



*Working Papers - DOCUMENTOS DE TRABAJO - COMPARTIDO COMO PARCIAL DE INVESTIGACIÓN
DIVISIÓN DE INVESTIGACIONES SOCIOPOLÍTICAS Y ASUNTOS SOCIOECONÓMICOS*

Documentos de Trabajo 2023-3

Edición electrónica



LINEAMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN MODELO DE GESTIÓN EN ECONOMÍA DE LA SALUD

Juan Bautista Amud Martínez.
Investigador

Octubre, 2023
Bogotá, Colombia



División de
Investigaciones
Sociopolíticas y
Asuntos
Socioeconómicas

Documentos de Trabajo 2023 - 3¹
Edición electrónica. Octubre de 2023

Autor:

Juan Bautista Amud Martínez

Amud, J. (2023). Lineamientos para la implementación de un modelo de gestión en economía de la salud (Documentos de trabajo 2023- 3). Comité de Investigaciones del Instituto de Estudios del Ministerio Público.

Instituto de Estudios del Ministerio Público

Carlos José González Hernández, Director Instituto de Estudios del Ministerio Público ²
Luis Enrique Martínez Ballén, Jefe División de Investigaciones Sociopolíticas y Asuntos Socioeconómicos

Equipo técnico

Sandra Rojas Barreo, coordinadora de investigación
Luis Enrique Martínez Ballén, Secretario Técnico Comité de Investigaciones IEMP

El propósito de los documentos de trabajo -*Working Papers*- de la División de Investigaciones Sociopolíticas y Asuntos Socioeconómicos es mantener la memoria de los estudios del Instituto de Estudios del Ministerio Público y abrir un espacio de promoción y divulgación para dar visibilidad a los trabajos en desarrollo, escritos de las y los investigadoras(es), docentes, estudiantes que complementan el programa de investigación del IEMP, para que sean conocidos por la ciudadanía en general, por las y los integrantes del Ministerio Público de Colombia y que sirvan para académicos y estudiosos con el fin de discutirlos y mejorarlos o que sirvan de referencia. Son documentos que no tienen evaluación de pares académicos.

Este documento refleja exclusivamente la opinión de sus autores. Lo que se publica en esta serie es **responsabilidad del autor** y podrá cambiar en la medida en que las investigaciones, estado de avance de la frontera de conocimiento, desarrollo normativo e institucional cambian. No representa el punto de vista de la Procuraduría General de la Nación, de sus dependencias, del Instituto de Estudios del Ministerio Público, de la División de Investigaciones Sociopolíticas y Asuntos Socioeconómicos o del Grupo de Investigación Carlos Mauro Hoyos. El contenido está protegido por las normas internacionales y nacionales vigentes sobre propiedad intelectual, su utilización, reproducción, comunicación pública, transformación, distribución, alquiler, préstamo público e importación, total o parcial, en todo o en parte, en cualquier formato se encuentran prohibidos y solo serán lícitos en la medida en que cuenten con la autorización previa y expresa por escrito del autor o titular.

Se prohíbe su reproducción parcial o total de este ejemplar, todos los derechos patrimoniales pertenecen al Instituto de Estudios del Ministerio Público

¹ Producto de la investigación “Análisis y proyección del Modelo de Gestión en Economía de la Salud”, realizada en el año 2019, siendo director del IEMP el doctor Leandro Ramos.

² Documentos de trabajo puestos a disposición en la Web del IEMP, a partir de 2023, siguiendo lineamientos de su director

TABLA DE CONTENIDO

Contenido

LINEAMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN MODELO DE GESTIÓN EN ECONOMÍA DE LA SALUD	5
1. FUNDAMENTOS	5
2. PRINCIPIOS.....	6
3. OBJETIVOS	7
4. ALCANCE	7
5. TÉRMINOS Y DEFINICIONES	7
6. ESTRUCTURA DE LOS ELEMENTOS DEL MODELO DE GESTIÓN.....	10
7. GENERALIDADES.....	11
7.1. Aseguramiento.....	11
7.2. Financiación.....	13
7.2.1. Porcentaje de cotización por grupos.....	15
7.2.1.1. Madres Comunitarias	15
7.2.2.1. Trabajadores Independientes con vinculación a través de contrato de prestación de servicios.....	15
7.2.2.2. Afiliados Cotizantes.....	15
7.2.2.3. Pensionados.....	16
7.3. Atención Integral En Salud.....	16
7.3.1.1. Exámenes de Laboratorio	17
7.3.1.2. Autorizaciones y exámenes procedimientos adicionales:.....	18
7.3.1.3. Entrega de Medicamento:	18
7.3.1.4. Es Quema De Salud Integral	18
7.3.2. Kit del afiliado.....	19
7.3.2.1. Portal web.....	19
7.3.2.2. Manual del afiliado.....	19
7.3.2.3. Tarjeta de identificación del paciente.....	20
7.3.2.4. Servicios para personas con discapacidad, auditiva y visual.....	20
7.3.3. Niveles de atención 1 y 2	20
7.3.3.1. Primer nivel.....	21
7.3.3.2. Segundo nivel de atención.....	22



Working Papers – DOCUMENTOS DE TRABAJO – COMPARTIDO COMO PARCIAL DE INVESTIGACIÓN
DIVISIÓN DE INVESTIGACIONES SOCIOPOLÍTICAS Y ASUNTOS SOCIOECONÓMICOS

7.3.4.	Beneficios, programas y servicios.	22
7.3.4.1.	Beneficios y servicios de salud	22
7.3.4.2.	Bonos por buen desempeño en la atención al afiliado.....	27
8.	SISTEMAS DE INFORMACIÓN.	28
8.1.	Bases de Datos.	29
8.2.	Análisis de la información.	30
9.	CERTIFICACIÓN.....	31
9.1	Objetivos	31
10.	REFERENCIAS:	32

DOCUMENTO DE TRABAJO



LINEAMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN MODELO DE GESTIÓN EN ECONOMÍA DE LA SALUD

1. FUNDAMENTOS

El Instituto de Estudios del Ministerio Público - IEMP de la Procuraduría General de la Nación en desarrollo de sus funciones constitucionales y legales, ha venido fortaleciendo la labor investigativa en temas de interés del Ministerio Público, identificados por distintas dependencias y funcionarios de la entidad. Una de las problemáticas que el IEMP empezó analizar en el presente año, es el sistema de salud por “la brecha creciente entre las necesidades o las expectativas de la población y de los proveedores de servicios, por una parte, y los recursos disponibles en la sociedad por la otra”. Por lo anterior el IEMP mediante estos lineamientos de un modelo de gestión en economía de la salud, propone una estrategia para mejorar los problemas actuales de salud en Colombia.

