



MANUAL DE HABILITACIÓN DE REDES INTEGRALES DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD PARA LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD



DIRECCIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y ATENCIÓN PRIMARIA

BOGOTÁ 2016



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

CARMEN EUGENIA DAVILA
Viceministra de Protección Social

LUIS FERNANDO CORREA SERNA
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios (e)

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

JOSÉ FERNANDO ARIAS DUARTE
Director de Prestación de Servicios y Atención Primaria

Manual para EPS en marco de los procedimientos y requisitos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud, de conformidad con lo definido en la Resolución 1441 de 2016

© **Ministerio de Salud y Protección Social**

Documento elaborado por

Catherine Helene Ramírez Gutiérrez
Ana Mejía Parra

Ministerio de Salud y Protección Social
Cra. 13 # 32-76
Bogotá D.C. – febrero de 2017

Contenido

INTRODUCCIÓN.....	7
1. MANUAL PARA LA HABILITACIÓN DE LAS REDES INTEGRALES DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD - RIPSS.....	8
2. ¿QUÉ IMPLICA LA HABILITACIÓN DE LAS REDES INTEGRALES DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD?.....	8
3. ¿CUÁLES SON LOS ELEMENTOS BÁSICOS QUE SE DEBEN CONSIDERAR DENTRO DE LA HABILITACIÓN DE REDES INTEGRALES DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD?.....	9
4. ¿QUÉ LABORES DEBEN REALIZAR LAS EPS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN?.....	10
5. PROCEDIMIENTO PARA LA HABILITACIÓN DE LAS REDES INTEGRALES DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.....	11
5.1. AUTOEVALUACIÓN Y DECLARACIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN.....	11
6. DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA SOPORTAR LA PRESENTACIÓN DE SOLICITUD DE HABILITACIÓN DE LAS REDES INTEGRALES DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.....	14
6.1. ESTÁNDAR 1. CONFORMACIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LA RED.....	14
6.1.1 DOCUMENTO DE PROPUESTA DE CONFORMACIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LAS REDES INTEGRALES DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.....	14
6.1.2 DOCUMENTOS DE PLANES DE CONTINGENCIA PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.....	27
6.1.3 SOPORTES DOCUMENTALES DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD QUE CONFORMAN LA PROPUESTA DE RED.....	28
6.1.4 DOCUMENTO QUE SOPORTE LA CONSTITUCIÓN, CONFORMACIÓN, FUNCIONES, MANUAL TÉCNICO OPERATIVO Y MECANISMOS DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN DE LA UNIDAD TÉCNICA DE COORDINACIÓN Y GESTIÓN OPERATIVA DE LA RED Y DE REGULACIÓN DE LA DEMANDA Y LA OFERTA.....	30
6.1.5 DOCUMENTO DONDE SE ESPECIFIQUE EL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE LA RED.....	31
6.2. ESTÁNDAR 2. OPERACIÓN DE LA RED.....	31
6.3. ESTÁNDAR 3. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA RED.....	45
6.3.1 DOCUMENTO QUE SOPORTE LA CONSTITUCIÓN, CONFORMACIÓN, FUNCIONES, MANUAL TÉCNICO OPERATIVO Y MECANISMOS DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN DE LA UNIDAD TÉCNICA DE ANÁLISIS DE GESTIÓN DE RIESGO Y DESEMPEÑO.....	45
6.3.2 DOCUMENTO DE MECANISMOS, INSTRUMENTOS Y METODOLOGÍAS PARA REALIZAR EL MONITOREO, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE LA RED.....	45

6.3.3 DOCUMENTO LA EXISTENCIA DE MECANISMOS DE PUBLICACIÓN, DIVULGACIÓN O
SOCIALIZACIÓN DEL DESEMPEÑO, HACIA LOS PRESTADORES Y USUARIOS DE LA RED. 47

ANEXO 1. MODELO UTILIZADO PARA LA ESTIMACIÓN DE LA DEMANDA AGREGADA DE LOS
SERVICIOS DE SALUD..... 48

Tablas

Tabla 1. Demanda exante.	16
Tabla 2. Demanda por percepción de enfermedad	18
Tabla 3. Demanda por acceso a salud.....	18
Tabla 4. Demanda efectiva	19
Tabla 5. Demanda agregada	20
Tabla 6. Servicios de salud a proveer en el Componente Primario y el Prestador Primario	24
Tabla 7. Lista de verificación procesos y procedimientos asistenciales.....	34
Tabla 8. Lista de verificación procesos y procedimientos administrativos.....	37

INTRODUCCIÓN

El presente manual recoge las directrices y actividades a ser desarrolladas por la Entidad Promotora de Salud - EPS para habilitar las redes integrales de prestadores de servicios de salud en cada Departamento o Distrito donde esté autorizada para operar, en cumplimiento de lo previsto en la Resolución 1441 de 2016 "por la cual se estableces los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las redes integrales de prestadores de servicios de salud y se dictan otras disposiciones".

1. MANUAL PARA LA HABILITACIÓN DE LAS REDES INTEGRALES DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD - RIPSS

Las EPS de acuerdo a sus competencias tienen la responsabilidad de organizar la prestación de servicios de salud del plan de beneficios a los afiliados. En este sentido este Manual es el soporte para el ejercicio de esta función, y por tanto, contiene las instrucciones, herramientas y requerimientos básicos para la realización del proceso de habilitación de las redes integrales de prestadores de servicios de salud, en cada Departamento o Distrito donde esté autorizada para operar, conforme a lo establecido por la Resolución 1441 de 2016.

En este documento se plantean los criterios y procedimientos específicos que deben cumplir las EPS para la habilitación de las redes, con relación al desarrollo de la verificación interna, la declaración de la autoevaluación para la habilitación y el cargue de los soportes correspondientes para que las Entidades Departamentales y Distritales de Salud evalúen sus propuestas para la habilitación de las mismas.

Debe tenerse en cuenta que la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud corresponden al conjunto de reglas mínimas de obligatorio cumplimiento para las EPS, para garantizar un proceso de atención en salud dando alcance a los atributos del mismo, en el marco de los lineamientos establecidos por la Política de Atención Integral en Salud.

Por lo anterior, la habilitación de las redes integrales de prestadores de servicios de salud tiene como objetivo esencial la provisión de los servicios de salud en condiciones adecuadas y como tal es un instrumento que soporta la implementación de la Política de Atención Integral en Salud, ya que las redes son uno de los componentes estratégicos del Modelo Integral de Atención en Salud.

2. ¿QUÉ IMPLICA LA HABILITACIÓN DE LAS REDES INTEGRALES DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD?

La habilitación de las redes integrales de prestadores de servicios de salud corresponde a un proceso normado por el Ministerio de Salud y de Protección Social que abarca el cumplimiento de una serie de requisitos, mediante los cuales se evidencia la realización de la planificación, seguimiento y evaluación de la conformación, organización y gestión de la red integral de prestadores de servicios de salud en los Departamentos o Distritos donde una EPS esté autorizada para operar, para garantizar el proceso de atención en salud a sus

afiliados, en condiciones de accesibilidad, oportunidad, continuidad, integralidad, resolutivez y calidad, a través de los prestadores de servicios de salud que la conforman.

3. ¿CUÁLES SON LOS ELEMENTOS BÁSICOS QUE SE DEBEN CONSIDERAR DENTRO DE LA HABILITACIÓN DE REDES INTEGRALES DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD?

Dentro del proceso de habilitación de las redes integrales de prestadores de servicios de salud se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

A. Estándar de habilitación: se refiere a las condiciones a cumplir por cada una de las EPS y se definen en términos de estructura, proceso y resultado.

- Estructura (Conformación y organización de la RIPSS): corresponde a la conformación y organización de la RIPSS y para lo cual se establecen los lineamientos para identificar, planificar y definir las características de los medios (recursos) necesarios para la prestación de los servicios de salud como parte de ésta.
- Proceso (Operación de la RIPSS): corresponde a los instrumentos procesos y procedimientos a cargo de la EPS requeridos para el funcionamiento de la red que habilita en función de la gestión de la atención en salud a sus afiliados.
- Resultado (Seguimiento y Evaluación de la RIPSS): son los aspectos relacionados con el seguimiento y evaluación de los procesos para la atención en salud y los resultados de la misma para sus afiliados en un momento del tiempo determinado, a partir de las acciones desarrolladas para la gestión de la red por parte de la EPS como por los prestadores que la integran.

B. Criterios: tienen como propósito definir de manera detallada las condiciones y requisitos que se deben cumplir y ser verificados en cada estándar para la habilitación de las RIPSS. De conformidad con los momentos del procedimiento de habilitación, responden a unas exigencias específicas para la entrada y permanencia de la RIPSS en el Sistema. Por lo tanto el cumplimiento de los mismos es obligatorio dentro de los procesos de verificación.

C. Modo de verificación: señala la forma o manera como se debe comprobar el cumplimiento de los criterios para la entrada y permanencia de la red en el Sistema.

- ✚ Entrada: se refieren a las condiciones y requisitos que soportan los procesos previos que debe evidenciar la EPS para la habilitación de la red, y que deben ser evaluados por parte de la Entidad Departamental y Distrital de Salud.
- ✚ Permanencia: corresponden a condiciones y requisitos cuyo cumplimiento deberá evidenciarse de manera ininterrumpida durante la operación de la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud.

D. Alcance y especificidad: se refiere a precisiones sobre cada uno de los modos de verificación, como elementos a ser considerados dentro de los soportes documentales y de los procesos, como en la evaluación y verificación, tanto para la entrada como en la permanencia de la habilitación vigente.

4. ¿QUÉ LABORES DEBEN REALIZAR LAS EPS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN?

Las EPS para poder habilitar sus redes deben cumplir con los requisitos establecidos, según apliquen, para los diferentes criterios de los estándares para la entrada y permanencia de la RIPSS. Son sujeto de aplicación y verificación para las RIPSS que deban habilitar en cada Departamento o Distrito donde esté autorizada para operar.

Para el efecto, los requisitos exigen el desarrollo de los **Documentos** que constituyan evidencia física del cumplimiento de los criterios.

Para la habilitación de la red integral de prestadores de servicios de salud, los documentos a cargar en el Módulo de Redes del REPS, de acuerdo a la Resolución 1441 de 2016 son los siguientes:

- Documento de Propuesta(s) de conformación y organización de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud, de conformidad con los criterios definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social
- Documentos de planes de contingencia (generados por variaciones en la Demanda o en la Oferta o ambas) para garantizar la continuidad en la prestación de los servicios de salud.
- Soportes documentales de los Prestadores de Servicios de Salud que conforman la Propuesta de Red presentada respecto a: (i) cartas de intención, (ii) acuerdos de voluntades y (iii) contratos vigentes
- Documento que soporte la constitución, conformación, funciones, manual técnico operativo y mecanismos de seguimiento y evaluación de

la gestión de la Unidad Técnica de Coordinación y Gestión Operativa de la Red y de regulación de la demanda y la oferta.

- Documento donde se especifique el sistema de referencia y contrarreferencia de la Red.
- Documento que soporte la constitución, conformación, funciones, manual técnico operativo y mecanismos de seguimiento y evaluación de la gestión de la Unidad Técnica de análisis de gestión de riesgo y desempeño.
- Documento que soporte la existencia de mecanismos, instrumentos y metodologías para realizar el monitoreo, seguimiento y evaluación del desempeño de la Red.

Adicionalmente, se deberán **cargar los soportes de tipo documental que garanticen que se encuentran adoptados los procedimientos y mecanismos asistenciales y administrativos** soportados en plataformas de información, para la gestión de la red, los cuales deberán estar articulados en lo que la EPS valide en la lista de verificación y lo correspondiente a los **soportes documentales de la existencia de mecanismos de publicación, divulgación o socialización** del desempeño, hacia los prestadores y usuarios de la red.

5. PROCEDIMIENTO PARA LA HABILITACIÓN DE LAS REDES INTEGRALES DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

El procedimiento de habilitación de las redes integrales de prestadores de servicios de salud, a ser realizado por las EPS se desarrolla en dos etapas: la primera es la etapa preparatoria de la presentación de la propuesta de red integral en cada Departamento o Distrito donde está autorizada para operar en la cual (i) verifica internamente el cumplimiento de todos los criterios (de entrada) establecidos en la Resolución 1441 de 2016 y el Manual adoptado por dicha Resolución y (ii) realiza la declaración de la autoevaluación del cumplimiento y la presentación de los documentos técnicos.

