E.

**Seguridad al Paciente**

El Programa de Seguridad del Paciente de la E.S.E. deberá ser parte introductoria de todos los colaboradores de la E.S.E, y sin la avaluación previa no se podrá acceder en laejecución de acciones asistenciales y administrativas, igualmente se deberá establecer la adherencia a cultura de seguridad durante el proceso de atención en salud, basada en la gestión de los incidentes y eventos adversos a través de los análisis de causa raíz de losmismos, la implementación de barreras de seguridad y de las practicas seguras, teniendo como pilar la aplicación estricta y continua de los líneas de acción en nuestros colaboradores, igualmente la adopción de guías y protocolos, articulados conlos programas de fármaco vigilancia, tecno vigilancia, hemo vigilancia y reactivo vigilancia. Se realizan acciones como:

- ✓ Evaluación mediante Pre-test y Pos-test del Programa para la contratación del Talento Humano.
- ✓ Capacitación en buenas prácticas seguridad del paciente
- ✓ Medición de la cultura de seguridad.
- ✓ Rondas de seguridad en los servicios.
- ✓ Evaluación de adherencia a guías y protocolos.

**Ejecución del "Modelo de Prestación de Servicios"**

**Acceso.**
El usuario y familia en la E.S.E. Hospital San Antonio de Anolaima, Ingresan a través de los servicios de urgencias. La atención en el servicio de urgencias se establecerá de acuerdo con la prioridad de atención (TRIAGE).

Por consulta externa y cirugía ambulatoria programada se realiza a través de la asignación de citas médicas generales. Especializadas y de otras profesiones, a través del CALL CENTER o citas personales. Para la prestación del servicio electivo (laboratorios, imágenes diagnósticas) es necesaria la autorización por parte de la EPS según corresponda con el proceso de negociación. La ejecución de las Acciones se hará con el apoyo de orientador de servicios implemento por la E.S.E.

**Identificación de necesidades de atención**

Inicia la rutina hospitalaria con la presentación del médico quien realizará la atención inicial de urgencias y/o de consulta externa. Consiste en preguntarle al paciente y/o familiar el motivo por el cual consulta al servicio, tiempo de evolución de los síntomas, antecedentes personales y familiares. En caso de discapacidad auditiva se realizará la actividad por escrito. El médico realiza una revisión por sistemas para poder correlacionar con la enfermedad actual del paciente.

Durante la valoración se detectarán además las necesidades de cuidado individual como por ejemplo, necesidades de educación (promoción y prevención de acuerdo al diagnóstico del paciente), comunicación (si se detecta barreras idiomáticas) etc., los Riesgos del paciente identificados (caídas, antecedentes, alergias, infección, etc.), y otros riesgos como los socioeconómicos, culturales y administrativos asociados a la adherencia al tratamiento.

Terminada la anamnesis (interrogatorio) y el examen físico el médico debe encontrarse en la capacidad de dar un diagnóstico presuntivo y establecer la conducta médica a seguir con el paciente, para los pacientes que ingresan al servicio de urgencias se debe seguir el siguiente orden:

Dieta, Necesidad de Oxígeno, Líquidos IV, Antibióticos, Medicamentos en orden de prioridad según patología del paciente, Medicamentos de soporte, Solicitud de apoyo diagnostico (Laboratorio, imágenes), Solicitud de apoyos terapéuticos, solicitud de interconsultas las cuales deben incluir interconsultas de auto cuidado, educación y promoción de la salud, dadas por el personal asignado en la institución, Procedimientos y cuidados especiales de Enfermería.

**Planeación en la atención**
Establecimiento de guías de atención y consentimientos informados, protocolos, procedimientos, que se encuentran documentados en el DRIVE institucional parala respectiva consulta.

**Ejecución del tratamiento**
Aplicación de tratamiento de acuerdo con necesidades y servicios ofertados. Explicación de la forma enque se lleva la implementación del plan de atención la que debe incluir el plan terapéutico.