Los lineamientos del modelo de gestión es un instrumento técnico que garantiza el acceso, la calidad, el equilibrio financiero y la excelencia de la atención preventiva integral en salud de los colombianos, en las entidades administradoras y prestadoras de los servicios de salud. Este modelo contiene una estrategia de mejoramiento efectiva basado en evidencia que se obtiene de la prestación de servicio de salud.

Por su enfoque, este modelo requiere que las entidades se comprometan en el cumplimiento de la normativa asociada a los temas del plan de salud preventiva integral (incluyendo los requisitos legales), los estándares mínimos a cumplir definidos dentro del modelo para las entidades prestadoras y administradoras en la materia, además los estándares de integridad y códigos de ética y las expectativas de todos afiliados.

2. PRINCIPIOS

Estos lineamientos se fundamentan en los siguientes principios:

Coherencia: Se refiere a la congruencia o concordancia entre el todo y las partes, entre las estructuras y los procesos, entre los propósitos y los medios.

Eficiencia: Dimensión que se relaciona con el uso que se hace de los recursos económicos y administrativos institucionales en beneficio de sus producciones. En el caso del sector salud se refiere a la formación de profesionales, resultados de investigación y de acción social.

Eficacia: Dimensión que se refiere al establecimiento de las relaciones de congruencia de los medios con los fines; es decir, si la selección, distribución y organización de los recursos utilizados son apropiados a los resultados obtenidos.

Idoneidad: Se refiere a la capacidad de la institución de cumplir con las tareas específicas que se desprenden de su misión y propósitos.

Integridad: Hace referencia a la probidad, honestidad y rectitud. Indica respeto por los valores universales que configuran la ética académica.

Equidad: Expresa el sentido de justicia con el que opera interna y externamente la institución. Implica el reconocimiento de las diferencias y el respeto a la pluralidad.

Ética: La ética constituye un elemento que caracteriza la gestión de calidad como filosofía o marco de referencia para las organizaciones. El respeto al significado de las normas, a los usuarios, al personal, a las instituciones relacionadas con la organización, a su entorno social, etc., ha de formar parte de su preocupación por el mejoramiento constante. Este tipo de gestión parte de un impulso ético como justificación de la modernización.

Aseguramiento de la Calidad: El aseguramiento de la calidad se logra mediante todas aquellas acciones llevadas a cabo sistemáticamente, que están destinadas a obtener un proceso que garantice a terceros que la actividad llenará los requerimientos de calidad que se han definido previamente. En definitiva, la filosofía que la sustenta se construye en los procesos. El aseguramiento de la calidad tiene como propósito alcanzar y mantener la calidad de las producciones y proporcionar esa garantía a quienes las utilizan.

Mejoramiento de la Calidad: Es el conjunto de actividades que hay que llevar a cabo para lograr resultados de calidad en todos los niveles, que permita detectar y eliminar sistemáticamente ineficiencias; prevenir problemas y revisar

constantemente los requerimientos internos y externos para ajustar el accionar institucional cuando sea pertinente.

Evaluación De La Calidad: Es un proceso formativo, participativo, permanente, sistemático, dirigido a recolectar la información, que permite comparar los logros con los modelos o estándares de desempeño que se han establecido y que responden a las necesidades de la Institución, de la comunidad, de quienes utilizan los servicios, así como de los funcionarios y las funcionarias que realizan el trabajo.

Indicadores De Calidad: Se considera que los indicadores de calidad permiten valorar el cumplimiento de aquello que se considera deseable, evidencian problemas y ayudan a determinar el grado de avance en cada caso.

3. OBJETIVOS

Establecer un modelo de gestión en economía de la salud, basado prioritariamente en la atención preventiva e integral de la salud, mejorando y con acceso, calidad y equilibrio financiero en el sector, lo cual requiere el compromiso y adopción de esta normatividad por parte de las entidades que administra y prestan servicios de salud en Colombia.

4. ALCANCE

Estos lineamientos se definen como una normatividad para ser implementados por las entidades administradoras EPS, prestadoras IPS, y organismos de control del sector salud en todo el territorio nacional. Con el fin de mejorar de forma continua el acceso, la calidad y el equilibrio financiero del sector salud basado en evidencia.

5. TÉRMINOS Y DEFINICIONES

Algunas de los términos y definiciones utilizadas en este documento son las siguientes:

5.1 EPS: Entidades Promotoras de Salud son las responsables de la afiliación y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones.



*Working Papers – DOCUMENTOS DE TRABAJO – COMPARTIDO COMO PARCIAL DE INVESTIGACIÓN
DIVISIÓN DE INVESTIGACIONES SOCIOPOLÍTICAS Y ASUNTOS SOCIOECONÓMICOS*

5.2 IPS: Son Entidades que prestan el servicio de salud a los afiliados al sistema de seguridad en salud o a otras personas o entidades, dentro de los parámetros establecidos en la ley.

5.3 UPC: La Unidad de pago por capitación, es el valor anual que se reconoce por cada uno de los afiliados al sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) para cubrir las prestaciones del Plan Obligatorio de Salud (POS), en los regímenes contributivo y subsidiado.

5.4 UPA: Unidades de pronta atención, Una solución al sistema de salud en 60 días, son un modelo innovador de atención que representa un paso intermedio entre el primer nivel de atención y la máxima complejidad que atiende cuestiones de prevención, promoción y atención.