5.1. AUTOEVALUACIÓN Y DECLARACIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN

La **autoevaluación** se entiende como el proceso mediante el cual la EPS verifica internamente el cumplimiento de todos los requisitos establecidos dentro del Manual de Habilitación de Redes de Prestadores de Servicios de Salud adoptado por la Resolución 1441 de 2016. Este proceso debe ser realizado obligatoriamente por las EPS con la periodicidad establecida y teniendo en cuenta que su presentación se realiza en cada departamento o distrito donde esté autorizado para operar y debe ser registrado a través del Módulo de redes del REPS.

Por cada Departamento o Distrito donde esté autorizada para operar, la EPS dentro de los doce (12) meses siguientes a partir de la fecha en la cual esté dispuesto el módulo de redes del REPS por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, deberá verificar internamente el cumplimiento de los estándares y criterios de habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud, conforme a lo definido en la Resolución 1441 de 2016.

Posterior a la autoevaluación, la EPS deberá proceder a realizar lo siguiente, para cada Departamento o Distrito donde esté autorizado para operar:

- **Identificar en el Módulo de Redes del REPS los prestadores, organizaciones funcionales y servicios habilitados disponibles en el Departamento o Distrito, requeridos para la atención y gestión de su demanda**, tomando como referencia los análisis de disponibilidad, suficiencia y completitud realizados por la EPS de la RIPSS definida para la prestación de servicios de salud para su población afiliada.
- **Seleccionar dentro del Módulo de Redes del REPS los prestadores, organizaciones funcionales y servicios habilitados a considerar dentro de la propuesta de la red integral de prestadores de servicios de salud**, garantizando disponibilidad, suficiencia y completitud en cada Departamento o Distrito donde esté autorizada para operar.

Tenga en cuenta que:

La solicitud de habilitación de la red integral de prestadores de servicios de salud, es el proceso mediante el cual se registra en el Módulo de redes del REPS la información necesaria para la revisión, análisis y aprobación de la misma por parte de la Dirección Territorial de Salud, para cada Departamento o Distrito.

- **Realizar el cargue de los siguiente documentos elaborados bajo los lineamientos establecidos en el presente manual, para el cumplimiento del estándar 1. Conformación y organización de la Red:**
 - a) Documento propuesta de conformación y organización de las redes integrales de prestadores de servicios de salud, utilizando las metodologías definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.
 - b) Soportes documentales de la existencia de la Unidad Técnica de Coordinación y Gestión Operativa de la Red y de regulación de la demanda y la oferta.
 - c) Documento del sistema de referencia y contrarreferencia definido por la Aseguradora, de acuerdo a los lineamientos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

- d) Soportes escritos debidamente firmados por el representante legal del prestador, donde manifieste su voluntad de pertenecer a la red integral de prestadores de servicios de salud y proveer los servicios a la Aseguradora.
- e) Soportes documentales de los procesos y procedimientos y mecanismos asistenciales y administrativos soportados en plataformas de información, para la gestión de la Red.
- **Diligenciar las listas de verificación y cargar los soportes documentales para la adopción de los procesos y procedimientos soportados en plataforma de información para la gestión de la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud en el Departamento o Distrito donde esté autorizado para operar, correspondientes al estándar 2. Operación de la Red (asistenciales y administrativos).**
- **Cargar los siguientes soportes documentales para el cumplimiento de lo definido en el estándar 3. Seguimiento y evaluación de la Red.**
 - a) Soportes documentales de la existencia de la Unidad de análisis de gestión de riesgo y desempeño de los prestadores que conforman la red.
 - b) Soportes documentales de los mecanismos, instrumentos y metodologías para realizar el monitoreo, seguimiento y evaluación del desempeño de la Red.
 - c) Soportes documentales de la existencia de mecanismos de publicación, divulgación o socialización del desempeño, hacia los prestadores y usuarios de la red.
- **Realizar la declaración del cumplimiento de los estándares y criterios de habilitación definidos en la Resolución 1441 de 2016, para cada Departamento o Distrito donde esté autorizado para operar.**

El Módulo de redes del REPS, registrará las declaraciones de autoevaluación generadas por las EPS para cada departamento o distrito y con esto generará un registro que constata el proceso de autoevaluación. Este registro se crea para que los diferentes actores que interactúan en el proceso que lo requieran lo puedan obtener y realizar el respectivo seguimiento.

Todos los requerimientos anteriores, una vez se realiza el proceso de declaración constituyen la carpeta electrónica del asegurador en el Departamento o Distrito donde tiene autorizada su operación y solamente se realiza el proceso de verificación de los documentos cuando dicha carpeta contenga toda la información requerida para la habilitación, los prestadores, organizaciones funcionales y servicios habilitados.

Una vez se realiza la declaración de autoevaluación, la EPS teniendo en cuenta el procedimiento y los plazos establecidos en la Resolución 1441 de 2016, la EPS deber realizar el seguimiento del estado de su propuesta de Red para cada Departamento o Distrito donde esté autorizada para operar, lo cual podrá realizarlo a través del Módulo de Redes del REPS; así como los requerimientos que realicen, cuando haya lugar a ello, las entidades competentes para la habilitación de la red.

6. DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA SOPORTAR LA PRESENTACIÓN DE SOLICITUD DE HABILITACIÓN DE LAS REDES INTEGRALES DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

A continuación se especifican los contenidos y criterios que se deben tener en cuenta para elaborar y cargar a través del Módulo de Redes del REPS los documentos por parte de las EPS, cuando se realiza la solicitud de habilitación de la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud.

Los documentos que se cargan deberán ser realizados por cada Departamento o Distrito donde esté autorizada para operar, y deben garantizar el cumplimiento de los requerimientos definidos por la normatividad vigente en términos de los estándares y criterios de habilitación de las RIPSS.

6.1. ESTÁNDAR 1. CONFORMACIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LA RED.

Para el cumplimiento de lo establecido la EPS deberá soportar documentalmente y cargar a través del Módulo de Redes del REPS, lo siguiente:

6.1.1 DOCUMENTO DE PROPUESTA DE CONFORMACIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LAS REDES INTEGRALES DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

El documento de propuesta debe mostrar la conformación y organización de la red con los prestadores de servicios de salud, las organizaciones funcionales y los servicios habilitados requeridos para la atención de su población a cargo, en los componentes primario y complementario de la red, para el Departamento o Distrito donde está autorizada para operar.

En este sentido el documento debe contener los siguientes capítulos:

A. Caracterización, estimación y análisis de la demanda de la población afiliada.



En este apartado se deben considerar los elementos que definen la demanda, entendida esta como la población que de acuerdo a una necesidad de atención requiere o potencialmente revela un consumo de servicios de salud.

Es común que los individuos demanden una canasta de servicios de salud que no es homogénea y que en muchas ocasiones puede estar condicionada a factores que no se encuentran asociados al mejoramiento de su condición de salud, ya que potencialmente pueden ser inducidos desde el proveedor, sin que esto tenga por parte del individuo la búsqueda de satisfactores para la necesidad.

Estas consideraciones conllevan a la realización de una aproximación a los requerimientos de la población en términos de salud y su efecto en requerir un servicio de salud en determinado momento y en un territorio específico, con el fin de promover la salud, prevenir la enfermedad, recuperar y/o rehabilitar la salud.

Aproximarse a la demanda de servicios de salud, requiere considerar aspectos como: (i) la **demanda ex ante** en las redes (*ex ante o inducida*), asociada a riesgos previamente identificados que deban ser intervenidos según las características de la población afiliada y que debe ser gestionada por la EPS; (ii) la **demanda efectiva** determinada por la percepción, la necesidad y el uso o consumo efectivo de servicios; y (iii) la **Demanda agregada**, resultante de las anteriores.

Para abordar estos aspectos es necesario que se tengan en cuenta los siguientes elementos de tipo metodológico, considerados en la Metodología propuesta por el Ministerio de Salud y protección Social y contenida en el Anexo No 1 de este documento:

➤ **Determinación de la demanda a gestionar (*ex ante o inducida*)**

Dado que este componente debe estar definido de acuerdo a las condiciones de la población de cada EPS en el Departamento o Distrito donde esté autorizado para operar, la demanda ex ante se refiere a la identificación de las personas por características que determinan riesgos universales (sexo, edad). Esta población debe ser cuantificada ya que debe recibir actividades y procedimientos que permitan evitar o controlar condiciones de salud potencialmente evitables.

Por cada persona afiliada en el Departamento o Distrito donde esté autorizada para operar, la EPS se debe contabilizar las actividades de Protección Específica

y Detección Temprana a realizar, tomando como referencia las estimaciones efectuadas por el Ministerio de Salud y de Protección Social, provistas en la Bodega de Datos SISPRO (SGD), al igual que los requerimientos de atenciones previstas en las RIAS de la Política de Atención Integral en Salud.

La información en esta parte del documento se presenta en términos de agregados por EPS para cada Departamento o Distrito donde está autorizado para operar, por cada grupo de riesgo o prioridad definida, tomando como referencia (a manera de ejemplo) el siguiente cuadro:

Tabla 1. Demanda exante.

Nombre Actividad	Población Afiliada	Población por atender (actividades)
Aplicación de flúor tópico		
Aplicación de sellantes		
Citología cervicouterina		
Colesterol alta densidad en adultos		
Colesterol baja densidad en adultos		
Colesterol total en adultos		
Consulta de control de crecimiento y desarrollo medico – enfermera, menor de un año.		
Consulta de control de crecimiento y desarrollo medico – enfermera, para niños de 12 a 23 meses cumplidos		
Consulta de control de crecimiento y desarrollo medico – enfermera, para niños de 2 a 7 años		
Consulta de control de crecimiento y desarrollo medico – enfermera, para niños de 8 a 9 años		
Consulta de crecimiento y desarrollo de primera vez por médico única vez		
Consulta de detección de alteraciones del adulto por médico		
Consulta del desarrollo del joven por médico. Adolescencia final (personas de 17 a 21 años)		
Consulta del desarrollo del joven por médico. Adolescencia media (personas de 14 a 16 años)		
Consulta del desarrollo del joven por médico. Adulto Joven (personas de 22 a 24 años)		
Consulta del desarrollo del joven por médico.(personas de 25 a 29 años).		
Consulta del desarrollo en el joven por médico. Adolescencia temprana (personas de 10 a 13 años)		

Nombre Actividad	Población Afiliada	Población por atender (actividades)
Consultas de oftalmología para detección de las alteraciones de agudeza visual		
Controles de placa bacteriana		
Creatinina adultos		
Detartraje supragingival		
Glicemia basal en adultos		
Hemoglobina, para personas de 10 a 13 años		
Mamografías		
Medición de agudeza visual		
Parcial de orina en adultos		
Triglicéridos en adultos		

Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Actividades Exantes

➤ **Determinación de la demanda efectiva**

Con base en los antecedentes personales de uso de los servicios y de declaratoria de salud, se identifica la población potencial demandante de servicios de salud a cargo en el respectivo territorio. En este caso, la población o el individuo requiere la realización de las actividades y/o procedimientos que permitan el control de la enfermedad y la mitigación de complicaciones.

Para el efecto deben contar con información que permita la definición de los siguientes subconjuntos:

- a) Demanda por percepción de enfermedad:** puede ser entendida como el subconjunto de la población que en algún momento siente una dolencia o malestar por un evento ocurrido, que genera una pérdida de bienestar en salud. Esta definición se enuncia como un valor expresado en una probabilidad de ocurrencia de una necesidad en salud en el Departamento o Distrito donde esté autorizado para operar la EPS.

De conformidad con los parámetros definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, la información a presentar a nivel agregado en este apartado es la siguiente.



Tabla 2. Demanda por percepción de enfermedad

Demanda por percepción	Proporción de población con demanda en salud	Población con necesidad en salud (total)
Departamento No 1		
Departamento No 2		
Departamento No 3		
Departamento No 4		
Departamento No 5		
Departamento No 6		
Departamento No 7		
Departamento No ...		