**Evaluación**
Mecanismos de evaluación y auditoría médica (y por pares) y mecanismos de retroalimentación. A través de la realización de auditorías internas, aplicación de listas de verificación y chequeo.

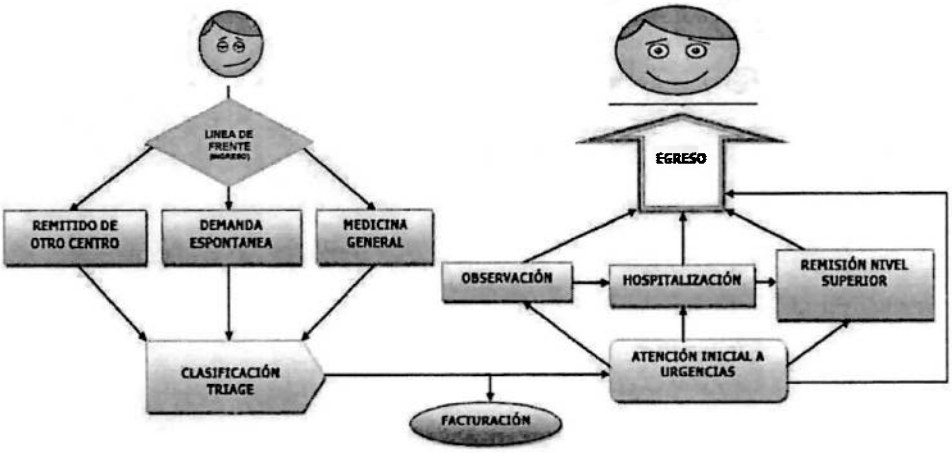
**Salida y seguimiento**
Mecanismos para el egreso, trámites administrativos, plan de egreso y seguimiento a pacientes e identificación de riesgos en esta fase. Comprende continuación de tratamiento y solicitud de pruebas y apoyos terapéuticos. Solicitud de medicamentos.

**Proceso de educación al paciente y su familia**
Describe brevemente el programa de educación sus componentes, como se accede a él y su articulación como parte del proceso de tratamiento.

**Atención al usuario**
Describe como apoya la gestión asistencial brindando un acompañamiento transversal en todas las fases del proceso de atención, mecanismos para interponer quejas, reclamos, sugerencias, felicitaciones. Este punto puede acompañarse de un flujo gramas que ayude en la socialización al personaly facilite la identificación de la ruta del paciente en la organización

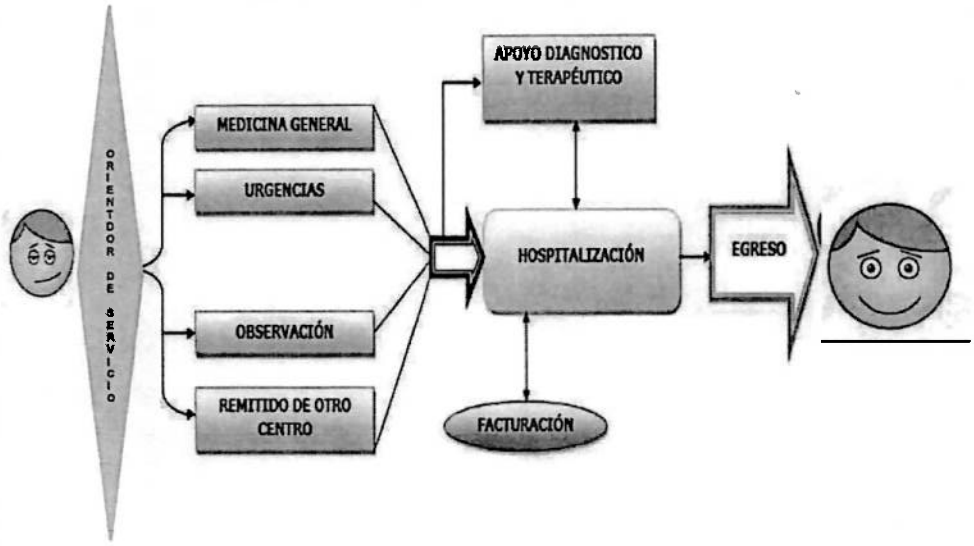
| | | | |
|---|---|---|---|
| | MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | Versión: | 03 |
| | | Fecha de aprobación: | 20/12/2023 |
| | | Código: | PLA-CAL-05 |