5.5 POS, Plan Obligatorio de Salud, el artículo 162 de la Ley 100 de 1993, es el plan que permite la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan.

5.6 SISBEN: Sistema de Selección de Beneficiarios Para Programas Sociales, es una herramienta, conformada por un conjunto de reglas, normas y procedimientos para obtener información socioeconómica confiable y actualizada de grupos específicos en todos los departamentos, distritos y municipios del país.

5.7 SISTEMA DE SALUD: Es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales.

5.8 RÉGIMEN SUBSIDIADO: Es el mecanismo mediante el cual la población más pobre del país, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado.

5.9 RÉGIMEN CONTRIBUTIVO: Es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el **afiliado o en.**



5.9 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA: Es el organismo oficial que se encarga de todas las tareas administrativas relacionadas con la salud.

5.10 SUPERSALUD: Autoridad encargada de ejercer la inspección, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud, Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) Adres, Entidades Promotoras de Salud (Régimen contributivo y subsidiado), Instituciones prestadoras de servicios de Salud – IPS etc.

5.11 SECRETARIA DE SALUD. Entidad rectora en salud de orden local (Departamental y Municipal), responsable de garantizar el derecho a la salud, mediante sus instrumentos de inspección, vigilancia y control para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los afiliados.

5.12 ADRES: Es la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, antiguo Fosyga, que tiene como objetivo garantizar el adecuado flujo de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) e implementar los respectivos controles.

5.13 LEY 100 DE 1993: Es el Sistema de Seguridad Social Integral vigente en Colombia, reúne de manera coordinada un conjunto de entidades, normas y procedimientos a los cuales pueden tener acceso las personas y la comunidad con el fin principal de garantizar una calidad de vida que esté acorde con la dignidad humana.

5.14 Aseguramiento: Es la principal estrategia del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) para lograr el acceso a la prestación de los servicios de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Beneficios servicios de salud POS, la Ley 1122 de 2007 define el aseguramiento como:

5.15 REMISIÓN: Es el procedimiento administrativo asistencial mediante el cual se transfiere el cuidado de un paciente de un profesional del área de la salud a otro profesional, un especialista o nivel superior de atención, con la consiguiente transferencia de responsabilidad por la salud del usuario.

5.16 INTERCONSULTA. Es la solicitud expedida por el profesional de la salud responsable de la atención de un paciente a otros profesionales del área, quienes emiten juicios, orientaciones y recomendaciones sobre la conducta a seguir en

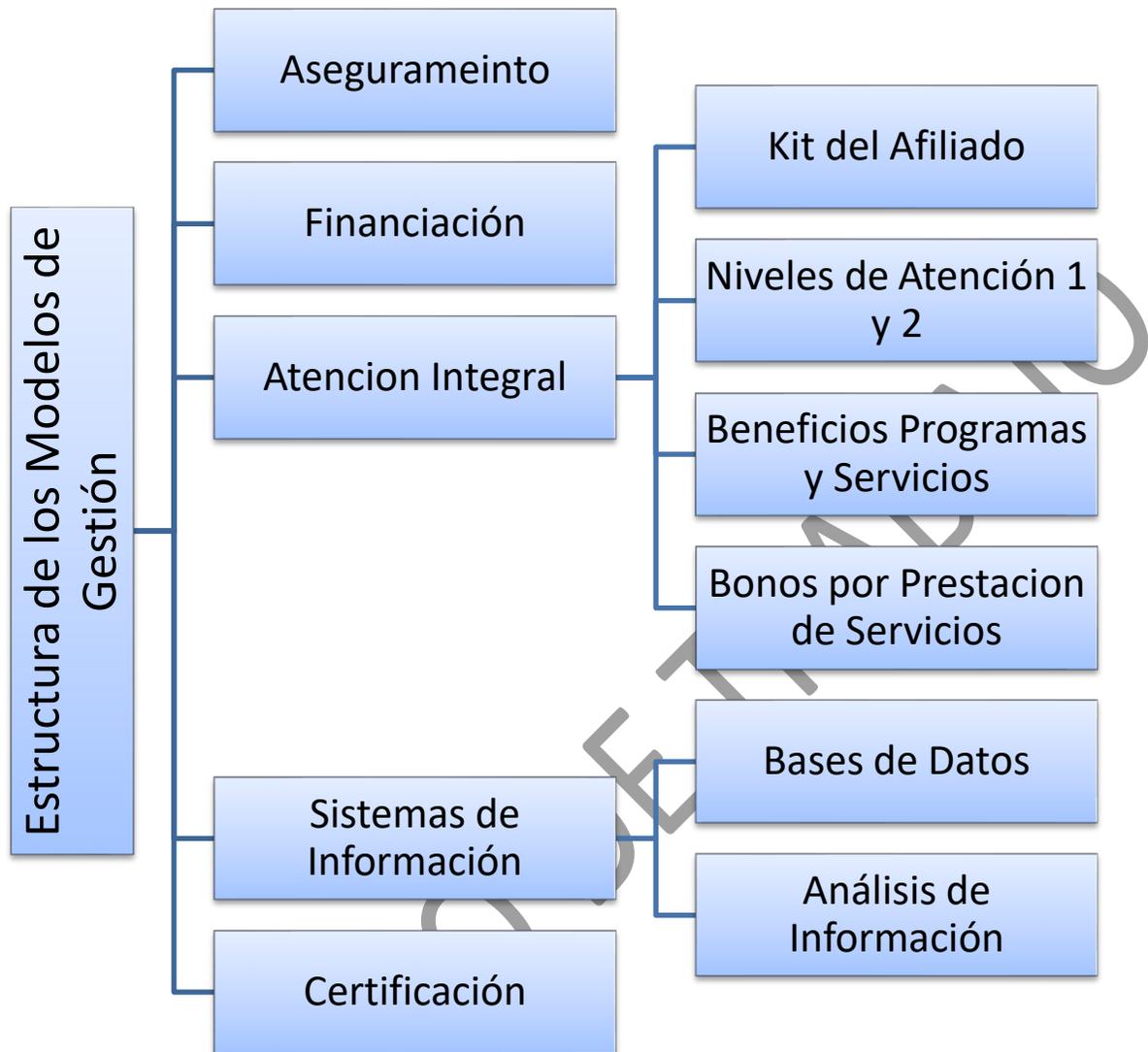


*Working Papers – DOCUMENTOS DE TRABAJO – COMPARTIDO COMO PARCIAL DE INVESTIGACIÓN
DIVISIÓN DE INVESTIGACIONES SOCIOPOLÍTICAS Y ASUNTOS SOCIOECONÓMICOS*

determinados pacientes, sin asumir la responsabilidad directa de tratantes, es decir, no hay en este aspecto transferencia de responsabilidad por parte del profesional tratante.