Fuente: Ministerio de Salud y de Protección Social

b) **Demanda por acceso a salud:** se refiere a la población que ante una necesidad en salud (*Demanda por percepción de enfermedad*), acude a un prestador de servicios de salud en un momento determinado de tiempo, como estimación (probabilidad) de acceso tanto por consulta externa como por el servicio de urgencias (como "puertas de entrada" de esta *demanda "espontánea" potencial*). La población resultante para cada EPS en el Departamento o Distrito donde esté autorizada para operar, se representa en valores agregados de la siguiente manera:

Tabla 3. Demanda por acceso a salud

Demanda por percepción	Probabilidad acceso dada una necesidad	Población con acceso ante una necesidad en salud (total)
Departamento No 1		
Departamento No 2		
Departamento No 3		
Departamento No 4		
Departamento No 5		
Departamento No 6		
Departamento No 7		
Departamento No ...		

Fuente: Ministerio de Salud y de Protección Social.

- c) Demanda efectiva:** se refiere a la población de un territorio que ante un evento en salud, en determinado periodo de tiempo, accede de manera efectiva a los servicios y el prestador le realiza las actividades y los procedimientos para atender su necesidad.

A partir de la información del Registro Individual de Prestaciones de Servicios de Salud - RIPS, para el año de referencia, de conformidad con las prioridades en salud definidas por la EPS y las necesidades en salud de su población a cargo en cada Departamento o Distrito donde esté autorizada para operar, se deben contabilizar y presentar de manera agregada en este apartado la información de la demanda efectiva de servicios de salud, teniendo en cuenta la siguiente tabla:

Tabla 4. Demanda efectiva

Demanda Efectiva	Totales	
	Personas atendidas	Atenciones planificadas
Departamento No 1		
Departamento No 2		
Departamento No 3		
Departamento No 4		
Departamento No 5		
Departamento No 6		
Departamento No 7		
Departamento No ...		

Fuente: Ministerio de Salud y de Protección Social. SISPRO

Debe tenerse en cuenta que en el proceso de estimación de la demanda efectiva se requiere en algunos casos ajustes por efecto de distorsiones en términos de subregistro y cobertura. En estos casos la EPS deberá aplicar los parámetros definidos que se encuentran incorporados en (SISPRO) a la información inicial de referencia para la estimación de la demanda efectiva.

Es necesario precisar que la información presentada en este apartado debe contener el mismo periodo de base, inicialmente, la información debe estar descrita para el año 2015 y lo correspondiente a 2016.

➤ **Determinación de la demanda agregada**

Para el desarrollo de este componente se requiere tener en cuenta los siguientes insumos, provenientes de las estimaciones anteriores:

- a) Registros de las actividades de protección específica y detección Temprana (Demanda exante).
- b) Registros del uso efectivo de los servicios de salud, incluyendo los ajustes en términos de cobertura y subregistro (Demanda efectiva)

Con lo anterior, se organiza de manera agregada la información para ser presentada de la siguiente forma:

Tabla 5. Demanda agregada

Demanda Agregada	Demanda Exante	Demanda efectiva (ajustada)	Demanda agregada
Departamento No 1			
Departamento No 2			
Departamento No 3			
Departamento No 4			
Departamento No 5			
Departamento No 6			
Departamento No 7			
Departamento No ...			

Fuente: Ministerio de Salud y de Protección Social.

Tenga en cuenta que:

- ✚ La demanda agregada es el elemento de referencia con el cual se realizan los análisis de disponibilidad, suficiencia y completitud para la presentación de la propuesta de red integral de prestadores de servicios de salud en cada distrito o departamento donde está autorizado para operar. Por lo que cualquier subestimación o sobreestimación de este componente puede generar efectos distorsionantes para la organización de la red.
- ✚ La demanda agregada, incluye la estimación de la demanda potencial y no atendida, por lo que no se requiere la utilización de ponderadores o factores para incorporar este elemento dentro de la demanda, como requisito para el cumplimiento del criterio de valoración y dimensionamiento de la demanda de la población en el Departamento o Distrito donde esté autorizada para operar conforme a la Política de Atención Integral en Salud.



- ✚ Inicialmente, la EPS deberá utilizar una metodología o instrumentos que permitan evidenciar que la propuesta de Red presentada garantiza disponibilidad, suficiencia y completitud de oferta en el Departamento o Distrito donde esté autorizada para operar (o justificar debidamente cuando ello no sea posible). Una vez disponga de información en el módulo de redes del REPS, así como las Herramientas (metodología e instrumentos), por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, deberá utilizarlos para la estimación de la disponibilidad, suficiencia y completitud de la red integral de prestadores de servicios de salud, en los territorios autorizadas para operar.

➤ **Disponibilidad, suficiencia y completitud de la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud.**

Para poder determinar el estado actual de la oferta en un territorio y su capacidad para la atención en salud de los afiliados en cada Departamento o Distrito donde esté autorizada para operar la EPS, se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

- ✚ Rutas integrales de atención en salud – RIAS.
- ✚ Servicios disponibles en el Departamento o Distrito donde esté autorizada para operar.
- ✚ Los ámbitos territoriales definidos por la Política Integral de Atención en Salud.

Las rutas integrales de atención en salud, previstas como uno de los ejes estratégicos de la Política de Atención Integral en Salud, identifican las actividades y procedimientos a realizar para una gestión integral de atención en salud correspondiente a cada una de ellas. Con lo anterior se realiza una priorización de servicios requeridos para el efecto, considerando la oferta disponible en el territorio, tanto para el componente primario como complementario de la red a conformar y organizar, teniendo en cuenta las definiciones establecidas en la Política de Atención Integral en Salud — PAIS adoptada mediante Resolución 429 de 2016.

Los servicios habilitados y prestadores inscritos en el REPS identificados y seleccionados por la respectiva EPS, deberán valorarse y sustentarse respecto de la disponibilidad y suficiencia de los mismos, de manera que posibiliten que la propuesta de red integral sea completa y acorde a las necesidades de la demanda inicialmente valorada.

Como se mencionó, deben tener en cuenta dos escenarios dentro de los análisis de disponibilidad y suficiencia de servicios de salud:

- a) Cuando la información contenida en el módulo de redes de REPS no sea toda la necesaria para valorar adecuadamente la disponibilidad y suficiencia de los servicios (considerando, además, las disparidades en los territorios según los diferentes ámbitos territoriales definidos para la PAIS), se realiza una identificación y conteo de los servicios habilitados (en prestadores u organizaciones funcionales) en cada uno de los componentes de la propuesta de red; y la EPS deberá poder sustentar con información complementaria y detallada a la disponible en REPS, lo pertinente.

En este caso, la EPS deberá utilizar una metodología o instrumentos que permitan evidenciar que la propuesta de Red presentada posibilita una disponibilidad y suficiencia para la demanda a atender en el Departamento o Distrito donde esté autorizada para operar (o justificar debidamente, cuando ello no sea posible).

- b) Una vez el módulo de redes del REPS cuente con información relevante (asociada a Talento Humano en Salud, recurso físico y dotación), las EPS para realizar los correspondientes análisis de disponibilidad y suficiencia requeridos a partir de la metodología definida por el Ministerio de Salud y Protección Social, deberán utilizarlos para la estimación de la disponibilidad y suficiencia de la Red integral de prestadores de servicios de salud, en los territorios autorizadas para operar.

El análisis de disponibilidad tiene en cuenta:

- *Identificación*: revisión e identificación del estado actual de los servicios habilitados y de los prestadores inscritos en el REPS de conformidad con la normatividad vigente, teniendo en cuenta la priorización de dichos servicios en marco de las Rutas Integrales de Atención que soportan la Política de Atención Integral en Salud.
- *Cuantificación*: Una vez identificados los prestadores y los servicios habilitados y disponibles en el territorio, se procede a realizar conteos de servicios determinando claramente las características de cada uno, que posibilita una diferenciación entre los mismos.

La Suficiencia o Capacidad atención del servicio: se refiere a la valoración de la capacidad de los servicios de salud para atender las necesidades en salud de la población a cargo (demanda agregada). Implica valorar y evaluar la capacidad disponible de cada uno de los servicios frente a una demanda en



salud *específica* (prevista o contemplada por la respectiva EPS para determinado prestador o servicio). Para este proceso, como se mencionó, se soportará en la información disponible de los componentes del módulo de redes del REPS. Sin embargo, la información necesaria, no está disponible actualmente (para talento humano en salud, recurso físico disponible y dotación), por lo cual la EPS deberá soportar y sustentar su análisis y la propuesta de red a conformar y organizar, con base en instrumentos y metodologías propios, hasta tanto el Ministerio de Salud y Protección Social, determine que pueda llevarse a cabo con información disponible en el REPS.

La *Suficiencia respecto de la red integral de prestadores de servicios de salud*, se entiende como el resultado del análisis para el total de la demanda agregada y el total de los servicios y prestadores considerados en la propuesta de red elaborada a partir de los elementos previos; y como tal, valora y evalúa la capacidad de los servicios de salud incorporados en la propuesta de red conformada y organizada, para garantizar el cumplimiento o el logro de la satisfacción de las necesidades en salud de los afiliados de la EPS.

Para el efecto resultan igualmente válidas las consideraciones hechas, respecto de los *servicios*, en cuanto a la información necesaria y por tanto, hasta tanto la misma se halle dispuesta en el REPS, la EPS deberá soportar y sustentar su análisis y la propuesta de red a conformar y organizar, con base en instrumentos y metodologías propios.

Para la estimación de la suficiencia de las redes integrales de prestadores de servicios de salud se deben tener en cuenta el análisis de los diferenciales de oferta y demanda de los servicios de salud teniendo en cuenta la demanda de servicios de salud y la capacidad instalada; y particularmente respecto de la propuesta de red que se ha elaborado por parte de la respectiva EPS para cada departamento o distrito donde esté autorizada a operar.

Para la realización de lo anterior, se deberá aplicar la metodología definida de diferenciales de oferta y demanda de los servicios de salud de la población de conformidad con el documento de *Lineamientos para los procesos de conformación, organización, gestión, habilitación, seguimiento y evaluación de las redes integrales de prestadores de servicios de salud*; la cual se encuentra publicada en el portal web del Ministerio en el link. <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/habilitacion-de-redes-integrales.aspx>

- **Conformación y Organización de la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud**

La conformación y organización de la red integral de prestadores de servicios de salud se refiere al dimensionamiento y ordenamiento de los servicios de salud de manera funcional que permitan garantizar la atención en salud de la población; para lo anterior se debe realizar lo siguiente:

1. Seleccionar los prestadores, organizaciones funcionales y los servicios habilitados a ser incluidos en el componente primario y complementario, de acuerdo a lo definido por el Ministerio de Salud y Protección Social, y al análisis de disponibilidad, suficiencia y completitud realizado, en el Departamento o Distrito donde se encuentre autorizada su operación.
2. Registrar la articulación del componente primario y complementario de la red integral, en el Departamento o Distrito donde se encuentre autorizada su operación
3. Elaborar la propuesta correspondiente a ser presentada por la entidad a cargo, de acuerdo a lo establecido en la Resolución 1441 de 2016 y el Manual de habilitación de redes integrales de prestadores de servicios de salud.