## MODELO DE PRESTACION URGENCIAS



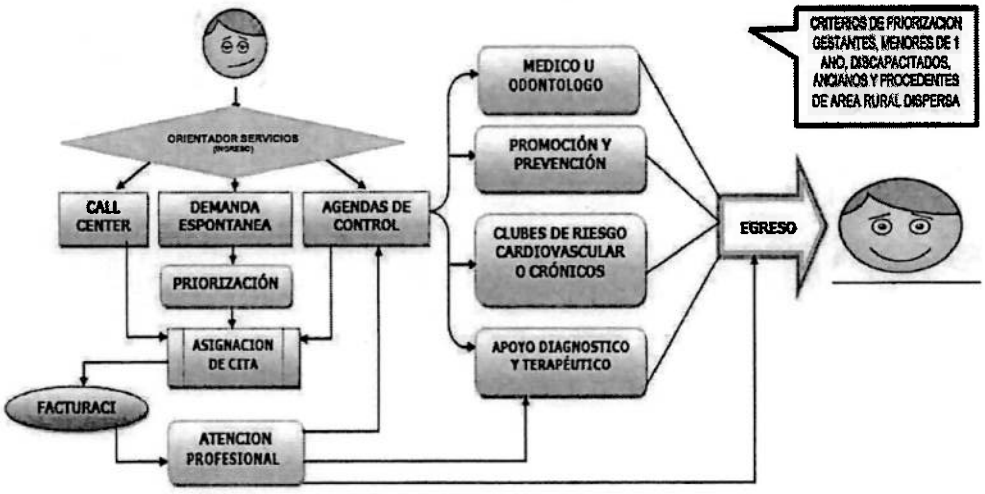
| | | | |
|---|---|---|---|
| | MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | Versión: | 03 |
| | | Fecha de aprobación: | 20/12/2023 |
| | | Código: | PLA-CAL-05 |

**MODELO DE PRESTACION DE SERVICIOS HOSPITALIZACION**



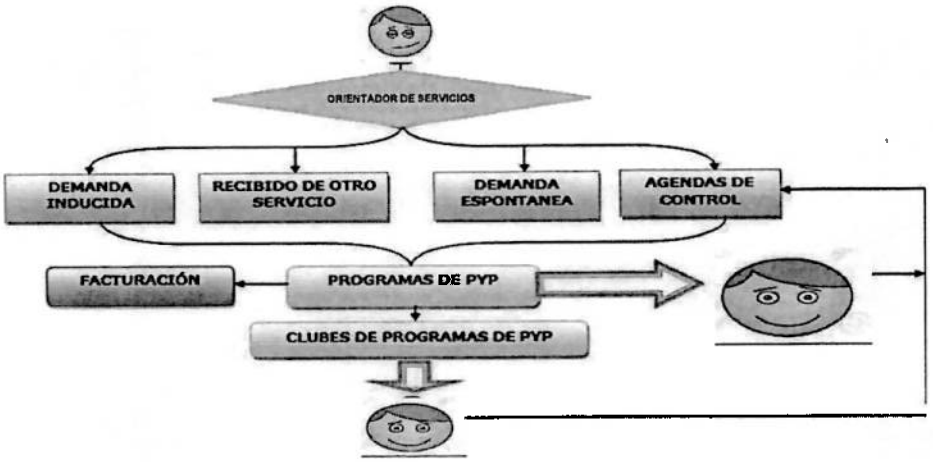
| | | | |
|---|---|---|---|
| | MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | Versión: | 03 |
| | | Fecha de aprobación: | 28/12/2023 |
| | | Código: | PLA-CAL-05 |