5.17 EL MEDICO GENERAL, podrá prescribir y ordenar medios terapéuticos y/o diagnósticos de niveles superiores, si sus condiciones técnicas y científicas se lo permiten y de acuerdo a los niveles de responsabilidad ya definidos y a los parámetros definidos en el Sistema de Garantía de Calidad.

6. ESTRUCTURA DE LOS ELEMENTOS DEL MODELO DE GESTIÓN EN ECONOMIA DE LA SALUD



1. GENERALIDADES

7.1. Aseguramiento.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud está integrado por: (i) El Estado, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, quien actúa como organismo de coordinación, dirección y control; (ii) Las Entidades Promotoras de Salud (EPS), son las responsables de la afiliación y el recaudo de las cotizaciones y de garantizar la prestación del Plan Obligatorio de Salud a los afiliados. También hacen parte del SGSSS (iii) las Entidades Territoriales y la Superintendencia Nacional de Salud.



Las EPS son las responsables de promover la afiliación tanto de los grupos de población no cubierta y de los empleados. El acceso al aseguramiento es a través del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado.

Los afiliados al Régimen Subsidiado en Salud se encuentran las personas pobres y vulnerables del país, es decir, las clasificadas en los niveles 1 o 2 del Sisbén, siempre y cuando no estén afiliadas al régimen contributivo, especiales o de excepción, y las poblaciones especiales prioritarias, tales como personas en condición de desplazamiento, población infantil abandonada a cargo del ICBF, menores desvinculados del conflicto armado, comunidades indígenas; personas mayores en centros de protección; población rural migratoria; personas del programa de protección a testigos; indigentes y población gitana (conocida como ROM), entre otros.

Los afiliados a él régimen contributivo hacen parte todas las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados, los trabajadores independientes con capacidad de pago, las madres comunitarias y los aprendices en etapa lectiva y productiva. Estas personas hacen un aporte mensual (cotización) a una Entidad Promotora de Salud, para que esta les garantice la atención. Además, a esta categoría los familiares beneficiarios hasta tercer grado de consanguinidad.

Según Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) a marzo del 2019, en Colombia el total de la afiliación de 46.9 millones. (Ver Grafica 1)

Grafica 1 (Total Población asegurada en Colombia, marzo 2019)



7.2. Financiación.

El sistema de salud colombiano es financiado por recursos provenientes del gobierno nacional, gobierno departamental, municipal y de los aportes de los cotizantes. El Fondo de Solidaridad y Garantía -FOSYGA- hoy ADRES, fue creado por el artículo 218 de la Ley 100 de 1993 como una cuenta adscrita al Ministerio de Salud, la cual tiene a cargo los recursos que financien y/o cofinancien el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

El artículo 219 de la Ley 100 de 1993 estructuró el fondo con las siguientes cuatro Subcuentas independientes:

1. Subcuenta de Compensación interna del Régimen Contributivo.
2. Subcuenta de Solidaridad del Régimen de Subsidios en Salud.
3. Subcuenta de Promoción de la Salud.
4. Subcuenta de Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito, según el artículo 167 de esta Ley.



*Working Papers - DOCUMENTOS DE TRABAJO - COMPARTIDO COMO PARCIAL DE INVESTIGACIÓN
DIVISIÓN DE INVESTIGACIONES SOCIOPOLÍTICAS Y ASUNTOS SOCIOECONÓMICOS*

Posteriormente, mediante el artículo 41 del Decreto Ley 4107 de 2011, se creó la Subcuenta de Garantías para la Salud. Las fuentes de los recursos de las Subcuentas se relacionan así:

- Los recursos provenientes del recaudo de cotizaciones que se destinan a la Subcuenta de Compensación, con o sin situación de fondos.
- Las transferencias de la Subcuenta de Solidaridad del Régimen de Subsidios en Salud y los rendimientos financieros de las otras Subcuentas del FOSYGA - ADRES que se destinan a financiar las UPC del régimen especial de las madres comunitarias.
- Los rendimientos financieros de la Subcuenta de Compensación Interna del Régimen Contributivo del SGSSS.
- Los rendimientos financieros generados por las cuentas autorizadas a las EPS y EOC, para el recaudo de las cotizaciones.
- Los intereses de mora por pago de cotizaciones en forma extemporánea y sus respectivos rendimientos financieros.
- Los recursos provenientes del pago que realizan los cotizantes dependientes al SGSSS en el marco de lo establecido en Decreto 2353 de 2015.
- Los recursos provenientes de los aportes de los afiliados a los regímenes de excepción de que trata el artículo 14 del Decreto 1703 de 2002 modificado por el Decreto 057 de 2015 y el artículo 82 del Decreto 2353 de 2015 (artículo 2.1.13.5. del Decreto 780 de 2016 - Decreto Único Reglamentario del Sector Salud).
- Los excedentes financieros de la Subcuenta de Compensación que se generen en cada vigencia.

- Los demás recursos que de acuerdo con las disposiciones vigentes correspondan al régimen contributivo.