Se deberá tener en cuenta que:

La organización y conformación de la **Red integral de prestadores de servicios de salud en el territorio autorizado para operar** la EPS, comprende **el componente primario y el componente complementario**, incluyendo la atención integral en cuidados paliativos, donde la mayor parte de éstos se encuentren disponibles en el área o territorio definido (según disponibilidad de la oferta), así:

El **componente primario** conformado y organizado por Municipio donde tenga afiliados por la EPS, con los servicios definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para la prestación de los servicios de salud en dicho componente, señalados a continuación:

Tabla 6. Servicios de salud a proveer en el Componente Primario y el Prestador Primario

GRUPO SERVICIOS	NOMBRE SERVICIO	GRUPO SERVICIOS	NOMBRE SERVICIO
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	FISIOTERAPIA	Internación	CUIDADO BÁSICO NEONATAL
	SERVICIO FARMACÉUTICO		GENERAL ADULTOS
	TAMIZACIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO		GENERAL PEDIÁTRICA
	TERAPIA RESPIRATORIA		OBSTETRICIA
	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	Otros Servicios	ATENCIÓN A CONSUMIDOR DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS



GRUPO SERVICIOS	NOMBRE SERVICIO	GRUPO SERVICIOS	NOMBRE SERVICIO
	TOMA E INTERPRETACIÓN DE RADIOGRAFÍAS ODONTOLÓGICAS		ATENCIÓN DOMICILIARIA DE PACIENTE AGUDO
	FONOAUDILOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE		ATENCIÓN DOMICILIARIA DE PACIENTE CRÓNICO SIN VENTILADOR
	LABORATORIO CITOLOGÍAS CERVICO-UTERINAS		ATENCIÓN INSTITUCIONAL NO HOSPITALARIA AL CONSUMIDOR DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS
	LABORATORIO CLÍNICO		ATENCIÓN DOMICILIARIA DE PACIENTE CRÓNICO CON VENTILADOR
	RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS		DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DE LA AGUDEZA VISUAL
	TERAPIA OCUPACIONAL		DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO (Menor a 10 años)
	ULTRASONIDO		DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL DESARROLLO DEL JOVEN (De 10 a 29 años)
Consulta Externa	CONSULTA PRIORITARIA	Protección Específica y Detección Temprana	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL EMBARAZO
	ENFERMERÍA		DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES EN EL ADULTO (Mayor a 45 años)
	GINECOBSTETRICIA		DETECCIÓN TEMPRANA - CÁNCER DE CUELLO UTERINO
	MEDICINA GENERAL		DETECCIÓN TEMPRANA - CÁNCER SENO
	ODONTOLOGÍA GENERAL		PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO
	PEDIATRÍA		PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN DEL PARTO
	ANESTESIA		PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR HOMBRES Y MUJERES
	CIRUGÍA GENERAL		PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN PREVENTIVA EN SALUD BUCAL
	MEDICINA INTERNA		PROTECCIÓN ESPECÍFICA - VACUNACIÓN
	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA		
	OPTOMETRÍA	Quirúrgicos	CIRUGÍA GENERAL

GRUPO SERVICIOS	NOMBRE SERVICIO	GRUPO SERVICIOS	NOMBRE SERVICIO
	PSICOLOGÍA	Transporte Asistencial	TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO
	MEDICINA FAMILIAR	Urgencias	SERVICIO DE URGENCIAS

Fuente: Ministerio de Salud y de Protección Social – Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria

Tenga en cuenta que:

La tabla No 6, presenta los servicios de salud priorizados para la prestación de servicios de salud en el componente primario, sin tener en cuenta la priorización por ámbito territorial, la cual se encuentra en la regulación de los estándares, criterios y procedimiento para la habilitación del prestador primario de servicios de salud.

El componente primario, por Municipio, se podrá organizar a través de:

- Un conjunto de servicios definidos como primarios, habilitados por diferentes prestadores (públicos, privados o mixtos), en los términos que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, que contribuyen a la adecuada operación de las Redes integrales organizadas y gestionadas por la EPS, de acuerdo con su función de gestión del riesgo en salud, para su población afiliada.
- Prestadores primarios habilitados (públicos, privados o mixtos), que cuentan con el conjunto de servicios primarios habilitados y que cumplan además con los estándares y criterios de habilitación que para ellos defina el Ministerio de Salud y Protección Social.
- La combinación de los anteriores, según la disponibilidad y suficiencia de la oferta habilitada.

El componente primario debe incluir la identificación y definición de las puertas de entrada para la atención en la Red de conformidad con la normatividad vigente, para cada una de las opciones descritas previamente; al igual que justificar los servicios incluidos en la conformación y organización de este componente, que están por fuera del Municipio.

El componente complementario, dirigido a la atención de aquellos eventos que requieran tecnología y competencias especializadas no disponibles en el componente primario, las cuales son garantizadas por prestadores de servicios de salud con servicios habilitados de mediana y alta complejidad.

Para este componente, debe a su vez justificar los servicios incluidos en la conformación y organización que están por fuera del Departamento o Distrito.

La Red integral de prestadores de servicios de salud conformada y organizada en el componente primario y en el componente complementario en el Departamento o Distrito donde esté autorizada la EPS para operar, cuenta con **la Red de urgencias**, de conformidad con la normatividad vigente.

- a) El componente primario cuenta con servicios de urgencias de baja complejidad habilitados; organizados funcionalmente y accesibles a la población afiliada.
- b) El componente complementario, cuenta con: los servicios de urgencias de mediana y alta complejidad habilitados y organizados funcionalmente y accesibles a la población afiliada.
- c) Cuenta con Red de transporte y de comunicaciones, de conformidad con las condiciones geográficas de la población afiliada.

La Red integral de prestadores de servicios de salud cuenta con la **Red de prestadores de servicios Oncológicos**, organizada, teniendo en cuenta que:

- a) El componente complementario esté conformado y organizado por Unidades Funcionales de Cáncer de Adulto y Unidades de Atención de Cáncer Infantil, de conformidad con la regulación del Ministerio de Salud y Protección Social.

En los casos que en términos de disponibilidad y suficiencia, en el Departamento o Distrito donde esté autorizada para operar la EPS, no se cuente con Unidades Funcionales de Cáncer de Adulto y Unidades de Atención de Cáncer Infantil, o la capacidad de éstas sea insuficiente para una atención oportuna, continua e integral, la EPS, con la debida justificación, deberá disponer y organizar los servicios oncológicos requeridos para la atención de su demanda, en los componentes primario y complementario.

6.1.2 DOCUMENTOS DE PLANES DE CONTINGENCIA PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

Los planes de contingencia "son un conjunto de procedimientos técnicos y administrativos específicos, que se han establecidos previamente para actuar en la coordinación, alerta, movilización y respuesta ante la ocurrencia de un evento o situación que es inusual y que puede alterar el normal

funcionamiento¹". En tal sentido, constituyen instrumentos para enfrentar imprevistos que puedan afectar la prestación de los servicios de salud en términos de continuidad, oportunidad, calidad y demás.

Para enfrentar estos eventos que pueden generarse por cambios en: i) la demanda de servicios de salud (por emergencias y desastres, brotes epidémicos, entre otros), ii) la oferta (cierre de prestadores o servicios, afectación capacidad instalada, talento humano y demás), o iii) en ambos, los planes de contingencia deben permitir:

- Identificar las principales amenazas y vulnerabilidades en la demanda y la oferta de servicios de salud.
- Definir la capacidad de respuesta entre los actores, incluyendo, los lineamientos para la comunicación, flujos de información y la responsabilidad para la ejecución de acciones.
- Planificar y realizar el plan de acción para la implementación del plan de contingencia en materia de recursos humanos, físicos, financieros y técnicos.

En este sentido, los planes de contingencia deberán contener al menos los siguientes aspectos:

- ✚ Diagnóstico de las principales amenazas, vulnerabilidades y riesgo.
- ✚ Capacidad y recursos que pueden emplearse para enfrentar lo anterior.
- ✚ Objetivos del plan, según capacidad operativa.
- ✚ Asignación de prioridades en la distribución y uso de los recursos (humanos, físicos, financieros, técnicos y logísticos). Medidas para la prevención, control y mitigación del evento. En las medidas de intervención, se deberá considerar la capacidad de respuesta, roles y responsabilidades para la ejecución de acciones, estrategias de coordinación y control, flujos de información y comunicaciones, y demás.
- ✚ Medidas para el desarrollo de rutinas que se conozcan y practiquen antes de un evento determinado.

6.1.3 SOPORTES DOCUMENTALES DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD QUE CONFORMAN LA PROPUESTA DE RED

La documentación a ser presentados por parte de las EPS, para soportar los prestadores de servicios de salud considerados en la Red Integral, representados en cartas de intención, acuerdo de voluntades o contratos vigentes, de acuerdo con lo establecido en el Manual de Habilitación de Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud *deben, al menos: (i) indicar los servicios a*

¹ Ministerio de la Protección Social Colombia. Guía para la elaboración de Planes de Contingencia frente al riesgo de Emergencias de Salud Pública de Importancia Internacional, ESPII, en puntos de entrada. Boletín No. 22, Febrero de 2010.



suministrar en la Propuesta de Red; (ii) las condiciones de articulación, responsabilidades a cumplir dentro de la misma por los Prestadores vinculados, conforme a los estándares y criterios que la Red debe cumplir para ser habilitada y bajo la coordinación de la EPS; (iii) las condiciones pactadas en el caso de Contratos vigentes, de conformidad con los establecido en los Artículo 5, 6 y 7 del Decreto 4747 de 2007, o la norma que lo modifique, sustituya o adicione.

De conformidad a lo anteriormente señalado se debe indicar lo siguiente:

- ✚ Carta de intención: es un documento que contiene los acuerdos y compromisos entre las partes (EPS y prestadores), que se pueden formalizar en un futuro a través de un contrato.

En el caso en que se presenten cartas de intención, éstas deberán contener al menos:

- Nombres completos de los representantes legales y NIT de las instituciones participantes (EPS y prestador).
- Intención expresa de integrar en la red integral de prestadores de servicios de salud que conforma la EPS, con la descripción detallada de los acuerdos logrados entre las partes, especificando el objeto y el alcance, responsabilidades individuales y recíprocas, entre otras.
- Detalle de la participación del prestador en la red integral de prestadores de servicios de salud (capacidad, servicios de salud a proveer, condiciones, términos, procesos y procedimientos y demás).
- Constancia de la voluntad manifiesta de las partes de suscribir un contrato en el futuro, formalizando lo expresado en la carta de intención.

- ✚ Acuerdo de voluntades: de acuerdo al literal f del artículo 3 del Decreto 4747 de 2007, se refieren al "acto por el cual una parte se obliga para con otra a dar, hacer o no hacer alguna cosa. Cada parte puede ser de una o varias personas naturales o jurídicas. El acuerdo de voluntades estará sujeto a las normas que le sean aplicables, a la naturaleza jurídica de las partes que lo suscriben y cumplirá con las solemnidades, que las normas pertinentes determinen".

El artículo 6 del citado Decreto, establece las condiciones mínimas que deben ser incluidas en los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios de salud, independiente del mecanismo de pago. Estos aspectos, son como mínimo los siguientes:

- 1) Término de duración.
- 2) Monto o los mecanismos que permitan determinar el valor total del mismo.

- 3) Información general de la población objeto con los datos sobre su ubicación geográfica y perfil demográfico.
- 4) Servicios contratados.
- 5) Mecanismos y forma pago.
- 6) Tarifas que deben ser aplicadas a las unidades de pago.
- 7) Proceso y operación del sistema de referencia y contrarreferencia.
- 8) Periodicidad en la entrega de información de prestaciones de servicios de salud - RIPS.
- 9) Periodicidad y forma como se adelantará el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad y la revisoría de cuentas.
- 10) Mecanismos de interventoría, seguimiento y evaluación del cumplimiento de las obligaciones, durante la vigencia del acuerdo de voluntades.
- 11) Mecanismos para la solución de conflictos.
- 12) Mecanismos y términos para la liquidación o terminación de los acuerdos de voluntades, teniendo en cuenta la normatividad aplicable en cada caso.

✚ Contratos vigentes: según lo establecido en la normatividad vigente para la contratación de servicios de salud.

6.1.4 DOCUMENTO QUE SOPORTE LA CONSTITUCIÓN, CONFORMACIÓN, FUNCIONES, MANUAL TÉCNICO OPERATIVO Y MECANISMOS DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN DE LA UNIDAD TÉCNICA DE COORDINACIÓN Y GESTIÓN OPERATIVA DE LA RED Y DE REGULACIÓN DE LA DEMANDA Y LA OFERTA.

La Unidad Técnica de Coordinación y Gestión Operativa de la Red y de regulación de la demanda y la oferta tiene como propósito soportar la operación de la red integral de prestadores de servicios de salud en el Departamento o Distrito, para brindar a los afiliados a las EPS una atención en salud en condiciones adecuadas.

De conformidad con el Manual de Habilitación de Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud, el documento para garantizar el cumplimiento del criterio definido para el estándar de conformación y operación de la red Integral de Prestadores de Servicios de Salud, deberá contener los siguientes aspectos:

- 1) Documento o soporte que especifique la constitución y conformación de la Unidad para cada Departamento o Distrito donde está autorizado para operar.
- 2) Manual de funciones y Manual técnico - operativo de la unidad, incluyendo, los aspectos tanto de gestión como operativos para orientar

la administración y funcionamiento en la prestación de los servicios de salud en el Departamento o Distrito correspondiente.