**MODELO DE PRESTACION DE SERVICIOS AMBULATORIOS**



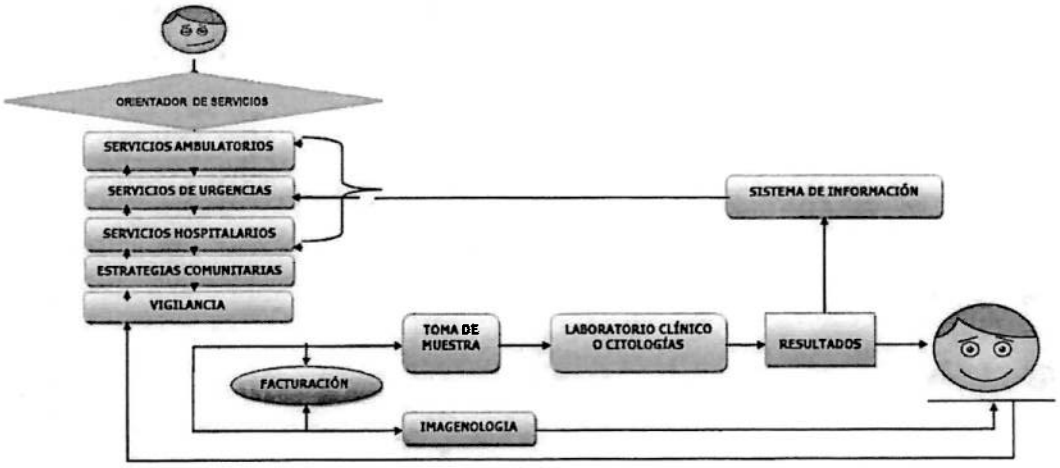
| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | Versión: | 03 | |
| | | Fecha de aprobación: | 20/12/2023 | |
| | | Código: | PLA-CAL-05 | |

**MODELO DE PRESTACION DE SERVICIOS PYM**

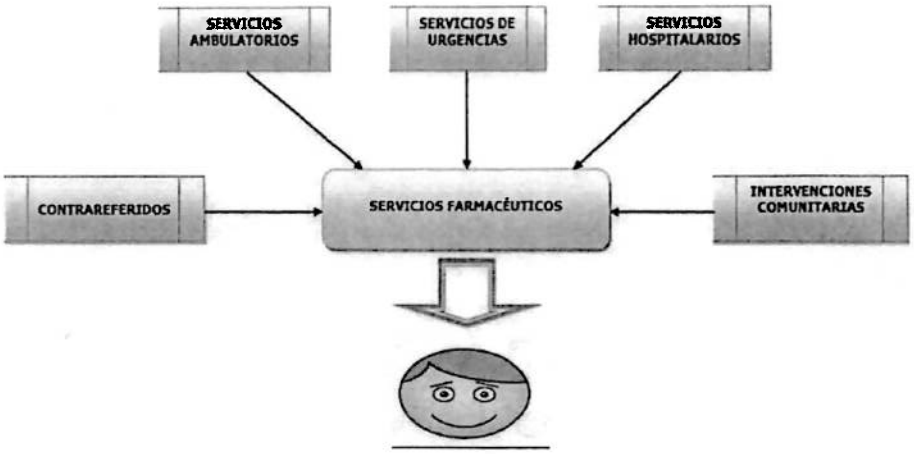


| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | Versión: | 03 | |
| | | Fecha de aprobación: | 20/12/2023 | |
| | | Código: | PIA-CAL-05 | |