Con el artículo 204, la Ley 100 de 1993 estableció la obligatoriedad de aplicar, a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, una cotización del 12% del salario base de cotización, el cual no podía ser inferior al salario mínimo. No obstante, a partir del primero (1) de enero del año 2007, La Ley 1122 de 2007 incrementó este porcentaje del 12 al 12.5%. a continuación, los porcentajes de cotización por grupos:

7.2.1. Porcentaje de cotización por grupos

7.2.1.1. Madres Comunitarias

Ley 509 de 1999 Ley 1023 de 2006, prevé la cotización del 4% sobre la bonificación que les reconoce, prevista por los reglamentos del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. En el marco de la Ley 509 de 1999, la cotización restante del 8% hasta el 2010 y el 8.5% desde el 2011, se financiaban con los rendimientos producidos por el Fondo de Solidaridad y Garantía.

1.2.2.1. Trabajadores Independientes con vinculación a través de contrato de prestación de servicios.

Artículo 23 del Decreto 1703 de 2002 y Artículo 18 de la Ley 1122 de 2007, prevé que los independientes contratistas de prestación de servicios cotizarán al Sistema General de Seguridad Social en Salud el porcentaje obligatorio para salud sobre una base de la cotización máxima de un 40% del valor mensual del contrato.

1.2.2.2. Afiliados Cotizantes.

Ley 1122 de 2007 se modificó el inciso 1 del artículo 204 de la Ley 100 de 1993; en su artículo 10 del Capítulo II, dicha Ley especificó el incremento del

porcentaje de cotización del Régimen Contributivo, el cual pasó de 12% a 12,5% del ingreso o salario base de cotización, aclarando que el patrono asumiría el medio punto adicional, es decir, la cotización a cargo del empleador sería de 8,5% y 4% a cargo del empleado.

1.2.2.3. Pensionados

Ley 1250 de 2008, Estableció en un 12% del valor mensual de la mesada, la cotización de su responsabilidad.

El total de los giros directos del régimen subsidiado realizados por ADRES antiguo FOSYGA a las entidades promotoras EPS y prestadoras de servicios de salud IPS, durante el año de 2018 fue de 18.5 billones, cifra proporcionada por ADRES. (Ver Grafica 2)

Grafica 2 (Total giros directo realizado por ADRES a las EPS e IPS años 2018, fuente ADRES)



1.3. Atención Integral En Salud.

El modelo de atención integral se enfoca en la adecuación de un servicio de salud preventiva que le garantice por lo menos dos visitas obligatorias por año, a todos los afiliados al sistema, con su respectivo examen básico de laboratorio, lo cual permitirá determinar el estado de salud del afiliado, además determinar e implementar el tratamiento a seguir en caso de que requiera atención médica adicional y autorizar de forma automática los procedimientos, exámenes, rayos X, etc. Finalmente hacer el iniciar proceso de tratamiento como la entrega de medicamentos y hacer seguimiento para verificar su pronta recuperación.

Este modelo de salud preventiva requiere que el paciente complete el ciclo de la atención integral en máximo 3 días. en cual consiste como ya se expresó antes en garantizar por lo menos dos visitas cada año, que incluye exámenes de laboratorios y la entrega del respectivo tratamiento en caso de que el afiliado después de ser evaluados clínicamente se le detente un evento de salud, el cual debe ser resuelto durante el tratamiento. Por otro lado, los afiliados que resulten sanos se les programada una cita dentro de un año para su próximo control médico.

La cita en principio debe ser programada por los médicos, IPS o EPS en coordinación con los afiliados, la estrategia central preventiva consiste en que el medico busque al paciente para brindarle atención y así anticiparse a cualquier evento en salud del cual no se tenga conocimiento.

Además, durante estas visitas los médicos deben realizar procedimientos como realizar los exámenes preventivos de detención temprana incluida vacunación a todos los menores de 21 años, realizar exámenes periódicos a mujeres y hombres que de acuerdo a su edad lo requieran de manera preventiva para mantener un buen estado de salud.

7.3.1.1. Exámenes de Laboratorio

Estos deben ser realizados tan pronto termine la consulta médica, lo cual requiere que, en lo posible, la entidad prestadora de servicio IPS cuente con un laboratorio en las instalaciones o muy cerca de ella, ya que el resultado de los exámenes debe ser leído por el medico en 36 horas o antes, y luego contactar al paciente e

informarle si es necesario que regrese por muestras adicionales, inicial el tratamiento o decirle que sus resultados salieron normales y que le va a programar una visita para dentro de un año.

7.3.1.2. Autorizaciones y exámenes procedimientos adicionales:

Una vez obtenidos los resultados de laboratorio y el medico determine que, basado en dicha evidencia clínica, el paciente requiere para completar su recuperación total algún tipo de exámenes, procedimiento o tratamiento etc., adicional este debe ser autorizado automáticamente y ordenado de forma inmediata para no romper el ciclo de la atención integral.

7.3.1.3. Entrega de Medicamento:

La entrega de los medicamentos sera de forma inmediata y segura para garantizar el inicio del tratamiento y así lograr la recuperación total del paciente en el menor tiempo posible. El medico tiene la responsabilidad de asegurarse que el paciente reciba su medicamento bien sea entregando le la formula personalmente o enviando la a una farmacia al lugar más cercano a su residencia. Adicionalmente hacer el seguimiento a sus pacientes y asegurarse que este ya inicio y completo el tratamiento hasta su total recuperación. Para esto la entidad prestadora de servicio de salud IPS, dispondrá de una farmacia en la entidad donde se presta el servicio médico y contratara con las que sea necesarias para que le facilite la entrega del medicamento a los pacientes el mismo día que fue entregada la formula médica. La IPS debe asegurarse de entregarle al paciente el medicamento en un empaque seguro y con todas las indicaciones de su uso y seguridad.

7.3.1.4. Es Quema De Salud Integral

Se debe cumplir con el esquema de salud integral el cual requiere procedimientos y consultas diferenciales, por grupos de edad así:

- Niños y niñas en primera infancia (8 Días a 5 años 11 meses y 29 días de edad)

- Niños y niñas en Infancia (6 a 11 años 11 meses y 29 días de edad)
- Adolescentes (12 a 17 años de edad)
- Jóvenes (18 a 28 años de edad)
- Adultos (29 a 59 años de edad)
- Adultas Mayores (60 años y más.)