- 3) Los mecanismos de seguimiento y evaluación de la gestión de la Unidad, incluyendo, las acciones de mejora planteadas para garantizar el funcionamiento de la unidad en marco de la gestión de la prestación de los servicios de salud.

6.1.5 DOCUMENTO DONDE SE ESPECIFIQUE EL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE LA RED.

En este documento se deberán explicitar y documentar los procedimientos y mecanismos para su operación, las responsabilidades de la EPS y los prestadores, los mecanismos de articulación y coordinación entre los mismos, así como las plataformas de información y de recursos logísticos que soporten la gestión del proceso de atención y garanticen disponibilidad, suficiencia, accesibilidad, continuidad e integralidad de los servicios de salud.

De igual manera, se deberán especificar los mecanismos, procesos y procedimientos para la gestión del seguimiento y evaluación de la articulación y coordinación del sistema de referencia y contrarreferencia con los respectivos Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias – CRUE del Departamento o Distrito en el cual opere la EPS

En el caso de la referencia, se deberán definir los procedimientos y trámites, de acuerdo a la normatividad vigente, para la derivación oportuna de los afiliados de la EPS en los casos que requieran atenciones de mayor complejidad en el componente complementario en el territorio y cuando la oferta no se encuentre disponible o sea insuficiente en éste, a través de la referencia adecuada a otros territorios. Deberá contar protocolos de manejo de la referencia definidos y procesos administrativos adecuados y oportunos que garanticen la integralidad y continuidad de la atención en salud. Del mismo modo, la contrarreferencia dentro de la red conformada y organizada, deberá contar con protocolos de manejo de la misma, así como con los procesos para la continuidad de la atención y su seguimiento por el componente primario.

6.2. ESTÁNDAR 2. OPERACIÓN DE LA RED.

El cumplimiento de este estándar implica la especificación, planificación y adopción de los procesos y procedimientos soportados en información de la EPS en el Departamento o Distrito donde esté autorizada para operar que contribuye a la gestión y operación de la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud a ser presentada.



La EPS cuando presenta la solicitud de habilitación de la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud, debe soportar la planificación y el desarrollo de los procesos necesarios para la prestación de los servicios de salud en condiciones de accesibilidad, oportunidad, continuidad, integralidad, resolutivez y calidad. En cada uno de los procesos que se vayan a implementar se debe garantizar coherencia y una secuencia que posibilite contar con los mecanismos para el seguimiento en su operación efectiva.

En general lo anterior debe contar con una especificación de:

- La planificación, concebido como el proceso mediante el cual se establece la articulación entre las propuestas o lineamientos definidos por la normatividad vigente y la definición de los objetivos y las acciones de la EPS para la operación de la red, teniendo en cuenta la población afiliada y el ámbito territorial donde está autorizado para operar, garantizando que los procesos están documentados secuencialmente y sus interacciones correspondientes.
- La asignación de los recursos humanos, físicos, técnicos y financieros para la adopción de cada uno de los procesos y procedimientos para la operación de la red
- La definición de las acciones necesarias para alcanzar lo que ha sido planificado, en términos operativos, como tal en este punto se deben especificar los diferentes requerimientos para la puesta en operación de cada uno de los procesos y procedimientos.
- La definición de los soportes de información requeridos para la adopción de los procesos y procedimientos para la EPS para la operación de la red en el Departamento o Distrito.

Los procedimientos y mecanismos asistenciales y administrativos soportados en plataformas de información se refiere a los aspectos que soportan la gestión y por tanto, la operación de la RIPSS, son concebidos como el conjunto de elementos que posibilitan realizar una articulación efectiva dentro del proceso de atención en salud, de cada uno de los insumos requeridos para la prestación de los servicios de salud.

En este sentido cobra importancia no sólo mencionar su adopción sino que se requiere contar con los soportes de tipo documental que posibiliten identificar la forma como la EPS, en cada Departamento o Distrito donde está autorizada para operar, garantiza la adopción e implementación de los mismos.

La lista de verificación es el instrumento mediante el cual se presentan y controlan el cumplimiento de los requisitos para la operación de las redes

integrales de prestadores de servicios de salud, generando un proceso sistemático y ordenado para la verificación y observancia de los estándares y criterios de habilitación.

En este sentido, la EPS a través del Módulo de Redes del REPS debe realizar las siguientes acciones:

- Verificar a través de las listas de verificación contenidas en la Tabla 7 y la Tabla 8, los procesos y procedimientos soportados en plataformas de información para la gestión de la Red Integral de Prestadores de Servicios de salud a nivel asistencial y administrativo en cada Departamento o Distrito donde esté autorizado para operar.
- Desarrollar los soportes documentales que incluyan:
 - A. La adopción de los procedimientos y mecanismos asistenciales y administrativos.
 - B. Los sistemas de información y el soporte documental que demuestre que la EPS para la gestión de la red, garantiza los sistemas de información operando en forma integrada, con la posibilidad de generar los reportes e informes de acuerdo a lo que requieran los actores dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Entidad Departamental o Distrital de Salud, Ministerio de Salud y Protección Social y Superintendencia Nacional de Salud) y la atención en salud de la población afiliada.

La EPS debe soportar lo correspondiente, de acuerdo a la normatividad vigente, al menos tomando como referencia los siguientes sistemas de información:

- Sistema de gestión contable
- Sistema para el manejo de afiliados, beneficiarios y subsidiados
- Sistema para el manejo del estado de salud de los afiliados y familias
- Sistema que contenga las características socioeconómicas de los Afiliados
- Sistema de registro y manejo del perfil clínico mínimo de ingreso
- Sistema de registro y control de la red de prestadores de servicios de salud
- Sistema de atención a usuarios.

Las acciones de tipo operativo mencionadas anteriormente, parten de la siguiente especificación de los contenidos para el cumplimiento de los criterios definidos en la Resolución 1441 de 2016, para este estándar:

Tabla 7. Lista de verificación procesos y procedimientos asistenciales

LISTA DE VERIFICACIÓN						
Para cada Departamento o Distrito donde esté autorizada para operar verifique el cumplimiento de los siguientes aspectos						
ASISTENCIAL						
1. Política de Atención Integral en Salud						
<i>1.1 Ruta del cuidado, promoción y mantenimiento de la salud</i>	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
<i>1.2 Rutas integrales de atención en salud - RIAS, reguladas por el Ministerio de Salud y de Protección Social de acuerdo a los grupos de riesgo identificados a gestionar por la EPS en el Departamento o Distrito donde está autorizada para operar (En la medida en que estas rutas sean adoptadas por el Ministerio)</i>						
Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
Población con riesgo o infecciones respiratorias crónicas	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
Población en riesgo o presencia de alteraciones nutricionales	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
Población con riesgo o trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
Población con riesgo o trastornos psicosociales y del comportamiento	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
Población con riesgo o alteraciones en la salud bucal	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
Población con riesgo o presencia de cáncer	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
Población en condición materno - perinatal	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
Población con riesgo o infecciones	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
Población en riesgo o presencia de zoonosis y agresiones por animales	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
Población con riesgo o enfermedad y accidentes laborales	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
Población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
Población con riesgo o enfermedades y accidentes relacionados con el medio ambiente	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
Población con riesgo o enfermedades raras	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
Población con riesgo o trastornos visuales y auditivos	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
Población con riesgo o trastornos degenerativos, neuropatías y auto- inmunes	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
<i>1.3 Rutas de atención específicas</i>	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
Observaciones: Incluya las observaciones que considere pertinentes frente a los requerimientos anteriormente mencionados						

LISTA DE VERIFICACIÓN

Para cada Departamento o Distrito donde esté autorizada para operar verifique el cumplimiento de los siguientes aspectos

ASISTENCIAL
2. Guías de Práctica Clínica (de conformidad con la demanda a gestionar)

Guía de artritis idiopática juvenil	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
Guía de artritis reumatoide	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
Guía de ataque cerebrovascular isquémico	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
Guía de Atención y Seguimiento de Niños y Niñas con Diagnóstico de Asma	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
Guía de Cáncer de Colon y Recto	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
Guía de Cáncer de Mama	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
Guía de cáncer de piel - actínica queratosis	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
Guía de cáncer de piel - basal	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
Guía de cáncer de piel - escamosas	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
Guía de Cáncer de Próstata	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
Guía de Depresión en Adultos	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
Guía de distrofia muscular	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
Guía de epilepsia	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
Guía de EPOC	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
Guía de esquizofrenia	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
Guía de fibrosis quística	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
Guía de Hipertensión Arterial Primaria (HTA)	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
Guía de Infecciones de Transmisión Sexual	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
Guía de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
Guía de la Enfermedad Diarreica Aguda en Niños Menores de 5 años	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
Guía de Linfoma de Hodgkin y Linfoma no Hodgkin en Niños, Niñas y Adolescentes	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
Guía de neumonía en menores de 5 años	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
Guía de Pacientes con Abuso del Alcohol	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
Guía de sífilis gestacional - congénita	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
Guía de Síndrome Coronario Agudo	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
Guía de tosferina	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
Guía de trauma craneoencefálico	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
Guía de VIH/SIDA adolescentes y adultos	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
Guía de VIH/SIDA niños y niñas	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
Guía del Recién Nacido con Asfixia Perinatal	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
Guía del Recién Nacido con Sepsis Neonatal Temprana	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
Guía del Recién Nacido con Transtorno Respiratorio	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
Guía del Recién Nacido Prematuro	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
Guía del Recién Nacido Sano	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
Guía Leucemia Linfoide Aguda y Leucemia Mieloide Aguda en Niños, Niñas y Adolescentes	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
Guía para la Detección de Anomalías Congénitas en el Recién Nacido	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
Guía para la Detección de las Complicaciones del Embarazo.	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>

LISTA DE VERIFICACIÓN

Para cada Departamento o Distrito donde esté autorizada para operar verifique el cumplimiento de los siguientes aspectos

ASISTENCIAL

Otras guías para la atención en salud de la población a cargo Si No No aplica

Observaciones: Incluya las observaciones que considere pertinentes frente a los requerimientos anteriormente mencionados

3. 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 (con base en la Resolución 412 de 2000)

Guías de detección temprana

Guía para la detección temprana de las Alteraciones del crecimiento y desarrollo en el menor de 10 años	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
Guía para la detección temprana de las Alteraciones del desarrollo del joven de 10 a 29 años	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
Guía para la detección temprana de las Alteraciones del embarazo	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
Guía para la prevención de la enfermedad crónica y mantenimiento de la salud en el individuo sano mayor de 45 años	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
Guía para la detección temprana de alteraciones visuales y patologías oculares	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
Otras guías de detección temprana	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>

Guías de protección específica

Guía para la vacunación según el Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
Guía para la protección específica de caries y la enfermedad gingival	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
Guía de atención del parto	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
Guía de atención del recién nacido	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
Guía para la atención en planificación familiar para hombres y mujeres	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
Otras guías de protección específica	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>

Guías de Atención

Guía de atención de la tuberculosis pulmonar y extrapulmonar	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
Guía para la atención de la meningitis meningocócica	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
Guía de atención de la hipertensión arterial	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
Guía de atención de de las complicaciones hipertensivas asociadas con el embarazo	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
Guía de atención de de las complicaciones hemorrágicas asociadas con el embarazo	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>



MINSALUD



TODOS POR UN
NUEVO PAÍS

PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

LISTA DE VERIFICACIÓN						
Para cada Departamento o Distrito donde esté autorizada para operar verifique el cumplimiento de los siguientes aspectos						
ASISTENCIAL						
Guía de diagnóstico y manejo de diabetes mellitus tipo I	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
Guía de atención de la diabetes mellitus tipo II	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
Otras guías de atención	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
Observaciones: Incluya las observaciones que considere pertinentes frente a los requerimientos anteriormente mencionados						
4. Protocolos clínicos						
Protocolo clínico de tratamiento con profilaxis de personas con hemofilia A severa sin inhibidores	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
Protocolo clínico de diagnóstico, tratamiento y ruta de atención de niños y niñas con trastornos del espectro autista	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
Protocolo para la aplicación de eutanasia en Colombia	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
Otros protocolos clínicos	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
Observaciones: Incluya las observaciones que considere pertinentes frente a los requerimientos anteriormente mencionados						