## MODELO DE PRESTACION DE SERVICIOS APOYO DIAGNOSTICO (LABORATORIO CLINICO)

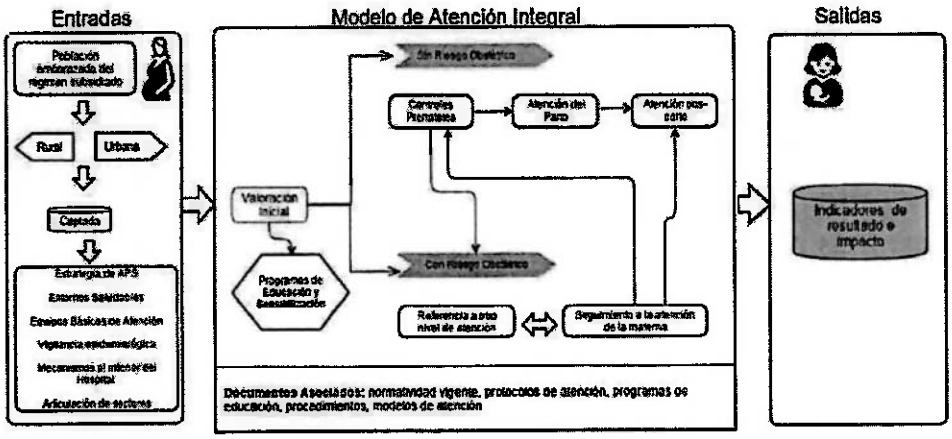


## MODELO DE PRESTACION DE SERVICIOS APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO



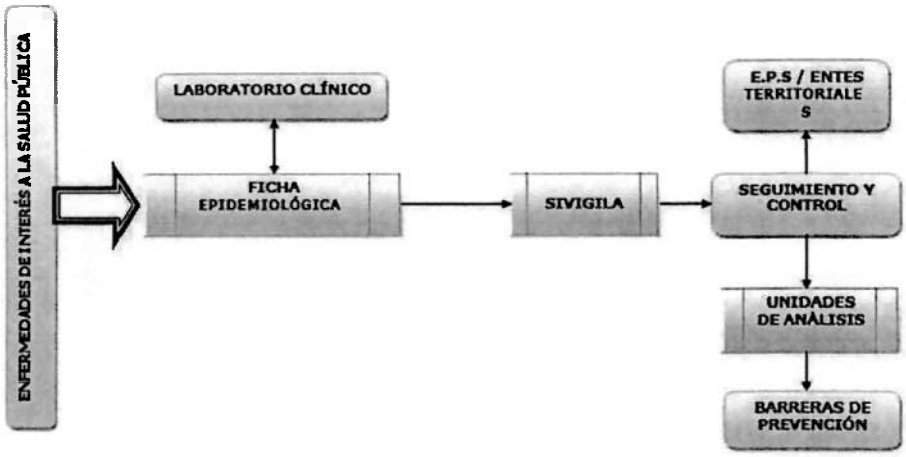
| | | | |
|---|---|---|---|
| | MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | Versión: | 03 |
| | | Fecha de aprobación: | 30/11/2023 |
| | | Código: | PLA-CAL-05 |

**MODELO DE PRESTACION DE SERVICIOS MATENO PERINATAL**



| | | | |
|---|---|---|---|
| | MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | Versión: | 03 |
| | | Fecha de aprobación: | 20/12/2023 |
| | | Código: | PLA-CAL-05 |

**MODELO DE PRESTACION DE SERVICIOS EPIDEMIOLOGIA**



## BIBLIOGRAFIA


Ministerio de Salud y Protección Social, resolución 429 de 2016, por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud.

Ministerio de Salud y Protección Social, 1441 de 2016, resolución por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones.

Ministerio de Salud y Protección Social, resolución 3202 de 2016, Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud — RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de AtenciónIntegral en Salud —PAIS y se dictan otras disposiciones.

Modelo de prestación de servicios Ese Hospital Local De Puerto Asís 2018. área de calidad.