Además, cumplir con la consulta anual de Odontología (Atención en salud bucal) y de optometría.

7.3.2. Kit del afiliado.

Es muy importante que el afiliado cuente con un kit personal que proporcione lo siguiente:

7.3.2.1. Portal web.

La página web de los afiliados al sistema de salud, les permitirá a los afiliados tener control de su salud. Es un sitio seguro que lo ayude a estar en contacto permanente con la EPS y un medio fácil de acceso a su información médica, en cualquier momento y desde cualquier lugar, se pueden acceder a diversos servicios como, solicitar citas médicas, conocer sus resultados de laboratorios, solicitar fórmulas médicas, como también tener acceso a información y programas de promoción y prevención. Este servicio es gratuito y muy fácil de utilizar.

7.3.2.2. Manual del afiliado.

Este manual explica cómo funciona la EPS, cómo conseguir médicos, especialistas y otros servicios, cómo contactar las EPS y los diferentes servicios que están cubiertos. El manual explica:

- ◆ Como obtener atención médica.
- ◆ Como elegir un médico y sitio de atención.

- ◆ Con que servicios están disponibles.
- ◆ Que hacer en caso de una urgencia medica
- ◆ Derechos del afiliado
- ◆ Que debe hacer si no se le presta un servicio adecuado.

7.3.2.3. Tarjeta de identificación del paciente.

En el momento de ser inscrito a la EPS, el afiliado podrá elegir o se le asignara un médico general para su atención personal de acuerdo a su punto de atención, y se le entregara una tarjeta de identificación, la cual tendrá su información personal, la de su médico personal y lugar primario de atención, esta tarjeta será su identificación como afiliado a las EPS ante los diferentes puntos de atención y servicios que reciba.

7.3.2.4. Servicios para personas con discapacidad, auditiva y visual

Si tiene algún problema de incapacidad física, auditiva o visual y necesita ayuda, por favor llamar al número de servicio al afiliado y se le brindara apoyo.

7.3.2.5. Números de contacto importantes.

En la página web o en el Manual del afiliado, se le proporcionara un listado de los números más importante para su adecuada comunicación con los diferentes servicios de salud.

7.3.3. Niveles de atención 1 y 2

El modelo de gestión en economía de la salud, es un modelo basado en la prevención la cual se presta en el primer y segundo nivel de atención en los cuales se debería resolver el 95% de los problemas de salud de la población.

La siguiente es la lista de los servicios prestados en el nivel 1 y 2 basado en la resolución No. 5261 de 1994 la cual habla sobre los niveles de responsabilidad y de complejidad de la atención en salud.

7.3.3.1. Primer nivel

Es la puerta de entrada al sistema de salud, donde se puede resolver el 80% de los problemas de salud. La atención es de tipo ambulatorio y es realizada por médico general, personal auxiliar, y otros profesionales de la salud utilizando la estrategia de médico personalizado o familiar.

Servicios prestados.

- Consulta Médica General
- Atención Inicial, estabilización, resolución o remisión del paciente en urgencias.
- Atención Odontológica
- Laboratorio Clínico Básico
- Radiología Básica
- Medicamentos Esenciales
- Citología
- Acciones intra y extramurales de Promoción, Prevención y Control.

Servicios con internación: o Atención Obstétrica

- Atención no quirúrgica u obstétrica
- Laboratorio Clínico
- Radiología
- Medicamentos esenciales
- Valoración Diagnóstica y manejo médico

En este nivel se debe atender rápido y eficazmente y se recomienda que estén abiertos las 24 horas del día para evitar los traslados a segundo nivel.

7.3.3.2. Segundo nivel de atención

Están los hospitales y establecimientos donde se prestan atención integral ambulatoria lo cual no requiere una intervención larga, las especialidades son:

-  Medicina interna
-  Pediatría
-  Ginecobstetricia
-  Cirugía general
-  Especialidades que resuelven patologías de mediana complejidad
-  Terapia intermedia y en algunos casos terapia intensiva
-  otros

Se estima que entre el primero y el segundo nivel debería resolverse el 95% de las enfermedades de salud, en el segundo nivel también se realizan

- Promoción y prevención
- Prevención de riesgos y daños
- Recuperación y rehabilitación de problemas de salud
- Cirugías menores que garanticen una recuperación rápida de los pacientes

7.3.4. Beneficios, programas y servicios.

7.3.4.1. Beneficios y servicios de salud

La siguiente lista muestra los servicios y beneficios de atención médica para todos los afiliados que pertenecen a régimen subsidiados. Que las entidades prestadoras del servicio deben garantizar a los afiliados. Para obtener una descripción completa de todos los beneficios ofrecidos, consulte su manual para miembros.

Servicios de salud habilitados a ser provistos por el prestador primario en áreas metropolitanas y ámbito urbano.

- ◆ Servicios de bienestar para adultos
- ◆ Tratamiento de abuso de alcohol y drogas.
- ◆ Administración de cuidados
- ◆ Servicios de bienestar infantil
- ◆ Beneficios dentales
- ◆ Suministros médicos desechables (DMS)
- ◆ Equipo médico duradero (DME)
- ◆ Servicios de emergencia
- ◆ Servicios de planificación familiar
- ◆ Beneficios auditivos
- ◆ Salud en el hogar
- ◆ Servicios hospitalarios
- ◆ Servicios de laboratorio y rayos X
- ◆ Servicios de salud mental
- ◆ Cuidado de hogar de ancianos
- ◆ Trasplante de órganos
- ◆ Servicios de farmacia
- ◆ Podología
- ◆ Servicios de atención primaria
- ◆ Dispositivos protésicos
- ◆ Servicios de rehabilitación
- ◆ Servicios especializados
- ◆ Servicios de transporte
- ◆ Cuidado de la visión