Tabla 8. Lista de verificación procesos y procedimientos administrativos

LISTA DE VERIFICACIÓN			
Para cada Departamento o Distrito donde esté autorizada para operar verifique el cumplimiento de los siguientes aspectos			
ADMINISTRATIVO			
1. Procesos y procedimientos administrativos			
<i>1.1 Gestión de información</i>			
Disponibilidad y portabilidad de datos clínicos con prestadores de servicios de salud de la Red en cada Departamento o Distrito donde esté autorizada para operar	Si	<input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>



LISTA DE VERIFICACIÓN

Para cada Departamento o Distrito donde esté autorizada para operar verifique el cumplimiento de los siguientes aspectos

ADMINISTRATIVO

Disponibilidad y portabilidad de datos clínicos con los afiliados de la EPS en cada Departamento o Distrito donde esté autorizada para operar Si No No aplica

1.2 Autorizaciones y procedimientos establecidos

Servicios posteriores a la atención inicial de urgencias Hospitalarias Servicios electivos Atenciones originadas por fallos de tutela y otras medidas Servicios cíclicos Otros Si No No aplica

1.3 Mecanismos de contratación

Requisitos mínimos para la negociación y suscripción con los prestadores de servicios de salud que conforman la Red integral de Prestadores de Servicios de Salud Condiciones mínimas a incluirse en los mecanismos de contratación entre la EPS y los prestadores de servicios de salud que conforman la red integral de prestadores de servicios de salud Si No No aplica

1.4 Recepción de cuentas

Trámite de Cuentas de cobro Trámite de Facturas Trámite de Reclamaciones Otros trámites de cuentas Si No No aplica

1.5 Reconocimiento y pago (Esto cambiaría en el marco de la PAIS)

Pago por capitación Pago por evento Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico Si No No aplica

1.6 planificación, adquisición, administración, utilización, optimización y control

Recursos humanos Recursos técnicos Recursos financieros Recursos físicos Si No No aplica

1.7 Estrategias, lineamientos y mecanismos de evaluación y seguimiento, documentados y establecidos de actualización del personal que opera la red, incluido cronograma

Actualización, capacitación y adquisición de competencias del personal encargado de la operación de la Red Si No No aplica



LISTA DE VERIFICACIÓN

Para cada Departamento o Distrito donde esté autorizada para operar verifique el cumplimiento de los siguientes aspectos

ADMINISTRATIVO

1.8 Carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente

Table with 5 columns: Description, Si, No, No aplica, and a final empty column. Rows include 'Contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente', 'Mecanismos de seguimiento a la entrega de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente', 'Otros mecanismos de publicación de información a los afiliados', 'Mecanismos de publicación de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente', and 'Mecanismos de actualización de la información de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente'.

1.9 Gestión y manejo de quejas, sugerencias y reclamos de afiliados y prestadores

Table with 5 columns: Si, No, No aplica, and two empty columns.

1.10 Reporte sistemático, oportuno y continuo de información

Table with 5 columns: Description, Si, No, No aplica, and a final empty column. Rows include 'Registro de actividades de protección específica y detección temprana', 'Registro individual de prestación de servicios de salud -RIPS', 'Base de datos única de afiliados', and 'Sistema de Información para la Calidad'.

1.11 Servicios de urgencias

Table with 5 columns: Description, Si, No, No aplica, and a final empty column. Rows include 'Sistema de selección y clasificación de pacientes - Triage', 'Verificación de derechos', 'Remisión o ingreso de pacientes', and 'Mecanismos para garantizar la disponibilidad de información continua, oportuna y sistemática'.

Observaciones: Incluya las observaciones que considere pertinentes frente a los requerimientos anteriormente mencionados

Large empty rectangular box for recording observations.

En lo correspondiente al soporte documental deben tenerse en cuenta los siguientes aspectos:

A. Procesos y mecanismos asistenciales

Los procesos y procedimientos asistenciales se refiere a los elementos que contribuyen a la operación de la prestación de los servicios de salud en lo correspondiente a la atención en salud para la población afiliada en cada Departamento o Distrito, en este sentido, a partir de los requerimientos en verificación definidos anteriormente se evalúan en este contexto lo siguiente:

- **Rutas Integrales de atención en salud – RIAS**

Para lo anterior, y de acuerdo a lo planteado en el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las RIAS, adoptado por la Resolución 3202 de 2016, la implementación de las RIAS en cada Departamento o Distrito están condicionadas a *la identificación de RIAS a implementar en función de las prioridades territoriales y poblacionales y de acuerdo a lo establecido en la Política de Atención Integral en Salud, las RIAS a implementar en un territorio serán producto del análisis de la situación de salud de la población y de la determinación del riesgo de la misma.*

Dado que el proceso de implementación de las RIAS, debe ser coordinado desde las Entidades Departamentales o Distritales de Salud con las EPS autorizadas a operar en su Departamento o Distrito se debe verificar que:

- a) La adopción y su correspondiente soporte de implementación de la Ruta de promoción y mantenimiento en el curso de vida.
- b) Tomando como referencia los grupos de riesgo identificados por la EPS en su Departamento o Distrito, se establecen las rutas a ser gestionadas a través de la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud y por tanto, se debe verificar la adopción y el soporte documental correspondiente para la implementación de cada una de ellas.

Debe tener en cuenta que:

- Las RIAS a ser implementadas por las EPS en la gestión de la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud, y a verificar en su adopción por parte de la Dirección Departamental o Distrital de Salud, son las siguientes, que fueron reguladas mediante la Resolución 3202 de 2016:
 - Para la promoción y mantenimiento de la salud.
 - Para la población materno —perinatal.

- Para la población con riesgo o presencia de alteraciones cardio — cerebro — vascular — metabólicas manifiestas (Hipertensión Arterial -HTA, Diabetes Mellitus — DM y Obesidad.)
- Para la población con riesgo o presencia de cáncer (Cáncer de Mama y Cáncer de Cérvix).
- Para la población con riesgo o presencia de alteraciones nutricionales (Atención a la Desnutrición Aguda para menores de 5 años).
- Para la población con riesgo o presencia de trastornos mentales y del comportamiento manifiesto debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones.
- Para la población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas (Enfermedades transmitidas por vectores: Chagas, Leishmaniosis, Malaria, Dengue, Chikungunya y Zika).

En función al desarrollo progresivo de las RIAS por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, las RIAS consideradas anteriormente podrán ampliarse y deberán estar consideradas dentro del proceso de verificación realizado por la Dirección Departamental o Distrital de Salud.

- **Guías, normas técnicas y protocolos de atención en salud, conforme a la demanda identificada; incluyendo lo pertinente a oncológicos y a la atención integral de cuidados paliativos.**

La EPS tomando en cuenta los grupos de riesgo, seleccionara en el Módulo de Redes del REPS las guías, normas técnicas y protocolos de atención en salud que soportan la gestión de la prestación de los servicios de salud para cada Departamento o Distrito donde esté autorizado para operar y así mismo, cargará el soporte documental de los procesos y procedimientos para la adopción de cada una de estas.

- **Acceso y gestión de datos clínicos, por parte de la EPS, los prestadores y usuarios de la Red**

Se refiere a la definición de los procedimientos y mecanismos, soportados documentalmente por parte de la EPS para la gestión de información, para la prestación de los servicios de salud en el Departamento o Distrito tomando como referencia, que el acceso y la gestión de información deberá estar soportada en el Sistema de Información Transaccional definido mediante el Decreto 2323 de 2015, el cual se denomina como el *conjunto de procesos, procedimientos e instrumentos de orden técnico y administrativo, que dispondrá el Ministerio de Salud y Protección Social para registrar y consultar, en tiempo real los datos de la información básica y complementaria de los afiliados, la afiliación y sus novedades en el Sistema General Seguridad Social en Salud.*

De manera adicional, se requiere soportar documentalmente los instrumentos y mecanismos definidos para la disposición de información en este sistema para la administración del riesgo en salud para identificar y gestionar los riesgos de los afiliados.

Procesos y mecanismos administrativos

Los procesos y procedimientos administrativos se refieren a los instrumentos que soportan la gestión de la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud propuesta para el Departamento o Distrito donde esté autorizada para operar y por lo anterior debe especificarse documentalmente en los siguientes términos:

- **Disponibilidad y gestión de datos clínicos**

Se requiere garantizar que los procesos y procedimientos definidos para la disponibilidad y gestión de datos clínicos entre los Prestadores que hacen parte Red, la EPS y los afiliados estén incorporados en las cartas de intención, acuerdos de voluntades o contratos vigentes, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 112 de la Ley 1438 de 2011, o las normas que la reglamenten, modifiquen, sustituyan o adicionen.

- **Autorizaciones de servicios**

Los procesos y procedimientos documentados y establecidos de autorizaciones de conformidad con la normatividad vigente, según el tipo de Demanda a Gestionar, precisando lo atinente a solicitudes, aprobaciones, parámetros, registro y trazabilidad respecto de la Oportunidad, Integralidad y Continuidad; referidos como mínimo a:

- a) Atención inicial de urgencias
- b) Servicios adicionales a la atención inicial de Urgencias
- c) Servicios electivos
- d) Autorizaciones adicionales

Lo anterior teniendo en consideración lo concerniente a: Atención Integral para las Rutas definidas (Incluyendo Oncológicos); Cuidados Paliativos y

- e) Otros Eventos en Salud de carácter electivo.

- **Mecanismos de contratación**

Procesos y procedimientos documentados y establecidos de Mecanismos de Contratación con Prestadores de Servicios de Salud, de conformidad con lo

establecido en los Artículos 5, 6, 7 y 8 del Decreto 4747 de 2007, o la norma que lo modifique, sustituya o adicione.

- **Recepción de cuentas**

Se requiere garantizar que los procesos y procedimientos definidos para la recepción de cuentas estén incorporados en las cartas de intención, acuerdos de voluntades o contratos vigentes, de acuerdo a lo establecido por la normatividad vigente.

- **Mecanismos de reconocimiento y pago**

Se requiere garantizar que los procesos y procedimientos establecidos de reconocimiento y pago estén incorporados en las cartas de intención, acuerdos de voluntades o contratos vigentes, de conformidad con lo establecido en el Artículo 4 del Decreto 4747 de 2007, o la norma que lo modifique, sustituya o adicione.

- **Planeación y gestión de la prestación de los servicios de salud**

Procesos y procedimientos documentados y establecidos de planificación de planeación, adquisición, manejo, utilización, optimización y control de los recursos humanos, técnicos, financieros y físicos disponibles para la prestación de servicios de salud.

- **Actualización continua del personal a cargo de la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud para el Departamento o Distrito**

Procesos, estrategias, lineamientos y mecanismos de evaluación y seguimiento, documentados y establecidos, incluido cronograma con periodicidad anual, orientados a la actualización, capacitación y adquisición de competencias del personal encargado de la operación de la red.

- **Carta de derechos de los afiliados y pacientes**

Carta de Derechos de los Afiliados y de los Pacientes adoptada y periódicamente actualizada y Gestión de la entrega, conforme a los contenidos de la Resolución 4343 de 2012 y la Circular conjunta externa 016 de 2013, o la norma que las modifiquen, sustituyan o adicionen.

- **Manejo de quejas, sugerencias y reclamos**

Procesos y procedimientos documentados y establecidos para la Gestión y manejo de quejas, sugerencias y reclamos de afiliados y prestadores, de conformidad con el Título 1 - Capítulo 2 de la Ley 1437 de 2011, o la norma que la reglamente y las que las modifiquen, sustituyan o adicionen.

- **Seguimiento y evaluación**

Se refiere a los procesos, procedimientos y mecanismos de evaluación y seguimiento, documentados y establecidos, incluido cronograma con



periodicidad anual, conforme a los lineamientos y normatividad vigente, orientados a garantizar el reporte periódico, sistemático, continuo y el mejoramiento de la información obligatoria y la demás necesaria para la adecuada gestión y operación de la Red. A partir de un reporte de información sistemático y continuo, tomando como referencia los contenidos de los anexos técnicos de la normatividad vigente y lineamientos de transferencia de información de SISPRO, de conformidad con la Resolución 3374 de 2000, la Resolución 4505 de 2012, la Resolución 256 de 2016, la Circular única de la Superintendencia Nacional de Salud - indicadores de calidad y la Circular externa 049 de 2008, o la norma que las modifiquen, sustituyan o adicionen.

En lo referente al modo de verificación de los procedimientos y mecanismos asistenciales soportados en plataformas de información, para la gestión de la Red de urgencias, se debe garantizar que estos estén adoptados de acuerdo a lo siguiente:

- a) Sistema de selección y clasificación de pacientes para la atención de Urgencias en la Red, formalmente adoptado, con procedimientos y mecanismos estandarizados de aplicación registro, seguimiento y evaluación, de conformidad con el Artículo 10 del Decreto 4747 de 2007 y la Resolución 5596 de 2015, o la norma que los modifiquen, sustituyan o adicionen.
- b) Procesos y procedimientos documentados y establecidos para la verificación de derechos, incorporados en los Acuerdos de Voluntades y Contratos suscritos con los prestadores que conforman la Red, acordes al Artículo 11 del Decreto 4747 de 2007, o la norma que modifique, sustituya o adicione.
- c) Procesos y procedimientos documentados y establecidos para la remisión o ingreso de los pacientes, cuando sea requerido, a servicios adicionales a la atención inicial de urgencias, en función de los servicios habilitados y la capacidad instalada en la red integral de prestadores de servicios de salud, conforme a la normatividad vigente.
- d) Procesos y procedimientos documentados y establecidos para la articulación del sistema de referencia y contrarreferencia, garantizar la disponibilidad de información sistemática y oportuna de la capacidad instalada y atención de casos por los Prestadores que integran la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud, definido por la EPS con los Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias – CRUE donde se halle autorizada a operar la EPS; así como los mecanismos de monitoreo, seguimiento y evaluación de dicha gestión y articulación; desarrollados conjuntamente con el respectivo CRUE departamental o distrital.

6.3. ESTÁNDAR 3. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA RED.

Para el cumplimiento de lo establecido la EPS deberá soportar documentalmente y cargar a través del Módulo de Redes del REPS, lo siguiente:

6.3.1 DOCUMENTO QUE SOPORTE LA CONSTITUCIÓN, CONFORMACIÓN, FUNCIONES, MANUAL TÉCNICO OPERATIVO Y MECANISMOS DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN DE LA UNIDAD TÉCNICA DE ANÁLISIS DE GESTIÓN DE RIESGO Y DESEMPEÑO.

La Unidad Técnica de análisis de gestión de riesgo y desempeño tiene a su cargo el análisis, monitoreo y valoración de la gestión y desempeño de la red en cada Departamento o Distrito, en términos de los atributos con los cuales se debe brindar el proceso de atención en salud a los afiliados de la EPS, como accesibilidad, integralidad, continuidad, calidad y resolutivez, así como en términos del logro de los resultados de salud propuestos.

Según el Manual de Habilitación de Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud, el documento relacionado con esta Unidad, debe contener al menos:

- 1) Documento o soporte que especifique la constitución y conformación de la Unidad para cada Departamento o Distrito donde está autorizado para operar.
- 2) Manual de funciones y Manual técnico - operativo de la unidad, incluyendo, los aspectos para desarrollar los mecanismos, instrumentos y metodologías que permitan soportar el monitoreo y la evaluación de la gestión de la prestación de los servicios por parte de la Red, en cada Departamento o Distrito donde esté autorizada para operar.
- 3) Los mecanismos de seguimiento y evaluación de la gestión de la Unidad técnica de análisis de riesgo y desempeño, incluyendo, las acciones de mejora planteadas para garantizar el funcionamiento de la unidad en marco de la gestión de la prestación de los servicios de salud.

6.3.2 DOCUMENTO DE MECANISMOS, INSTRUMENTOS Y METODOLOGÍAS PARA REALIZAR EL MONITOREO, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE LA RED.

El documento de seguimiento y evaluación del desempeño y de los resultados en salud de las redes integrales de prestadores de servicios de salud, a partir de los lineamientos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social debe posibilitar realizar los análisis correspondientes teniendo en cuenta su correspondencia con la Política Integral de Atención en Salud, respecto a las



Rutas Integrales de Atención en Salud, la gestión integral del riesgo en salud y el desempeño de los actores en la prestación de los servicios de salud.

El documento de definición de mecanismos, instrumentos y metodologías para el monitoreo, seguimiento y evaluación tiene como propósitos:

- ✚ Realizar la trazabilidad del proceso de atención en salud para el seguimiento y evaluación del cumplimiento por parte de la red de los objetivos y metas propuestas respecto a la gestión de la prestación de servicios de salud (accesibilidad, oportunidad, continuidad, integralidad, resolutivez y resultados en salud esperados), de conformidad con los lineamientos definidos por el Ministerio de Salud y Protección y los elementos considerados dentro de la Resolución 1441 de 2016 (Incluyendo lo correspondiente a la red de urgencias, lo referente a oncológicos y lo pertinente a atención integral de cuidados paliativos).
- ✚ Realizar el seguimiento y evaluación del cumplimiento por parte de la red de los objetivos y metas definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, respecto a los resultados en salud esperados en marco de la Política de Atención Integral en Salud.
- ✚ Desarrollar los instrumentos y estrategias para la consolidación de los procesos de seguimiento y evaluación, respecto a la gestión y el desempeño en la prestación de los servicios de salud por parte de los integrantes de la red y la implementación de acciones de mejora en correspondencia con los resultados obtenidos.
- ✚ Monitorear la gestión realizada por los integrantes de la red, de conformidad con sus competencias y su incidencia dentro de la prestación de los servicios de salud.
- ✚ Establecer los mecanismos para la divulgación y comunicación de los resultados del seguimiento y la evaluación de la gestión de la prestación de servicios de salud por parte de la red, así como, al igual que a la calidad de la atención en salud percibida por los usuarios y la satisfacción con los servicios prestados por la Red integral.

El seguimiento y la evaluación se deben realizar de conformidad con los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y de Protección Social, respecto a fuentes de información, indicadores y línea de base. Este sistema de seguimiento y evaluación se soporta en los registros, encuestas, estadísticas derivadas y demás información considerada y según lineamientos del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO).



MINSALUD



**TODOS POR UN
NUEVO PAÍS**

PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

6.3.3 DOCUMENTO LA EXISTENCIA DE MECANISMOS DE PUBLICACIÓN, DIVULGACIÓN O SOCIALIZACIÓN DEL DESEMPEÑO, HACIA LOS PRESTADORES Y USUARIOS DE LA RED.

Se requiere garantizar por parte de la EPS, la divulgación continua de los resultados en cada Departamento o Distrito donde esté autorizada para operar, por lo cual, se debe soportar documentalmente la existencia mecanismos para el desarrollo e implementación de estrategias de publicación, divulgación o socialización del desempeño, hacia los prestadores y usuarios de la Red; el seguimiento a la calidad de la atención en salud percibida por los usuarios y la satisfacción con los servicios prestados por la Red integral.

ANEXO 1. MODELO UTILIZADO PARA LA ESTIMACIÓN DE LA DEMANDA AGREGADA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Para poder establecer la suficiencia y completitud de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud – RIPSS, se requiere contar con la cuantificación de la demanda agregada, expresada esta como la agregación entre la demanda exante y la demanda efectiva.

Como tal la demanda exante corresponde a las estimaciones realizadas a partir de la población afiliada y las actividades programadas por sexo y grupo de edad para las actividades de protección específica y detección temprana. En general, este valor a ser gestionado corresponde a un valor estático, que está condicionado a valores fijos establecidos por la normatividad vigente.

En el caso de la demanda efectiva, la especificación de dicho valor, está asociado a los potenciales usos que en un momento del tiempo dado han sido realizados por parte de una población específica, por lo tanto, se debe contabilizar por una parte la necesidad de atención en salud sujeto al acceso institucional a los servicios. Lo anterior, implica contabilizar los requerimientos de servicios por parte de la población afiliada en un territorio particular.

Los resultados que se obtienen de estos dos conjuntos de información es la denominada demanda agregada en un territorio y periodo dado.

METODOLOGÍA

La Metodología para definir la demanda de servicios de salud en un territorio i parte de la especificación de los dos conjuntos de información anteriormente señalados, teniendo en cuenta los siguientes procedimientos:

A. DEMANDA EXANTE

Como tal la demanda exante, se obtiene de la sumatoria de las actividades de protección específica y detección temprana de acuerdo al sexo y grupo de edad. En este caso se realiza la cuantificación del número de actividades que deben ser realizadas por los actores que ofrecen servicios de salud en un periodo determinado, definidas por las normas, protocolos o guías de atención en salud, para cada evento, prioridad, problema de salud o patología (incluso, Grupos Relacionados de Diagnóstico – GRD).

Por cada evento de atención en salud priorizado y considerado de protección específica y detección temprana se debe cuantificar lo siguiente:

$$P_j = \sum_{k=1}^p A_k$$

Dónde:

P_j = Total de actividades a realizar por individuo j en un grupo k específico de intervención.

A_k = Número de actividades programadas (tipo y frecuencia) a realizar en un periodo de tiempo dado en un grupo k de intervención

Lo anterior debe ser condicionado y calculado de conformidad con los siguientes grupos k específicos de intervención:

- Recién Nacido
- Menores de un año
- Menores de 10 años
- De 10 a 19 años
- Mujeres en edad fértil
- Mujeres gestantes
- Hombres
- Mayores de 45 años

Luego de calcular el total de actividades a realizar en un periodo de tiempo dado y teniendo en cuenta la magnitud (cantidad de personas incluidas o que se priorizan) de los grupos específicos de intervención, se debe estimar la cantidad total de actividades requeridas:

$$DEX_{i,k} = \sum_{k=1}^i \sum_{j=1}^k P_{j,k}$$

Dónde:

$DEX_{i,k}$ = Demanda inducida en el territorio i, de cada uno de los grupos k específicos de intervención.

$P_{j,k}$ = Total de actividades a realizar por individuo j en un grupo k específico de intervención

El resultado obtenido son las actividades que deben ser efectivamente programadas y realizadas por las redes dentro del componente de servicios

primarios, en el marco de lo establecido en el *Modelo Integral de Atención en Salud*.

B. DEMANDA EFECTIVA

La demanda efectiva se refiere a la población de un territorio que ante un evento en salud, en determinado periodo de tiempo, accede de manera efectiva a los servicios y el prestador le realiza las actividades y los procedimientos para atender su necesidad. No solamente se tiene como referencia el acceso sino aborda aspectos asociados a la continuidad, oportunidad e integralidad de la atención según un nivel de disponibilidad previsto².

Para realizar esta estimación se requiere contabilizar aquellos factores que condicionan el uso o no efectivo de los servicios de salud a partir de las fuentes de información disponibles. Esta metodología se basa en los Registro Individuales de Prestación de Servicios de Salud como aquellos que permiten describir las atenciones en salud realizadas en un momento del tiempo dado, de manera adicional, estos registros están regulados por la Resolución 3374 de 2000 donde no solamente se especifican los contenidos sino adicionalmente, se tienen en cuenta los criterios básicos para la gestión de información.

Sin embargo, al encontrarse sesgada al uso efectivo y reportado, para abordar la demanda efectiva esperada de una población específica se requiere realizar el siguiente procedimiento de estimación de tipo secuencial:

- Demanda por percepción de la enfermedad

Corresponde a la percepción individual de una necesidad en salud, la cual puede ser explicada por variables relacionadas a las condiciones de vida, edad, características socioeconómicas (sexo, nivel educativo, posición ocupacional, condición dentro del SGSSS) y del hogar (jefatura del hogar, nivel

² Ministerio de Salud y Protección Social. Redes de Integrales de prestadores de servicios de salud Lineamientos para el Proceso de Conformación, Organización, Gestión, Seguimiento y Evaluación. Pág.

de estudios del jefe del hogar, condición de pobreza, zona de residencia, entre otros factores).

La pregunta en la ECV que define el problema a analizar es: “En los últimos 30 días, <...> ¿tuvo alguna enfermedad, accidente, problema odontológico o algún otro problema de salud que no haya implicado hospitalización?”. Este autorreporte es capturado por una variable p que toma un valor de 1 cuando se reporta enfermo y 0 cuando no.