Grupo de servicios

- ◆ Consulta Externa
 - Consulta prioritaria

Working Papers - DOCUMENTOS DE TRABAJO - COMPARTIDO COMO PARCIAL DE INVESTIGACIÓN
DIVISIÓN DE INVESTIGACIONES SOCIOPOLÍTICAS Y ASUNTOS SOCIOECONÓMICOS

- Enfermería
- Ginecobstetricia
- Medicina general
- Odontología general
- Pediatría
- Anestesia
- Cirugía general
- Medicina familiar
- Medicina interna
- Nutrición y dietética
- Optometría
- Psicología

- ◆ Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica
 - Fisioterapia
 - Servicio Farmacéutico
 - Tamización de cáncer de cuello uterino
 - Terapia respiratoria
 - Toma de muestras de laboratorio clínico
 - Toma e interpretación de radiografías odontológicas
 - Fonoaudiología y/o terapia del lenguaje
 - Laboratorio citologías cérvico – uterinas
 - Laboratorio clínico
 - Radiología e imágenes diagnosticas
 - Terapia ocupacional
 - Ultrasonido

- ◆ Internación
 - Cuidado básico neonatal
 - General adultos
 - Obstetricia

- ◆ Otros Servicios
 - Atención al consumidor de sustancias psicoactivas

*Working Papers – DOCUMENTOS DE TRABAJO – COMPARTIDO COMO PARCIAL DE INVESTIGACIÓN
DIVISIÓN DE INVESTIGACIONES SOCIOPOLÍTICAS Y ASUNTOS SOCIOECONÓMICOS*

- Atención domiciliaria de paciente agudo
- Atención domiciliaria de paciente crónico sin ventilador
- Atención institucional no hospitalaria al consumidor de sustancias psicoactivas
- Atención domiciliaria de paciente crónico con ventilador

- ◆ Protección Específica y Detección Temprana
 - Detección temprana - alteraciones de la agudeza visual
 - Detección temprana - alteraciones del crecimiento y desarrollo (Menor a 10 años)
 - Detección temprana - alteraciones del desarrollo del joven (De 10 a 29 años)
 - Detección temprana - alteraciones del embarazo
 - Detección temprana - alteraciones en el adulto (Mayor a 45 años)
 - Detección temprana - cáncer de cuello uterino
 - Detección temprana - cáncer seno
 - Protección específica - atención al recién nacido
 - Protección específica - atención del parto
 - Protección específica - atención en planificación familiar hombres y mujeres
 - Protección específica - atención preventiva en salud bucal
 - Protección específica – vacunación

- ◆ Quirúrgicos
 - Cirugía general

- ◆ Transporte Asistencial
 - Transporte asistencial básico

- ◆ Urgencias
 - Servicio de urgencias

Servicios de salud habilitados a proveer por el Prestador Primario en Ámbito Rural y disperso

- ◆ Complementación Terapéutica
 - Tamización de cáncer de cuello uterino
 - Terapia respiratoria
 - Toma de muestras de laboratorio clínico
 - Toma e interpretación de radiografías odontológicas

- ◆ Consulta Externa
 - Consulta prioritaria
 - Enfermería
 - Medicina general
 - Odontología general
 - Pediatría
 - Medicina familiar
 - Psicología

- ◆ Internación
 - General adultos
 - General pediátrico
 - Obstetricia

- ◆ Protección Específica y Detección Temprana
 - Detección temprana - alteraciones de la agudeza visual
 - Detección temprana - alteraciones del crecimiento y desarrollo (Menor a 10 años)
 - Detección temprana - alteraciones del desarrollo del joven (De 10 a 29 años)
 - Detección temprana - alteraciones del embarazo

- Detección temprana - alteraciones en el adulto (Mayor a 45 años)
- Detección temprana - cáncer de cuello uterino
- Detección temprana - cáncer seno
- Protección específica - atención al recién nacido
- Protección específica - atención del parto
- Protección específica - atención en planificación familiar hombres y mujeres
- Protección específica - atención preventiva en salud bucal
- Protección específica – vacunación

- ◆ Urgencias
 - Servicio de urgencias

- ◆ Transporte Asistencial
 - Transporte asistencial básico

- ◆ Salud mental
- ◆ Beneficios de farmacia

7.3.4.2. Bonos por buen desempeño en la atención al afiliado.

Es una estrategia para motivar al médico a que se sienta cómodo en su ambiente laboral, que le permita elevar y mantener su nivel profesional a la hora de atender a los pacientes, se trata de un pago anual del 2% de valor anual de la UPC por cada paciente que esté a su cargo, este porcentaje se otorgará al médico ganador, con base en su nivel de desempeño y buena gestión. Esta medida busca que el profesional ponga al servicio todos sus conocimientos, talentos e innovación para mejorar la calidad del servicio, con enfoque preventivo.

El bono por desempeño se pagará de los ahorros obtenidos por los servicios de salud preventivos realizados en el primer y segundo nivel, evitando los eventos que puedan suscitar en atenciones de altos costos. Para lograr el bono por desempeño los médicos deben prestar atención personalizada a los afiliados que les sean asignado o que estén bajo su cuidado de salud y lograr las siguientes metas:

- ❖ Mínimos dos visitas al año
- ❖ Reducción de visitas a urgencias en 10%
- ❖ 100% EPSDT Detección Diagnóstico y Tratamiento temprano y Periódico para menores de edad.
- ❖ Exámenes médicos, las vacunas (inyecciones), la educación sobre la salud y las pruebas de laboratorio para todos aquellos menores de edad. Estos exámenes son importantes para asegurarse de que los niños sean sanos y se desarrollen tanto física como mentalmente.
- ❖ 80% HbA1c exámenes, La prueba de hemoglobina glucosilada es un examen de sangre para la diabetes tipo 2 y prediabetes.
- ❖ 0% > Medicamentos múltiples fuentes.
- ❖ 2 Capacitaciones clínicos y de administración

8. SISTEMAS DE INFORMACIÓN.

El sistema de información de salud, es el instrumento más importante para la toma de decisiones basados en evidencia lo cual contribuye a mejorar el acceso y la calidad de la atención en salud, de allí que se requiere contar con un sistema de información de salud bien estructurado e integrado que garantice la calidad de la información, para la adecuada generación de datos, compilación, procesamiento y análisis que convierta los datos en información para la toma de decisiones relacionadas con la salud, esto requiere de un software que capture la información a partir de la historia clínica, y se cruce con la información de facturación, laboratorio, farmacia, rayos X, dental etc.

La integralidad de esta información permitirá basado en evidencia mejorar el acceso, la calidad y bajar los costos de salud.

8.1. Bases de Datos.

Las bases de datos están conformadas por tablas de información que contiene información integral y detallada de la prestación de servicios, Estas bases de datos sirven como elemento base para almacenar y procesar, toda la información obtenida de la prestación de servicios, pueden existir alrededor de 474 bases de datos de las cuales mencionaremos las más importantes:

- Facturación: Detalles de la facturación.
- Afiliados: Detalles de los afiliados.
- Autorización: Todos los datos de proceso de autorizaciones.
- Tipos de facturación: Descripción tipo de facturación.
- Tipos de seguros: Tipos de seguros y beneficios.
- Aseguramiento: Estado del aseguramiento.
- Dental: Facturación dental.
- Laboratorio: Facturación de laboratorios.
- Optometría: Facturación Optometría.
- Transporte: Facturación transporte.
- Hospitalización: Detalles y descripción hospitalización.
- Farmacia: facturación farmacia.
- Beneficios del afiliado: Descripción de beneficios del afiliado.
- Línea de negocio: Describe público o privado.
- Registro de Llamada: Registro detalle índice de llamadas.
- Facturación negada: Detalle facturación negada.
- Proveedores IPS: Detalle proveedores.
- Administradores EPS: Detalle administradores.
- Internacional Países: Detalle nacionalidad.
- Capitación: Código y detalle pagos por capitación.
- Diagnósticos: Códigos de diagnóstico y descripciones.

- Código de procedimiento: Descripción códigos de procedimientos.
- Educación en Salud: Detalle salud ocupacional.
- Médicos y profesional de salud: Detalle listas de médicos y profesionales.
- Ambulancia: Facturación de ambulancias.
- Tipos de cama hospitalización: Información detallada de los tipos de cama.
- Archivo modificaciones: El archivo guarda los totales de control para todas las entradas de datos (diarios) ingresados en esta aplicación.
- Cartas: Detalle cartas automáticas para los miembros y proveedores.

8.2. Análisis de la información.

El análisis de la información de salud es vital para la toma de decisiones tanto en la prestación de servicios como en lo financiero y la economía de la salud lo que hace es hacer un análisis de la combinación de estos dos factores para determinar cuáles son los costos reales de salud basado en evidencia y en forma detallada, por ejemplo, con el análisis de las bases de datos podemos obtener:

- Un archivo organizado y estructurado con todos los datos sobre la prestación de servicio de salud, incluido los costos.
- Reportes y análisis detallados de toda la prestación de servicios
- Obtenerlas cifras de salud publicas
- Trazabilidad y evolución de los pacientes con enfermedades crónicas
- Evaluar la calidad de la atención de los servicios médicos
- Determinar los costos de la atención en salud
- Análisis de la frecuencia en la utilización de los servicios en sus diferentes niveles
- Contribuye eficazmente en la toma de decisiones
- Toma de decisiones y planificación organizada basada en evidencia

9. CERTIFICACIÓN

El programa de certificación, tiene como objetivo mejorar de la calidad de los servicios de salud, reduciendo los costos totales de la atención, mediante la supervisión de la disponibilidad, accesibilidad, continuidad y calidad de la atención y prestación de los servicios de forma continua. El programa además monitorea el trabajo coordinado en las EPS con las IPS, tales como hospitales, médicos, proveedores y miembros para transformar la atención médica y mejorando la experiencia del afiliado.

El alcance de este programa incluye el monitoreo sistemático de la calidad y seguridad de los servicios de atención médica brindados a los afiliados. En un esfuerzo por mejorar el desempeño de las entidades, la colaboración y los indicadores específicos requeridos por normatividad, los resultados de la atención son desarrollados, medidos y evaluados de manera oportuna para ser utilizadas en la toma de decisiones.

9.1 Objetivos

La certificación estará fundamentada en los siguientes objetivos.

- Especificar estándares de atención, criterios y procedimientos, así como evaluar el cumplimiento de tales estándares y adecuación de los recursos de atención médica utilizados.
- Evaluar y mantener una red de proveedores de alta calidad a través de una acreditación formal y proceso de recreación.
- Un proceso de supervisión estructurado y continuo para las funciones de mejora de la calidad realizadas por proveedores.
- Implementar actividades para monitorear y abordar la continuidad y coordinación de la atención entre médicos y especialidades de salud del comportamiento y dentro del sistema de atención médica.
- Supervisar la satisfacción de los miembros con la calidad de la atención y los servicios recibidos de los proveedores de la red, practicantes y delegados.
- Monitorear, evaluar y mejorar continuamente el rendimiento de las IPS utilizando puntos de referencia y objetivos basado en datos locales y nacionales.



*Working Papers – DOCUMENTOS DE TRABAJO – COMPARTIDO COMO PARCIAL DE INVESTIGACIÓN
DIVISIÓN DE INVESTIGACIONES SOCIOPOLÍTICAS Y ASUNTOS SOCIOECONÓMICOS*

- La coordinación adecuada de la atención entre entornos clínicos.
- Para lograr estos objetivos la certificación se hará mediante el cumplimiento de los siguientes estándares.

10. REFERENCIAS:

- Aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud, MinSalud, Ministerio de salud y protección Social. Prosperidad para Todos. Bogotá D.C. Colombia 2014.
- Ministerio de Salud y Protección Social Fuentes de Financiación y Usos de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS Junio de 2016
- lineamientos para la implementación de un modelo de gestión de la calidad en la universidad de costa rica (aprobados en sesión 4915-08, 22/09/2004. publicados en la gaceta universitaria 30-2004, 27/10/2004)