Asumiendo que I_j es el vector de variables que representa las condiciones individuales, H_j , el vector de variables del hogar, α_j y β_j , los vectores de los estimadores y ε_j es el término de perturbación no observado; en sentido general la estimación que se realiza para cada territorio i , es la siguiente:

$$p_j = \alpha_j I_j + \beta_j H_j + \varepsilon_j$$

Y,

$$p_j = 1 \text{ si } P^* > 0$$

$$p_j = 0 \text{ si } P^* < 0$$

Por lo anterior, los individuos se perciben enfermos ($p_j=1$) si el valor presente del beneficio neto monetario de esta declaración y su costo de oportunidad (P^*) es positivo.

El modelo final que estima la proporción de población con *necesidades percibidas* en salud, es particular en términos de las variables que explican su comportamiento, ya que está condicionada por la significancia estadística de las variables incluidas.

- **Demanda por acceso a salud**

Como se denota en el componente de *demanda efectiva*, el acceso a los servicios de salud (Bloque 3) está relacionado con la búsqueda de un satisfactor para la necesidad percibida. La pregunta en la ECV, adicional a la definida en el Bloque 2, a utilizar es la siguiente: “*Para tratar ese problema de salud, ¿qué hizo principalmente ___?*”. Como es una pregunta que tiene diferentes opciones de respuesta en función de las decisiones de los individuos, para el caso de análisis se tienen en cuenta las siguientes respuestas:

Acudió a: (i) *una institución prestadora de servicios de salud;*

(ii) *o profesional de la salud independiente (de forma particular)*

Por lo tanto el acceso efectivo será observado, es decir $A_j = 1$, si el individuo percibe una necesidad en salud ($p_j=1$) y genera un satisfactor para la realización de las actividades y procedimientos en salud, en términos de acceso a una institución prestadora de servicios de salud o a un profesional de la salud independiente. La decisión depende del análisis realizado por el individuo del diferencial en su función de utilidad general, condicionado por la demanda de servicios de salud. Por tal razón $A_j = 1$ cuando se accede a consulta o al servicio de urgencias, condicionado a que se percibe enfermo; a su vez, un individuo no es observado, si sólo si $A_j = 0$ es decir, el individuo no se declara enfermo $p_j = 0$, esto implica que la variable de acceso a servicios de salud, es censurada.

Partiendo de las variables explicativas usadas en el Bloque 2, la ecuación de acceso a estimar es la siguiente:

$$A_j = \lambda_j I_j + \rho_j H_j + \varepsilon_j \text{ si } (p_j=1)$$

$$A_j = 0 \text{ si } (p_j=0)$$

Donde I_j es el vector de variables que representa las condiciones individuales; H_j , el vector de variables del hogar; λ_j y ρ , los vectores de los estimadores; y ε_j es el término de perturbación no observado, en sentido general para la estimación que se realiza para cada territorio i .

El modelo final estima la probabilidad de acceso dada una necesidad en salud para cada individuo j en un territorio i , y al igual que en el Bloque 2, pueden presentarse variaciones por la significancia estadística de las variables incluidas.

- **Demanda efectiva**

Para este caso se toman los ámbitos de atención en salud reportados de manera efectiva en el RIPS y se establece un método multivariado donde la *demanda efectiva* de servicios de salud está condicionada por características del individuo, y puede expresarse como:

$$DE_j = \theta_j I_j + \gamma \lambda (p_j + A_j) + \mu_j$$

Donde el estimador λ , conocido como la inversa del ratio de Mills, mide la importancia del componente selectivo de la *percepción de enfermedad* y el *acceso a los servicios de salud*. Si el estimador es significativo a nivel estadístico, independiente del signo, indica un componente selectivo que genera cambios positivos o negativos en la percepción potencial de uso de los servicios de salud de la población que no accede ni usa servicios.

Las ecuaciones de los Bloques 2, 3 y 4 han sido modeladas considerando la metodología de dos etapas de Heckman y estimadas mediante modelos probabilísticos. Respecto a Heckman es necesario precisar que su utilización es relevante para corregir el sesgo de selección originado por el consumo nulo de numerosos individuos en RIPS, ya que sólo se genera información dentro de este sí la población con un evento en salud, accede y usa los servicios en un momento determinado.

Para dar alcance a las necesidades del análisis, se realizan las estimaciones a partir de un modelo recursivo utilizando métodos diferenciados según el bloque que corresponda, así:

- a) Para los bloques de *demanda por percepción de enfermedad* y de *demanda por acceso* se utilizan modelos logísticos;
- b) Para la *demanda efectiva* se toman como referencia métodos multivariados, utilizando los procedimientos establecidos por Heckman para corregir los sesgos de selección³.

Es importante precisar, que para efectos de la aplicación de la metodología, las estimaciones de *las demandas inducida, por percepción de enfermedad, por acceso a salud y efectiva* en cada uno de los territorios, serán provistas por el Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de generar un proceso estandarizado de estimación de los componentes. Esto implica que para calcular la *demanda agregada*, los actores deberán estimar la *demanda inducida* para luego ser sumada a las estimaciones generadas de las otras demandas en el territorio analizado.

C. DEMANDA AGREGADA

Una vez se generan los resultados anteriormente presentados *la demanda ex ante* y *la demanda efectiva* se puede obtener *la demanda agregada* en un territorio j de la siguiente manera:

$$DA_{i,k} = DEX_{i,k} + DE_{i,k}$$

Dónde:

$DA_{i,k}$ = *Demanda agregada* en el territorio i , de cada uno de los grupos k específicos de intervención.

$DEX_{i,k}$ = *Demanda ex ante* en el territorio i , de cada uno de los grupos k específicos de intervención.

$DE_{i,k}$ = *Demanda efectiva* en el territorio i , de cada uno de los grupos k específicos de intervención.

³ Para mayor ilustración de la corrección ver Heckman James J. Sample Selection Bias as a Specification Error. *Econometría*, Vol. 47, No. 1 (Jan., 1979), pp. 153-161.

D. MÉTODO DE IMPUTACIÓN DE LA PROBABILIDAD DE NECESIDAD EN SALUD Y DE ACCESO DADA UNA NECESIDAD EN SALUD

Para tener claridad sobre el modelo de imputación de la necesidad y acceso en salud parte de las definiciones conceptuales definidas en torno al uso de los servicios de salud y en sí mismo de la demanda de servicios de salud. De acuerdo a lo anterior, la demanda de servicios de salud puede definirse como la población que de acuerdo a una necesidad de atención requiere o potencialmente revela un consumo de servicios de salud. A partir de la premisa anterior, la organización de la oferta de servicios debe contener los elementos humanos, técnicos, operativos, administrativos y logísticos para generar organizaciones funcionales que propendan por un acceso oportuno, adecuado, efectivo y de calidad cuando este por sí mismo sea requerido.

Es común que los individuos demanden una canasta de servicios de salud que no es homogénea, y que en muchas ocasiones puede estar condicionada a factores que no se encuentran asociados al mejoramiento de su condición de salud, ya que potencialmente pueden ser inducidos desde el proveedor, sin que esto tenga por parte del individuo la búsqueda de satisfactores para la necesidad. Estas consideraciones conllevan a la realización de una aproximación a las condiciones actuales de la población cuando se demandan servicios en determinado momento y en un territorio específico, con el fin de promover la salud, prevenir la enfermedad, recuperar y/o rehabilitar la salud. Aproximarse a la demanda de servicios de salud, requiere considerar aspectos como la aleatoriedad tanto de la percepción de la necesidad sentida de su uso, el uso efectivo, así como la tendencia evidenciada en el tiempo de la demanda gestionada en las redes, sea ésta consecuencia de una demanda inducida, potencial o espontánea⁴.

La especificación de la demanda de servicios de salud se constituye como un agregado de subconjuntos de población expresada con ciertas particularidades, pero que se intersectan por un elemento clave orientado a la minimización del riesgo de padecer enfermedad o el manejo integral de la enfermedad en el corto, mediano o largo plazo para que no se generen efectos

⁴ La demanda potencial o espontánea es el resultado de la agregación de la demanda por percepción de enfermedad, por acceso a salud y la demanda efectiva.

negativos en el individuo. La referencia del concepto individual en la definición de demanda para los desarrollos previstos en la Metodología parten de los análisis y las modelaciones que han venido desarrollándose por autores como Aday y Andersen (1995), en las cuales se ha podido concluir que la modificación del enfoque de los modelos de uso de los servicios de salud con unidad de análisis en la familia al individual se encausa en *“la dificultad de desarrollar medidas en un nivel familiar que tienen en cuenta la heterogeneidad de los miembros de la familia, como una medida resumen del “estatus de salud familiar”*.

Bajo este enfoque, el objetivo del modelo de imputación es incorporar dentro de los RIPS, la probabilidad de necesidad y la probabilidad condicionada de acceso dada una necesidad provista por la Encuesta de Calidad de Vida - ECV; para esto se parte de modelos que permiten definir los valores que condicionan el comportamiento dentro del sistema de salud de un individuo capturando condiciones individuales, del hogar y su entorno. Las variables utilizadas son seleccionadas de acuerdo a su nivel de significancia. En el caso particular de la ECV se construyen modelos de elección discreta, no sólo incorporando factores que identifican a la población sino variables de contexto que condicionan el uso de los servicios de salud. Las variables seleccionadas la modelación secuencial son aquellas que caracterizan de mejor manera la demanda por necesidad en salud y la demanda por acceso a los servicios de salud.

En la ECV, se cuenta con un número de individuos que responden al conjunto de preguntas que determina la necesidad y el acceso a los servicios de salud (teniendo en cuenta que sólo se consideran los servicios puerta de entrada), estos se denotan como n_{obs} y de manera adicional, existe un grupo de personas que no presenta información, las reportadas por RIPS que se denotan como n_{imp} .

Lo que se realiza es imputar a los n_{imp} por medio de un modelo de corrección de Heckman que caracteriza de la mejor manera la probabilidad de necesidad y de acceso dada una necesidad en salud, siendo esta imputación de carácter individual dentro del RIPS. El uso de este tipo de funciones para la demanda de servicios de salud, normalmente se deriva de problemas de sesgo de selección, este problema como tal se encuentra asociado a la ausencia en forma no aleatoria de observaciones dentro de la muestra, lo cual puede ser igualmente considerado como en producir un sesgo en los coeficientes obtenidos en

modelos econométricos que incluyen variables obtenidas en dicha muestra, o lo que puede asimilarse a la omisión de variables relevantes dentro del análisis.

En el caso de los servicios de salud, podría en promedio considerarse una homogeneidad en el uso de los servicios, por lo que una diferencia entre las probabilidades de uso sería una medida de discriminación. Sin embargo, bajo los análisis de trayectorias provistas por las Encuestas Nacionales y los resultados de los reportes de información, permiten observar un uso prevalente de los servicios por parte de las mujeres, sin que exista un factor o variables que permita discriminar el uso potencial de servicios de salud.

En términos generales, el concepto de sesgo de selección en gran parte es debido a no observar de manera total el comportamiento de los individuos en el SGSSS, por efecto del subregistro y la falta de cobertura del sistema de información de prestación de servicios de salud, y de manera adicional, de no contar con información de los universos de población que no acceden al SGSSS, en virtud de una necesidad efecto principalmente causado por las barreras que han venido siendo visibilizados dentro del sector.

Para obtener los resultados esperados las variables que son comunes entre los dos marcos de información son departamento de residencia, sexo, edad, tipo de usuario y con esta información se logra generar el marco de referencia.

De manera explícita el método a aplicar es el siguiente:

$$n_{imp} = f(\text{residencia}, \text{sexo}, \text{edad}, \text{tipo}_{\text{usuario}})$$

Los valores que se generan en la imputación son los relacionados con las probabilidades de necesidad en salud y acceso dada una necesidad en salud, en forma general lo que se busca estimar, es la siguiente relación:

$$A_j = \lambda_j I_j + \rho_j H_j + p(N) + p\left(\frac{a}{n}\right) + \varepsilon_j$$

Con lo anterior se busca estimar el impacto de las probabilidades condicionales dentro de las decisiones de los individuos en un momento del tiempo dado. Para que de manera posterior utilizando la inversa del ratio de Mills λ , se establezca la importancia del componente selectivo de las probabilidades anteriormente definidas, una vez se verifica lo anterior se procede a reestimar las observaciones ajustadas por subregistro y cobertura y se obtienen los registros ajustados por cada uno de los ámbitos territoriales



MINSALUD



**TODOS POR UN
NUEVO PAÍS**

PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN