



Mayo 31 de 2022
V1

Modelo de atención primaria en salud

Tabla de contenidos

1	INTRODUCCIÓN	6
2	OBJETIVOS	7
2.1	OBJETIVO GENERAL	7
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	7
3	NORMATIVIDAD	7
3.1	POLÍTICAS INSTITUCIONALES ALINEADAS CON LA APS DE EPS SANITAS	8
3.1.1	Política de Gestión de Riesgo	8
3.1.2	Política de Gobierno de Datos	8
3.1.3	Política de Seguridad del Paciente	8
4	ALCANCE	9
5	PRINCIPIOS DEL MODELO DE APS, EPS SANITAS	9
5.1	FUNDAMENTACIÓN DEL MODELO DE APS EN EPS SANITAS	9
5.1.1	Política de Atención Integral en Salud -PAIS-	9
5.1.2	Modelo integral de atención en Salud -MIAS-	10
5.1.3	Modelo de Servicio y Humanización de la Atención en Salud	11
5.1.4	Caracterización Poblacional	11
5.1.5	Modelo de Gestión del Riesgo en Salud	13
5.2	MODELO DE INTERVENCIÓN DESDE EL ENFOQUE DE APS	14
5.2.1	Priorización	14
5.2.2	Modelo de Atención Primaria en Salud (APS) de EPS Sanitas	14
5.2.2.1	Curso de vida	16
5.2.2.2	Grupos de riesgo	16
5.2.2.3	Estratificación del riesgo al interior de las cohortes clínicas	19
5.2.2.4	Modelo de Mantenimiento de la Salud (RIAS P.Y.M.S)	20
5.2.3	Adopción del enfoque diferencial en el modelo de APS, EPS Sanitas	24
5.2.3.1	Población étnica	25
5.2.3.2	Población discapacitada	26
5.2.3.3	Población LGBTIQ+	26
5.2.3.4	Población víctima del conflicto armado y excombatientes firmantes del proceso de paz o que hayan participado de otros procesos de reincorporación a la vida civil	26
5.2.3.5	Población privada de la libertad	27
5.2.3.6	Niños, niñas y adolescentes (NNA) bajo cuidado del Instituto Colombiano del Bienestar Familiar (ICBF)	27
6	ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN	27
6.1	DEMANDA INDUCIDA	28
6.2	INFRAESTRUCTURA	28

6.3	TECNOLOGÍA.....	29
6.3.1	Agendamiento de citas médicas.....	29
6.3.2	Software historia clínica	29
6.3.3	Autorización de servicios para la red de prestadores	30
6.3.3.1	Vigencia de la autorización de servicios ambulatorios	30
6.3.3.2	Canales de comunicación con los prestadores.....	31
6.3.3.3	Recaudo de pagos moderadores.....	31
6.3.3.4	Dar de alta con solicitud de servicios ambulatorios.....	32
6.3.3.5	Ordenamiento por Consulta Externa	33
6.3.3.6	Medicamentos.....	33
6.3.4	Autorizaciones en el modelo programado ambulatorio (servicios electivos).....	34
6.3.4.1	Solicitud de servicios no cubiertos por el plan de beneficios – tecnologías no PBS .	35
6.3.4.2	Autorización de servicios cíclicos	36
6.3.5	Referencia y contrarreferencia ambulatoria.....	36
6.3.6	Autorización de servicios ordenados por fallos de tutela	37
6.3.7	Marca médica	38
6.3.8	Incapacidades médicas.....	38
6.3.9	Acceso a medicamentos y dispositivos médicos.....	40
6.3.9.1	Prescripción	40
6.3.9.2	Autorización	40
6.3.9.3	Dispensación.....	41
7	INTEROPERABILIDAD	41
7.1	VISOR DE DATOS CLINICOS.....	42
8	CICLO DE ATENCIÓN DEL AFILIADO	44
9	ARTICULACIÓN DEL MODELO	45
9.1	INTEGRACIÓN DE LA RED	45
9.2	ESTRUCTURA DE LA INTEGRACIÓN	46
9.2.1	Estructura en las zonas rurales.....	47
10	TALENTO HUMANO	47
11	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE PROCESOS.....	48
12	SISTEMAS DE INFORMACIÓN	50
12.1	REPORTES A TRAVÉS DE SIGIRES	52
13	ANEXOS.....	54
13.1	Anexo 1.....	54
13.2	Anexo 2.....	54
13.3	Anexo 3.....	54
13.4	Anexo 4.....	54

13.5	Anexo 5.....	54
13.6	Anexo 6.....	54
13.7	Anexo 7.....	54
13.8	Anexo 8.....	54
13.9	Anexo 9.....	54
13.10	Anexo 10.....	55
13.11	Anexo 11.....	55
13.12	Anexo 12.....	55
13.13	Anexo 13.....	55
13.14	Anexo 14.....	55
13.15	Anexo 15.....	55
13.16	Anexo 16.....	55
13.17	Anexo 17.....	55
13.18	Anexo 18.....	55
13.19	Anexo 19.....	56
13.20	Anexo 20.....	56
13.21	Anexo 21.....	56
13.22	Anexo 22.....	56
13.23	Anexo 23.....	56
13.24	Anexo 24.....	56
14	REFERENCIAS.....	57

Índice de tablas

Tabla 1. Grupos de riesgo y eventos específicos. MSPS, 2016.....	17
Tabla 2. Estratificación del paciente de acuerdo a su riesgo, según curso de vida	19
Tabla 3. Programas de salud. RIAS Promoción y Mantenimiento de la Salud y RIAS Materno Perinatal. EPS Sanitas.....	21
Tabla 4. Correlación de los Programas de Salud de EPS Sanitas con las RIAS.....	24
Tabla 5. Tiempos de respuesta para la autorización de servicios médicos.....	30
Tabla 6. CARD. Proceso de atención clínica, EPS Sanitas	42
Tabla 7. Recolección de los reportes de los informes, sistemas de información EPS Sanitas	53

Índice de gráficas

Gráfica 1. Estructura esquemática de la cuádruple meta	7
Gráfica 2. Cronología de las reformas en salud.....	8
Gráfica 3. Estructura Esquemática de PAIS	9
Gráfica 4. Marco Estratégico de la PAIS	10
Gráfica 5. Modelo de Atención Integral – MIAS- (hoy MAITE).....	11
Gráfica 6. Repositorio de Caracterización Poblacional, DPEGC	12
Gráfica 7. Tablero de Perfil Epidemiológico*. Subgerencia de Planeación y Control	13
Gráfica 8. Modelo de Gestión del Riesgo en Salud	14
Gráfica 9. Componentes de la APS, EPS Sanitas.....	16
Gráfica 10. Momentos de curso de vida – Política PAIS.....	16
Gráfica 11. Implementación de las RIAS de acuerdo al nivel de riesgo del afiliado, EPS Sanitas, 2022	20
Gráfica 12. Interoperación de AVICENA con otros aplicativos.....	30
Gráfica 13. Canales de comunicación con IPS en el marco de la APS	31
Gráfica 14. Estructura de la interoperabilidad en EPS Sanitas.....	42
Gráfica 15. Ciclo de atención del afiliado de EPS Sanitas en el ámbito de la APS.....	44
Gráfica 16. Modelo de integración asegurador/prestador.....	45
Gráfica 17. Elementos identificados por el Registro Especial de Prestadores	46
Gráfica 18. Mecanismo de derivación a las RIAS y grupos de riesgo	47
Gráfica 19. Puntajes de clasificación, seguimiento a prestadores APS.....	48
Gráfica 20. Parámetros de evaluación, ranking de desempeño de prestadores APS	49
Gráfica 21. Ranking de desempeño de prestadores APS	49
Gráfica 22. Flujo de información, EPS Sanitas.....	50
Gráfica 23. Niveles de procesamiento de datos.....	51
Gráfica 24. Modelo de gobierno para la administración de la información	51
Gráfica 25. Reporte de actividades del prestador, cumplimiento Resolución 202 de 2021	52

1 INTRODUCCIÓN

El sistema de salud en Colombia, asentado sobre la base del aseguramiento como un proceso estructurado por el cual las personas y sus familias son protegidas de los riesgos en salud, a través de un plan de beneficios financiado por una prima, fundado en el control del riesgo en salud y la gestión de los recursos con un enfoque de atención eminentemente preventivo, busca mantener la salud y disminuir el impacto sobre la carga de enfermedad. En ese sentido, la Atención Primaria en Salud (APS), se convierte en la principal estrategia de coordinación intersectorial, que permite la atención integral e integrada desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad, a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, justamente para lograr la adecuada gestión de los riesgos en salud y de los recursos asignados (1).

Desde el ámbito eminentemente sectorial podemos definir a la APS como “la puerta de acceso del usuario a los servicios de salud, que comprende las necesidades de salud de las personas dentro de su núcleo familiar, identifica y caracteriza a la población con el fin de hacer un abordaje integral, supervisa los programas de promoción y prevención y mantiene la salud de los individuos, propone la detección y el redireccionamiento oportuno de pacientes con patologías de alto costo y establece sistemas de referencia y contra-referencia adecuados, todo lo anterior en el primer nivel de atención (2).

La APS debe ir acompañada de un fuerte componente de gestión del riesgo, al ser este la clave para garantizar la sostenibilidad del aseguramiento. El enfoque de riesgo en salud se basa en que las personas, las familias y las comunidades tienen diferente probabilidad o riesgo de enfermar y de morir. Esta diferencia hace que se presenten necesidades diversas de cuidado individual o colectivo, requiriendo que las acciones y recursos para proveer el cuidado de la salud de dicha población sean redistribuidos y usados con mayor efectividad, de acuerdo con las necesidades de los individuos o los grupos, en función de los riesgos propios que se identifiquen.

EPS Sanitas, en el cumplimiento de las facultades y responsabilidades adquiridas como actor del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y como garante del derecho fundamental a la salud de los colombianos afiliados y sus familias, adopta un modelo de atención primaria en salud basado en los principios de universalidad, accesibilidad e inclusión, equidad de salud y participación social; garantizando el acceso a ese derecho a través del nivel primario de atención y teniendo como eje central la satisfacción de las necesidades de salud de los afiliados y la minimización de barreras geográficas, sociales, culturales y administrativas.

Es por ello que nuestro modelo de atención primaria en salud (APS) se encuentra enfocado en alcanzar los estándares establecidos, de acuerdo con el concepto de “cuádruple meta”. Lo anterior generando condiciones que protejan la salud de los afiliados, siendo el bienestar del usuario el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud, logrando así la eficiencia del sistema. La orientación del modelo está basada en la gestión del riesgo en salud con énfasis en la prevención (inducción de la demanda y actividades de protección específica), para lo cual el insumo primordial es la caracterización poblacional de los afiliados y la priorización de los riesgos en salud bajo mecanismos de intervención individuales, segmentados y colectivos.

Gráfica 1. Estructura esquemática de la cuádruple meta



Fuente: Berwick, Nolan, Whittintong. 2008

Este modelo de atención basado en la práctica de la APS integra todas las acciones dirigidas a la gestión del riesgo, a los procesos de atención, uso sostenible de los recursos, formación de recurso humano y gestión del conocimiento asociada al continuo desarrollo de la investigación, teniendo como referente la evaluación, inclusión, a nuevas políticas en salud, las necesidades de la población y los procesos administrativos institucionales.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Garantizar la implementación del modelo de atención primaria en salud (APS) de la EPS Sanitas a nivel nacional, a través de la gestión del riesgo y el logro de los mejores resultados en salud en la población, alineados con la cuádruple meta en salud.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conceptualizar el modelo de APS de la EPS Sanitas, armonizada con la normatividad nacional vigente
- Definir los componentes del modelo de APS de la EPS Sanitas que permita su adecuada operación.
- Integrar de manera efectiva la gestión integral del riesgo en salud al modelo de APS, buscando la gestión oportuna de los riesgos primarios y técnicos
- Implementar la ruta de atención de promoción y mantenimiento de la salud, además de la identificación de riesgos entre los afiliados a EPS Sanitas, entre todos los prestadores de atención primaria con quienes se concreten los acuerdos de voluntades en el marco de la Nota Técnica.

3 NORMATIVIDAD

Luego de las reformas en el sector salud impuestas por la Ley 100 de 1993, la adopción de la Ley 1438 de 2011 donde se anuncia la adopción de la Estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), en adelante constituida por tres componentes integrados: los servicios de salud, la acción intersectorial y transectorial y la participación social y comunitaria; la normatividad vigente permite visualizar los cambios presentados desde un sistema de salud centrado en los agentes, a un sistema centrado en las personas como se observa en la siguiente gráfica. Finalmente, con la última gran disposición legal

frente al tema de salud en Colombia, de la mano de la Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751 de 2015), con el cual se establece y se regula a la salud como derecho fundamental (3) (4) (5).

Gráfica 2. Cronología de las reformas en salud



Fuente: Gobernación de Antioquia y DNP. 2020

3.1 POLÍTICAS INSTITUCIONALES ALINEADAS CON LA APS DE EPS SANITAS

3.1.1 Política de Gestión de Riesgo

La presente estrategia se circunscribe dentro de los lineamientos de la plataforma estratégica de la compañía, específicamente operativizando los lineamientos de gestión de riesgos en salud EPS Sanitas para la población a intervenir (ver [Anexo 1](#)).

3.1.2 Política de Gobierno de Datos

Esta política establece la metodología y los mecanismos de control, seguimiento a los datos críticos para el ejercicio de Gobierno de Datos, desde el alcance de la gestión de la Vicepresidencia de Salud de la EPS Sanitas. (ver [Anexo 2](#))

3.1.3 Política de Seguridad del Paciente

En atención a la Política Nacional, en la EPS Sanitas se busca promover la cultura de seguridad de los afiliados, sus familias, funcionarios, profesionales adscritos y proveedores a través de la identificación de eventos en seguridad del paciente, gestión del mejoramiento y mitigación del riesgo de sufrir de un evento adverso en el proceso de atención, con el fin de brindar servicios con calidad y seguridad (ver [Anexo 3](#)).

4 ALCANCE

El modelo de Atención Primaria en Salud de EPS Sanitas abarca los aspectos de conceptualización del modelo, elementos de la organización de la atención, articulación de dichos elementos, ciclo de atención, sistemas de información y seguimiento y evaluación del modelo. Su alcance abarca los siguientes actores del sistema: los prestadores de atención integral en salud del primer nivel, tanto de la red propia de EPS Sanitas como prestadores externos a esta red; las gerencias, subgerencias médicas regionales, asesores de atención primaria regionales, directores de aseguramiento, personal operativo, administrativo y profesionales asistenciales que participan en la atención integral de los pacientes afiliados a EPS Sanitas a nivel nacional y que interactúan en sus procesos con los prestadores de servicios; todos los proveedores de servicios para la atención en salud.

5 PRINCIPIOS DEL MODELO DE APS, EPS SANITAS

5.1 FUNDAMENTACIÓN DEL MODELO DE APS EN EPS SANITAS

5.1.1 Política de Atención Integral en Salud -PAIS-

La Política de Atención Integral en Salud (PAIS) nace como la materialización del mandato jurídico que establece la garantía constitucional de la salud como derecho fundamental, en el cual se considera a la persona como el centro de la política y del modelo, integrando las características diferenciales de los territorios en los que está la población (6). La PAIS estructura adicionalmente la interacción entre las diferentes entidades que tienen acciones en salud: IPS – redes de atención-, EPS y entes territoriales, garantizando la APS con el enfoque de salud familiar, la promoción del autocuidado y el enfoque diferencial (territorio, etnia, clase social, género, víctimas), para garantizar la Gestión Integral del Riesgo en salud, impactando positivamente la carga de enfermedad entre los afiliados (7).

Gráfica 3. Estructura Esquemática de PAIS



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social - MIAS -2015

La PAIS está conformada por un marco estratégico que transforma los principios y objetivos en diferentes líneas estratégicas que recogen el modelo de determinantes sociales adoptado por el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP 2012-2021), reconociendo que los problemas de salud son generados y potenciados por las condiciones ambientales, sociales, culturales, políticas, económicas,

educacionales, de hábitat y genéticas, las cuales afectan a las poblaciones en sus diferentes ámbitos territoriales.

Gráfica 4. Marco Estratégico de la PAIS



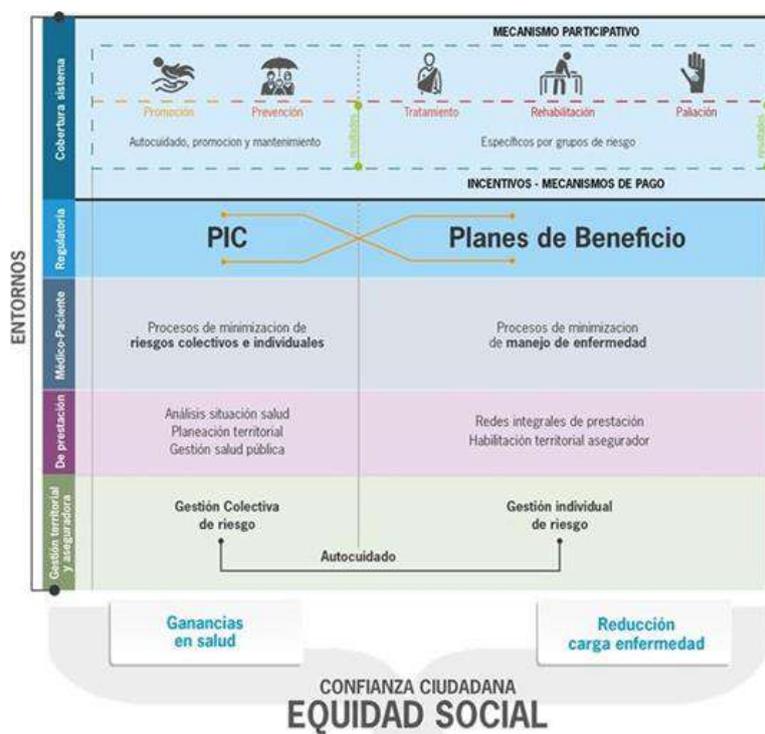
Fuente: Elaboración Propia a partir de la Política –Planeación del Aseguramiento en Salud

Es la propia PAIS la que recoge la orientación en cuatro líneas de acción: 1. la APS que integra las necesidades de la población, la respuesta del sistema y los recursos disponibles en la sociedad; 2. el cuidado entendido como las capacidades, decisiones y acciones que adoptan, tanto el individuo, como el Estado para proteger la salud; 3. la gestión integral del riesgo como la articulación de procesos para minimizar el riesgo de enfermar; 4. el enfoque diferencial en la atención, donde se adapta el modelo a las particularidades de cada territorio, las características de la población y las estructuras de servicios disponibles.

5.1.2 Modelo integral de atención en Salud -MIAS-

Respecto al Modelo Integral de Atención en Salud -MIAS-, es el conjunto de herramientas técnicas que incrementan la capacidad resolutoria de los servicios, permitiendo el flujo de información, usuarios y prestaciones de manera efectiva de acuerdo con las funciones y competencias de las diferentes entidades, cuyo propósito es lograr integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población en los territorios, a través de la articulación de los distintos actores del SGSSS (8) (9). Desde el año 2019, con la entrada en vigencia del último Plan Nacional de Desarrollo, el MIAS se transforma en el MAITE (Modelo de Atención Integral Territorial) con el cual se busca reducir aún más las brechas territoriales y estructurales para el goce efectivo del derecho a la salud y como vía para el fortalecimiento de la gobernanza territorial (10).

Gráfica 5. Modelo de Atención Integral – MIAS- (hoy MAITE)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social – MIAS - 2015

5.1.3 Modelo de Servicio y Humanización de la Atención en Salud

El modelo de servicio y humanización tiene como objetivos principales asegurar que los requisitos de los usuarios se cumplan para su satisfacción, fortalecer los mecanismos de atención directa al usuario para el mejoramiento de los servicios y estandarizar las soluciones para el logro de la satisfacción del usuario de acuerdo a las sugerencias e inquietudes de los mismos, entre otros.

5.1.4 Caracterización Poblacional

La caracterización poblacional es un insumo fundamental para el proceso de planeación integral para la salud, cuya responsabilidad recae, entre otros, sobre las EAPB. Es así como la Resolución 1536 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) en los artículos del 12 al 18, establece que la caracterización de la población afiliada a las EAPB responde a una metodología de análisis de riesgos, características y circunstancias individuales y colectivas, que permiten identificar riesgos, priorizar poblaciones y lugares dentro de un territorio, además de facilitar la programación de las intervenciones individuales necesarias para prevenir y mitigar dichos riesgos. Es responsabilidad de EPS Sanitas efectuar la caracterización poblacional con periodicidad anual, por cada departamento, distrito y municipio donde tenga al menos un (1) afiliado al momento de la fecha de corte del reporte (30 de junio del año en que se genera el reporte) (11).

EPS Sanitas ha establecido los mecanismos de reporte anual y de presentación de la caracterización poblacional (conjunto de indicadores epidemiológicos, prioridades territoriales en salud, patologías y eventos de alto costo, afiliados por IPS primarias y no primarias, red de prestación de servicios) para cada uno de los municipios autorizados del régimen contributivo y con afiliados reconocidos en el

régimen subsidiado, con el fin de que esta información se encuentre disponible para cada una de las gerencias de la EPS, de las Gerencias y Subgerencias Regionales, Oficinas de Aseguramiento y gestores de prestadores y de entes territoriales, a fin de que puedan hacer parte no solo de los acuerdos de voluntades con los prestadores de salud de la red propia o externa, o como insumo fundamental para la presentación de información como parte de procesos de auditoría por los entes territoriales o entes de control (como la Superintendencia de Salud), sino que puedan ser socializados a dicha red de prestación de servicios para fines de la planeación de la salud pública y orientación de las Rutas Integrales de Atención en Salud -RIAS-, más ahora en el marco del nuevo Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031.

Actualmente se viene estandarizando una metodología de descentralización de esta información, desde el nivel central a cargo de la Dirección de Planeación, Evaluación y Gestión del Conocimiento -DPEGC-, de la Gerencia de Planeación del Aseguramiento, a través de un actor responsable por cada una de las Regionales administrativas de la EPS, quien a su vez es capacitado en la metodología de construcción, reporte, priorización, concertación con el ente territorial y seguimiento a prioridades de la Caracterización Poblacional, además de ser el responsable de custodiar la información por cada Regional y apoyar a cada uno de los municipios u oficinas de aseguramientos en los procesos que ameriten como insumo la Caracterización Poblacional.

Esta capacitación y actividad de concurrencia con los responsables de las Regionales, será realizado por el nivel central de la EPS (la DPEGC) con periodicidad bimestral de manera rutinaria o cuando las necesidades del servicio lo requieran, para garantizar que la CAPO como insumo esté disponible siempre que la red de prestación que soporta el modelo de APS lo necesite.

Esta información está dispuesta en el portal del repositorio de la -DPEGC-, pestaña de “CAPO” (<https://sites.google.com/epssanitas.com/repositorio-evidencia-en-salud/capo?authuser=0>) y en el portal de la Subgerencia de Planeación y Control “Datos a un click” (<https://sites.google.com/epssanitas.com/datosau clic/tableros-salud-eps-sanitas/tableros-de-qlikview-y-qliksense?authuser=0>), por medio de un tablero de inteligencia de negocios (Qlik Sense®) denominado “Perfil epidemiológico”.

Gráfica 6. Repositorio de Caracterización Poblacional, DPEGC



Fuente: DPEGC, Gerencia de Planeación del Aseguramiento, EPS Sanitas. 2022. Disponible en: <https://sites.google.com/epssanitas.com/repositorio-evidencia-en-salud/capo?authuser=0>

Gráfica 7. Tablero de Perfil Epidemiológico*. Subgerencia de Planeación y Control



Fuente: Portal “Datos a un click”, Subgerencia de Planeación y Control, EPS Sanitas. 2022. Disponible en: <https://sites.google.com/epssanitas.com/datosaunclik/tableros-salud-eps-sanitas/tableros-de-qlikview-y-qliksense?authuser=0>. *Requiere autorización de licencia para Qlik Sense® y asignación de permisos

5.1.5 Modelo de Gestión del Riesgo en Salud

El riesgo en salud forma parte de un conjunto de variables que la EPS gestiona a través de la identificación, evaluación – medición, selección de métodos para la administración, implementación y retroalimentación (Resolución 497 de 2021, con base en la aplicación de la NTC 31000 de 2018). Una de las maneras de gestionar el riesgo es a través de la identificación de estos mismos en la población afiliada a través de la caracterización poblacional, lo cual sirve de base para la planeación de la red de prestación de servicios de salud, quienes, de acuerdo a su oferta de servicios, realizan las intervenciones encaminadas a mitigar dichos riesgos.

La gestión del riesgo es una estrategia de EPS Sanitas, con el fin de anticiparse a la presentación de las enfermedades, o si se tienen, detectarlas y tratarlas precozmente para impedir o acortar su evolución y sus consecuencias. De acuerdo a lo anterior, la EPS desarrolló un modelo de gestión del riesgo en salud que integra los lineamientos del MSPS, siendo un proceso dinámico, iterativo, secuencial, que permite identificar, analizar, evaluar, tratar, monitorear y comunicar los riesgos identificados en la población afiliada, tanto sana como enferma, y llevar a cabo el seguimiento y monitoreo de los riesgos para la salud de las personas, familias y comunidades, orientada al logro de resultados en salud y al bienestar de la población. Para profundizar en el tema, consulte el Modelo de Gestión del Riesgo de EPS Sanitas, año 2017 (ver [Anexo 1](#)).

Gráfica 8. Modelo de Gestión del Riesgo en Salud



Fuente: Elaboración propia, adaptado de la AS/NZS 4360:1999. Estándar Australiano y lineamientos del MSPS. 2018

5.2 MODELO DE INTERVENCIÓN DESDE EL ENFOQUE DE APS

5.2.1 Priorización

El mecanismo de priorización se entiende como el proceso por el cual se valora y se determina el orden de los problemas según la relevancia y sobre los cuales la intervención hará evidente el mejoramiento de la situación preexistente. EPS sanitas realiza tres tipos de priorización con periodicidad anual:

- Caracterización poblacional (CAPO)
- Búsqueda de grupos de riesgo (clasificación de acuerdo a los 16 grupos de riesgo del MIAS-MAITE)
- Necesidades propias de la EPS (por ejemplo, por procesos de atención o costos)

5.2.2 Modelo de Atención Primaria en Salud (APS) de EPS Sanitas

El modelo de APS busca y monitorea permanentemente que **por lo menos el 90% de los motivos de consulta sean resueltos en el prestador primario** por un grupo interdisciplinario de profesionales de la salud. Los usuarios que acceden a servicios en la red de prestadores complementarios de EPS Sanitas son aquellos que tienen patologías que pueden beneficiarse de medicina tecnificada, mejorando así, la eficiencia global del sistema y la efectividad final del ámbito especializado. La atención asistencial

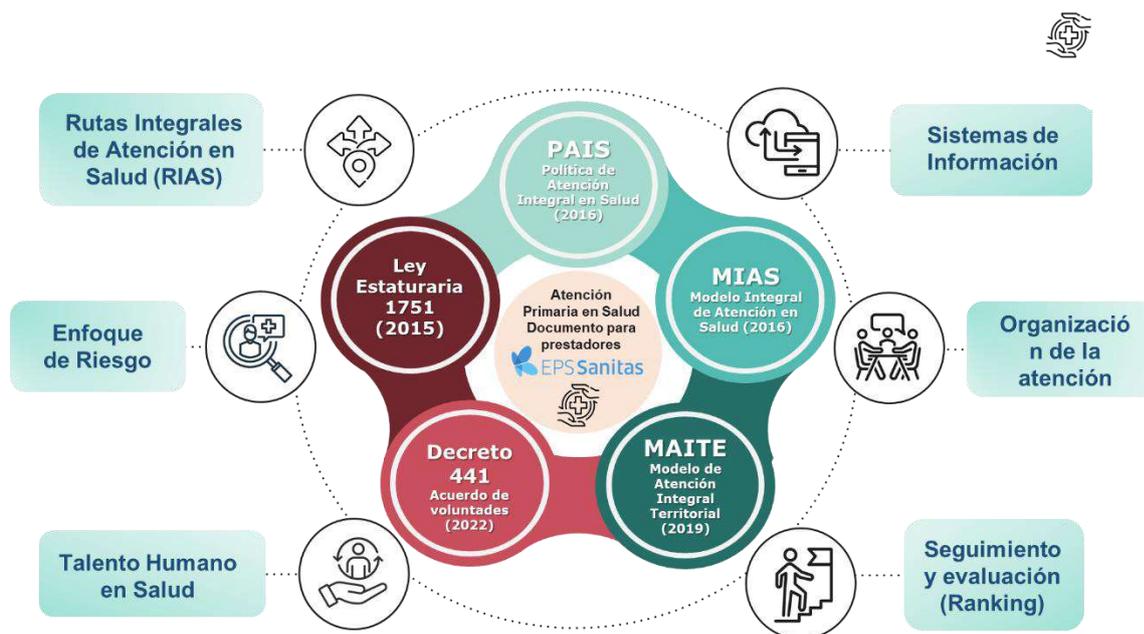
al paciente se presta de acuerdo con el *momento del curso de vida y la condición de salud*, se incluyen por tanto las actividades de promoción, prevención, detección temprana y protección específica encaminadas al mantenimiento de la salud y aquellas intervenciones encaminadas a la gestión de los eventos en salud objeto de seguimiento en las cohortes de gestión clínica.

Así, EPS Sanitas ha estructurado una serie de programas de salud que se han alineado a las rutas integrales de atención en salud, dentro de los ejes generales que incluye el modelo para el logro de la cuádruple meta, en el marco del plan estratégico de la compañía. A continuación, se detallan los aspectos relevantes con relación a los programas de salud dentro del modelo de APS de EPS Sanitas, alineados con la PAIS.

El modelo de APS de EPS Sanitas cuentan con seis componentes generales que incluyen:

- ✓ **Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS):** garantiza el continuo de la atención de los afiliados a EPS Sanitas, teniendo en cuenta las exigencias normativas y las recomendaciones con evidencia científica sólida proveniente de las guías de práctica clínica. Las rutas de atención de los programas de la institución se alinean a las rutas publicadas por el MSPS que buscan asegurar la integralidad en la atención por parte de los agentes del sistema de salud teniendo en cuenta el mejoramiento de la calidad, el logro de los resultados esperados en salud, la seguridad del paciente, el aumento de la satisfacción del usuario y la optimización del uso de los recursos.
- ✓ **Enfoque de Riesgo:** es el proceso que permite identificar poblaciones especiales que obligan a la reorganización de las prácticas cotidianas, para cubrir las necesidades de los pacientes según su situación individual.
- ✓ **Capacitación del Talento Humano en Salud (THS) y actividades de información, educación y comunicación dirigidas a profesionales y usuarios:** hace referencia a la atención permanente de las necesidades que, en términos de conocimiento técnico y desarrollo de competencias y habilidades, son necesarias para la prestación de los servicios (profesionales) y para el empoderamiento de la enfermedad o condición (usuarios).
- ✓ **Sistemas de Información:** desarrollo de un flujo de información y datos que permita hacer seguimiento de indicadores finales o intermedios y promover acciones de mejoramiento continuo, de manera bidireccional entre prestadores y asegurador.
- ✓ **Organización de la atención:** ruta de atención de los pacientes en el prestador primario
- ✓ **Mecanismos de seguimiento y evaluación:** evaluación del modelo sobre cuatro dimensiones

Gráfica 9. Componentes de la APS, EPS Sanitas



Fuente: Elaboración propia, 2022

5.2.2.1 Curso de vida

Para la operación del MAITE, es necesario organizar la población afiliada según el curso de vida y los grupos de riesgo que pueden afectar la salud de las personas. De esta manera la planeación de los servicios que se le prestarán a la población es coherente con sus necesidades y con las metas propuestas en el Plan Decenal de Salud Pública vigente.

La distribución de afiliados por momentos del curso de vida le será entregada a cada prestador con su respectiva pirámide poblacional, como se ilustra a continuación:

Gráfica 10. Momentos de curso de vida – Política PAIS



Fuente: Elaboración Propia, 2020

5.2.2.2 Grupos de riesgo

La conformación de grupos de riesgo de los afiliados a EPS Sanitas, conforme lo dispone el MSPS, se hace de acuerdo a características similares en términos de eventos de interés en salud pública que comparten la historia natural de una enfermedad y mecanismos fisiopatológicos causales, factores de riesgo etiológicos y relacionados, desenlaces clínicos similares y formas o estrategias eficientes de entrega de servicios. Al poseer características similares, es posible definir una respuesta social

organizada y coherente, establecida como proceso de atención integral sectorial e intersectorial que permite su gestión integral. La definición de grupos de riesgo se hace bajo los siguientes criterios:

- Grupos sociales de riesgo
- Enfermedades de alta frecuencia y cronicidad
- Enfermedades prioritarias en salud pública
- Enfermedades con tratamientos de alto costo
- Condiciones intolerables para la sociedad
- Enfermedades de alto costo

El MSPS ha definido 16 grupos de riesgo y los eventos específicos priorizados por cada agrupación, EPS Sanitas ha adoptado estos 16 grupos de riesgo, el detalle de los mismos se presenta a continuación:

Tabla 1. Grupos de riesgo y eventos específicos. MSPS, 2016

GRUPOS DE RIESGO	EVENTOS ESPECÍFICOS
1. Población con riesgo o alteraciones cardío – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	Diabetes mellitus Accidentes cerebro-vasculares Hipertensión Arterial Primaria (HTA) Enfermedad Isquémica Cardíaca (IAM) Enfermedad Renal Crónica
2. Población con riesgo o infecciones respiratorias crónicas	EPOC
3. Población en riesgo o presencia de alteraciones nutricionales	Deficiencias nutricionales específicamente anemia Desnutrición Sobrepeso y obesidad
4. Población con riesgo o trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones	Psicosis tóxica asociada a consumo SPA Uso nocivo Sobredosis Dependencia Efectos agudos y crónicos sobre la salud problemas sociales agudos y crónicos
5. Población con riesgo o trastornos psicosociales y del comportamiento	Depresión Demencia Esquizofrenia Suicidio
6. Población con riesgo o alteraciones en la salud bucal	Caries Fluorosis Enfermedad Periodontal Edentulismo Tejidos blandos, estomatosis
7. Población con riesgo o presencia de cáncer	Ca Piel no melanoma Ca mama Ca Colon y Recto Ca Gástrico Ca cuello y LPC en diagramación Ca Próstata Ca Pulmón Leucemias y linfomas
8. Población en condición materno - perinatal	IVE Hemorragias

GRUPOS DE RIESGO	EVENTOS ESPECÍFICOS
	Trastornos hipertensivos complicadas Infecciosas Endocrinológicas y metabólicas Enfermedades congénitas y metabólicas genéticas Bajo peso Prematurez Asfixia
9. Población con riesgo o infecciones	TV: Dengue, Chikungunya, Malaria, Leishmaniosis, Chagas TS: VIH, HB, Sífilis, ETS ETA ERA, neumonía y EDA Inmunoprevenibles
10. Población en riesgo o presencia de zoonosis y agresiones por animales	Accidente rábico Accidente ofídico
11. Población con riesgo o enfermedad y accidentes laborales	
12. Población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas	Violencia relacionada con el conflicto armado Violencia de género Violencia por conflictividad social
13. Población con riesgo o enfermedades y accidentes relacionados con el medio ambiente	
14. Población con riesgo o enfermedades raras	Hemofilia Fibrosis quística Artritis idiopática Distrofia muscular de Duchenne, Becker y Distrofia Miotónica
15. Población con riesgo o trastornos visuales y auditivos	Defecto refractivo (Miopía, Hipermetropía, astigmatismos) Ambliopía Glaucoma Cataratas Retinopatía del prematuro Visión Baja Traumas del oído Hipoacusia Otitis Vértigo
16. Población con riesgo o trastornos degenerativos, neuropatías y autoinmunes	Enfermedades neurológicas, Enfermedades del colágeno y artrosis

Fuente: Política Integral de Atención en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social

Adicionalmente, EPS Sanitas ha definido la constitución de cohortes de pacientes que se atienden de acuerdo a modelos operativos y en cada uno de ellos se definen las actividades, procedimientos e intervenciones que se requieren para el control adecuado de la patología. Estas cohortes son: adulto mayor multimórbido, anticoagulación, artritis reumatoide, cáncer, coagulopatías, cuidados paliativos, programa cuidando mi vida (VIH/SIDA), diabetes mellitus, enfermedades huérfanas, enfermedades transmitidas por vectores, esclerosis múltiple, falla cardíaca, hepatitis c, hipertensión arterial, hipertensión pulmonar, obesidad, programas de patología respiratoria crónica (gestión de oxígeno, gestión de dispositivos), sustancias psicoactivas.

La mayoría de estas cohortes de pacientes se salen del alcance y gestión de la atención por el modelo de APS de los prestadores del primer nivel de atención, sin embargo, este modelo puede ser la puerta de identificación de los riesgos para que el afiliado pueda ser direccionado a las cohortes y recibir la atención bajo el modelo de atención que su condición de riesgo amerita. Lo anterior a partir de la articulación con la red de servicios complementarios que EPS Sanitas tiene dispuesto para tal fin y que será descrita más adelante en la descripción de los servicios.

5.2.2.3 Estratificación del riesgo al interior de las cohortes clínicas

EPS Sanitas estableció el proceso para clasificar la población por cohortes o grupos homogéneos, para definir prioridades y protocolos de atención, incluyendo a la población potencialmente sana. En esta propuesta se estableció la siguiente metodología:

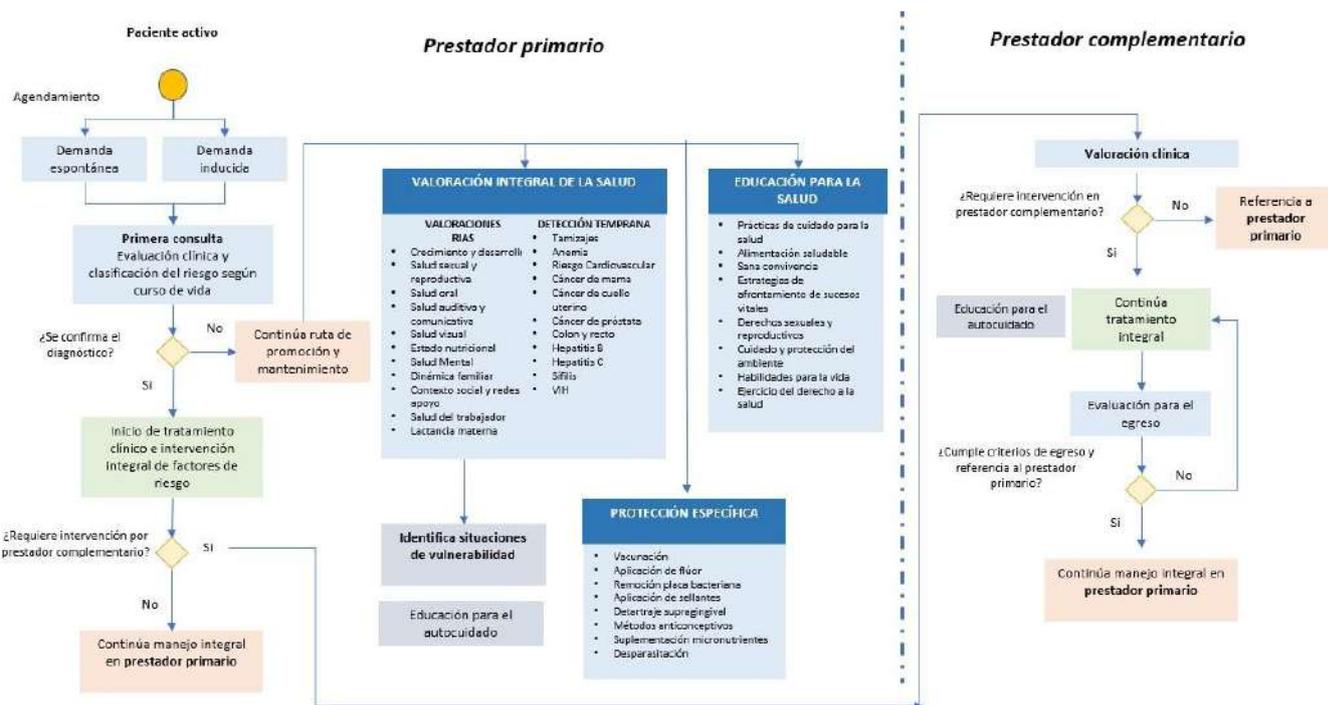
Tabla 2. Estratificación del paciente de acuerdo a su riesgo, según curso de vida

NIVEL DE RIESGO	PRIMERA INFANCIA	INFANCIA	ADOLESCENCIA	JUVENTUD	ADULTEZ	VEJEZ
1. Paciente Sano	Actividades de promoción y prevención encaminadas a preservar la salud del individuo					
2. Bajo riesgo	Tamizaje para identificación temprana, clasificación y gestión del riesgo con el objetivo de evitar la aparición de una patología.					
3. Alto riesgo	Tamizaje para la identificación temprana, clasificación y gestión del riesgo con el objetivo de disminuir el impacto negativo del mismo sobre la salud del individuo					
4. Diagnóstico Establecido de enfermedad crónica o patologías de alto impacto	Identificación temprana e ingreso a los programas de gestión de cohortes clínicas, para brindar atención integral, tratamiento oportuno, rehabilitación o paliación según el caso; con el objetivo de disminuir la aparición de complicaciones que deterioran de forma severa la salud y el bienestar del individuo.					

Fuente: modelo de gestión del riesgo en salud. EPS Sanitas, 2017

De acuerdo a la clasificación del riesgo, y con base en las RIAS implementadas en el prestador primario, bajo el modelo de APS, el afiliado puede ser orientado para su abordaje y manejo de la siguiente forma (ver gráfica), teniendo en cuenta que cuando el alcance de la APS se agota, el afiliado debe derivarse a la red de prestación complementaria, bajo la gestión directa de la EAPB (o la entidad territorial, si corresponde) (ver [Anexo 4](#)).

Gráfica 11. Implementación de las RIAS de acuerdo al nivel de riesgo del afiliado, EPS Sanitas, 2022



Fuente: Elaboración propia, 2022

5.2.2.4 Modelo de Mantenimiento de la Salud (RIAS P.Y.M.S)

El modelo de mantenimiento de la salud (ruta de promoción y mantenimiento de la salud-RPYMS-) incluye las actividades de promoción y prevención que se aplican a la población según la edad, el sexo y los factores de riesgo, a intervalos determinados durante el curso de vida; con el objetivo de detectar tempranamente cualquier alteración. Este eje es transversal a todas las intervenciones e incluye el cuidado desde el nacimiento hasta la vejez. El eje de mantenimiento de la salud incluye los siguientes programas:

- Crecimiento y desarrollo
- Vacunación
- Salud infantil y del adolescente
- Salud del adulto y el adulto mayor
- Control prenatal y planificación familiar.
- Salud bucal
- Salud mental

5.2.2.4.1 Ruta Modelo de Mantenimiento de la Salud

Desde el momento de la afiliación en la primera consulta de valoración se realiza la clasificación del paciente según la edad, para identificar en qué etapa del curso de vida se encuentra, cada una de estas etapas tiene definidas una serie de actividades cuyos objetivos principales son: detectar tempranamente alteraciones, identificar factores que aumentan el riesgo de lesiones y/o enfermedades y preservar la salud de nuestros afiliados.

Las actividades en el eje de mantenimiento de la salud incluyen pruebas de tamizaje que permiten, de manera estandarizada, conocer el estado en el que se encuentra determinado grupo poblacional en torno a una situación médica o una enfermedad. Actividades de consejería según la etapa del curso de vida, se incluyen además actividades de quimioprofilaxis y finalmente, actividades de vacunación. Para acceder a los diferentes programas del eje de mantenimiento de la salud los afiliados pueden hacerlo través de dos estrategias: por demanda espontánea de los servicios de salud de forma presencial, en el prestador primario al que está asignado (quien a su vez asigna la cita para ingreso) o se indica el direccionamiento para acceder al servicio.

La segunda estrategia es la asignación de una cita previa por parte de la central de demanda inducida de EPS Sanitas cuando el afiliado recibe la llamada, el mensaje de texto o el correo electrónico, o por los medios de contactabilidad que se contraten con el prestador de red externa. Para algunos programas existen líneas telefónicas específicas para la asignación de las citas de ingreso. Otro medio para acceder a las consultas de los programas es a través de la oficina virtual de EPS Sanitas. Las actividades incluidas en los programas del eje de mantenimiento de la salud están exentas del pago de cuotas moderadoras.

A continuación, figuran los programas que se incluyen dentro del eje de mantenimiento de la salud:

Tabla 3. Programas de salud. RIAS Promoción y Mantenimiento de la Salud y RIAS Materno Perinatal. EPS Sanitas

PROGRAMA	OBJETIVO	ANEXOS (link)
Salud Infantil: <i>primera infancia (0-5 años) e infancia (6 a 11 años)</i>	Busca asegurar el desarrollo integral de los afiliados menores de 11 años a través de actividades médicas y de enfermería, que permiten evaluar periódicamente el aumento de peso y talla, así como el desarrollo emocional de los niños y las niñas; tiene como objetivo la detección temprana de alteraciones en dicho proceso y la toma de las medidas correctivas necesarias para que sean niños saludables y a futuro adultos sanos. En las consultas del programa adicionalmente los padres y/o cuidadores reciben educación en alimentación balanceada, esquema de vacunación, estimulación temprana, afectividad, prevención de accidentes, higiene oral, intervención oportuna de enfermedad diarreica aguda e infección respiratoria aguda. Incluye las actividades de fortificación con micronutrientes para niños entre los 6 a 24 meses, para la prevención de la anemia nutricional.	Anexo 5 Anexo 6 Anexo 7
Vacunación	Está dirigido a toda la población afiliada desde el recién nacido hasta el adulto mayor, e incluye la aplicación de las vacunas que cubre el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) en Colombia. El objetivo de EPS Sanitas es que todos los afiliados tengan esquemas de vacunación completos y que en la medida que pasen por las diferentes etapas del curso de vida, puedan acceder a la vacunación como una estrategia de prevención efectiva durante la infancia, la adolescencia, la etapa adulta y la vejez. Las vacunas del PAI están exentas del pago de cuotas moderadoras y no requieren de autorización.	Anexo 8
Juventud	Valora y hace seguimiento a seguimiento de la salud y desarrollo integral y multidimensional (físico, cognitivo, social) de los jóvenes, identificar tempranamente la exposición a factores de riesgo con el fin de prevenirlos o derivarlos para su manejo oportuno; detecta de forma temprana alteraciones que afecten negativamente la salud y el proceso de crecimiento y desarrollo de los jóvenes, con el fin de referirlas para su manejo oportuno, potencia capacidades, habilidades y prácticas para	Anexo 9 Anexo 10

PROGRAMA	OBJETIVO	ANEXOS (link)
	promover el cuidado de la salud y fortalecer el desarrollo de jóvenes, mediante la información en salud.	
Adultez	Valorar de manera integral la salud del adulto, para identificar los principales cambios en el desarrollo de la adultez (físico, cognitivo, emocional, social); identificar oportunamente factores de riesgo con el fin de prevenirlos o derivarlos para su manejo oportuno; detectar de forma temprana alteraciones que afecten negativamente la salud y el proceso de desarrollo, con el fin de referirlas para su manejo oportuno; identificar y potenciar capacidades, habilidades y prácticas para promover el cuidado de la salud y fortalecer el desarrollo de los adultos.	Anexo 11
Vejez	Valorar de manera integral la salud de la persona mayor incluyendo la identificación de los principales cambios morfológicos y fisiológicos de la vejez, identificando tempranamente exposición a riesgos para su prevención o derivación para manejo oportuno, detectar de forma temprana alteraciones que afecten negativamente la salud con el fin de referirlas para su manejo oportuno; potenciar las capacidades, habilidades y prácticas para el cuidado de su salud, el envejecimiento activo y el bienestar de las personas mayores mediante la información en salud.	Anexo 12 Anexo 13 Anexo 14
Control Prenatal y Lactancia Materna	<p>El programa de Control Prenatal, el cual cuenta con un equipo de salud altamente calificado para brindar la mejor atención y cuidado prenatal durante el parto y el post parto, así como todo lo referente al cuidado del recién nacido. El programa incluye consultas mensuales, en las que se realiza evaluación del estado de salud de la madre y del bebe, solicitud de paraclínicos que permiten reconocer ciertos riesgos de manera temprana para su intervención y talleres educativos que le brindan a la madre herramientas para afrontar todas las dudas y dificultades que se puedan presentar durante este periodo. Las afiliadas embarazadas deben iniciar su control prenatal antes de las 10 semanas, esto con el objetivo de realizarse una serie de exámenes de manera temprana y así minimizar los riesgos.</p> <p>Respecto a la lactancia materna, se busca valorar y promover este proceso de manera exclusiva asegurando un adecuado inicio y proceso de mantenimiento de la misma, mediante la orientación efectiva a la mujer en periodo de lactancia y/ o las personas significativas.</p>	Anexo 15
Salud de la Mujer	Planificación Familiar: El programa de planificación familiar de EPS Sanitas está dirigido a mujeres en edad fértil de 10 a 49 años, y a los hombres con paridad satisfecha. Este programa brinda asesoría individual en derechos sexuales y reproductivos, consulta inicial y de control, asesoría médica y de enfermería para ampliar y mejorar la información sobre los diferentes métodos de planificación familiar. Seguimiento a los métodos de planificación temporales y definitivos, elegidos incluidos en el Plan de Beneficios en Salud.	
	Detección temprana de Cáncer de Cuello Uterino: Este programa está destinado a la atención de las mujeres afiliadas a EPS Sanitas entre los 21 a 69 años. Incluye la toma de citología cérvico vaginal anual a las mujeres en este rango de edad, con el objetivo de diagnosticar tempranamente el cáncer de cuello uterino y realizar intervenciones que permitan un tratamiento oportuno.	Anexo 16
	Detección temprana de Cáncer de Seno: Este programa está dirigido a todas las mujeres mayores de 50 años, afiliadas a EPS Sanitas. Incluye las	Anexo 17

PROGRAMA	OBJETIVO	ANEXOS (link)
	intervenciones necesarias para diagnosticar de manera temprana el cáncer de seno y poder realizar un tratamiento oportuno.	
Cáncer de Próstata	El objetivo de este programa es detectar el cáncer de próstata en estadios tempranos a través de la realización de pruebas de tamización de oportunidad, ajustadas a la edad del hombre. La población objeto del programa son afiliados hombres entre 50 años y 75 años.	Anexo 18
Cáncer de Colon y Recto	El objetivo de este programa es detectar el cáncer de colon y recto en estadios tempranos a través de la realización de pruebas de tamización poblacional organizada en hombres y mujeres. La población objeto de este programa son afiliados hombres y mujeres entre 50 años y 75 años.	Anexo 18
Salud Bucal	Este programa busca promover y fomentar la salud oral, valorar integralmente la salud bucal en todos los cursos de vida; educar al paciente en el autocuidado, disminuyendo los factores de riesgo más importantes para la aparición de caries y enfermedad periodontal. promoviendo la adopción de prácticas de cuidado para la salud.	Anexo 19
Salud Mental	El programa de Salud mental, tiene como propósito la estructuración de un modelo de atención en salud mental orientado al logro de resultados en salud, fundamentado en la gestión del riesgo, la atención primaria para el manejo de casos y por cohortes. La finalidad del modelo no se reduce únicamente a la atención de los pacientes, sino que procura que estos se integren a sus familias, a su comunidad de referencia y a la sociedad.	Anexo 20

Fuente: elaboración propia, adaptado de la Resolución 3280 de 2018

El detalle de cómo funciona cada uno de estos programas se describe en sus respectivos Manuales Operativos (ver link a los anexos en la Tabla 3). Allí, se incluye la información con relación a talento humano, tecnologías, frecuencias de uso, servicios que incluye el programa y todo lo necesario para poder implementarse en los Centros Médicos de Atención Primaria con los cuales EPS Sanitas contrate sus servicios de APS a nivel nacional.

Con relación a los indicadores para el monitoreo del modelo de promoción y mantenimiento, de acuerdo a la normatividad vigente se describe en el documento “*procedimiento para el reporte de la información según Resolución 4505 de 2012*”. El procesamiento de datos, auditoria, monitoreo y seguimiento a los indicadores de la Resolución 4505, de acuerdo a las modificaciones e inclusiones a esta resolución (Resolución 202 de 2021) serán ajustados según corresponda. Sin embargo, cada uno de los programas para la gestión de los mismos maneja otra serie de indicadores que se encuentran en el consolidado de Fichas Técnicas de Indicadores del área de Atención Primaria, los cuales serán relacionados en la nota técnica (12).

Las estrategias para la implementación de las RIAS que corresponden al eje de Promoción y Mantenimiento se desarrollan en el marco de los Programas de Salud, para cada territorio por departamento o distrito se cuenta con un documento por separado donde se indican los avances y la proyección en el proceso de implementación de las RIAS (ver [Anexo 21](#)). Las rutas de acuerdo a cada programa se distribuyen de la siguiente manera:

Tabla 4. Correlación de los Programas de Salud de EPS Sanitas con las RIAS

PROGRAMA	RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD
<i>Control Prenatal</i>	Ruta Materno Perinatal
<i>Salud Infantil y del Adolescente</i>	Ruta de promoción y mantenimiento: Primera Infancia e Infancia y adolescencia
<i>Consulta médica general</i>	Ruta de promoción y mantenimiento: Juventud, adultez y vejez
<i>Vacunación</i> <i>Salud sexual y reproductiva</i> <i>Salud Mental</i> <i>Salud Oral</i>	Transversales a todas las rutas integrales de atención en salud

Fuente: Elaboración Propia

5.2.2.4.2 Vigilancia de eventos de interés en salud pública

La APS desarrolla acciones de salud pública articuladas con diferentes niveles de atención en salud, con el fin de fortalecer, entre otras cosas, la vigilancia de los eventos de interés en salud pública priorizados, para mejorar la protección de la salud y mitigar los daños y/o complicaciones en la población afiliada. Haciendo especial énfasis en la vigilancia de los eventos transmisibles, no transmisibles, las mortalidades evitables, vigilancia de eventos especiales por laboratorio y eventos emergentes y reemergentes (ESP II). Desde EPS Sanitas se resalta la importancia de que bajo el modelo de APS se vigile especialmente los eventos trazadores y que están relacionados con compromisos internacionales.

La vigilancia de estos eventos debe realizarse conforme lo dispuesto en el Decreto 3518 de 2006 (compilado nuevamente en el decreto 780 de 2016), mediante las estrategias de vigilancia activa, vigilancia pasiva (rutinaria), vigilancia centinela y vigilancia por laboratorio. La vigilancia de ciertos eventos de interés en salud pública debe reforzarse de acuerdo a las condiciones territoriales, por cuenta del clima, eventos endémicos, circulación vectorial, población residente con perfil de vulnerabilidad, entre otros.

5.2.2.4.3 Vigilancia de los accidentes de trabajo y enfermedad profesional

Uno de los derechos fundamentales de la población trabajadora, establecido en convenios internacionales y en el marco constitucional y jurídico del país, es indiscutiblemente el derecho a la salud y seguridad en el trabajo. Aunque el proceso de calificación del origen de enfermedad profesional es responsabilidad de la EPS y debe hacerse con una red de prestación especializada para tal fin, el ámbito de la APS no está exento de identificar, captar y derivar estos casos a la red de atención complementario que EPS Sanitas disponga para este tipo de casos, por lo tanto, la vigilancia de estos riesgos por parte del prestador primario es fundamental para su adecuado abordaje integral y derivación oportuna al sistema de responsabilidad de las Aseguradoras de Riesgos Laborales (ARL) cuando aplica.

5.2.3 Adopción del enfoque diferencial en el modelo de APS, EPS Sanitas

En el modelo de APS de EPS Sanitas comprenderemos el enfoque diferencial como el conjunto de herramientas metodológicas que permiten dar garantía al ejercicio de los derechos, y principalmente

el derecho a la salud, de los pueblos y grupos que históricamente han sido excluidos y vulnerados por sus diferencias sociales. Este enfoque implica reconocer que el curso de vida para cada persona es distinto y está determinado por sus condiciones particulares de vida, así como por las situaciones y contextos sociales y culturales en los que interactúan (13).

Apropiar el enfoque diferencial implica visibilizar y valorar la diversidad humana promoviendo que se eliminen todos los discursos o prácticas discriminatorias basadas en las diferencias sociales. Por lo tanto, el modelo de APS que aquí se presenta, al estar fundamentado en el enfoque diferencial, adapta los principios de igualdad, diversidad, interculturalidad, integridad, participación e inclusión de todos los grupos sociales presentes en los territorios donde se despliegue (14).

Con el enfoque diferencial este modelo pretende promover y garantizar el derecho a la salud de los siguientes grupos poblaciones:

5.2.3.1 Población étnica

Los pueblos étnicos son aquellos que comparten un origen, historia, lengua y características culturales, las cuales han configurado su identidad tanto individual como colectiva (15). Esta definición incluye dentro de esta categoría a los pueblos indígenas, afrodescendientes, palanqueros, raizales, ROM y gitanos. Así, partiendo desde un enfoque diferencial que comprenda lo étnico, se presupone el reconocimiento de las especificidades culturales y sociales de estas comunidades, para las cuales se deben construir acciones en salud que respondan a sus cosmovisiones, tradiciones, lenguajes, territorios, entre otras características diferenciales.

Con esto, la prestación de los servicios de salud dirigida a los pueblos étnicos debe partir del respeto y el restablecimiento de los derechos de estas poblaciones, teniendo en cuenta, en particular, el derecho al reconocimiento y a la protección de su diversidad cultural, lingüística y a su autonomía (15). Esto implica que las acciones en salud promovidas desde este modelo de APS partan de encuentros interculturales en los que se gesten procesos dinámicos de comunicación, relación y aprendizaje entre los diferentes saberes y prácticas en salud de los distintos pueblos étnicos con quienes se trabaje, todo esto en condiciones de legitimidad e igualdad (16).

Para promover lo anterior será fundamental la producción de espacios de participación y concertación en los que los distintos pueblos étnicos y el prestador de servicios en salud propendan por la protección y cuidado de la salud y la vida de todas las personas de sus comunidades. A su vez, esto implica la producción de estrategias que incidan en la reducción de la discriminación social de los pueblos étnicos, a partir de la promoción de la eliminación de las desigualdades sociales por raza y etnia (15).

Respecto a los pueblos indígenas en Colombia, al tener un sistema de vida, creencias, política, economía y cultura definidos milenariamente, merecen un trato digno y diferencial que valore sus necesidades de salud en su contexto social. Lo anterior, en torno a lo que los pueblos indígenas conciben como el “buen vivir o vivir bien” y el “desequilibrio o desarmonía” para referirse a los conceptos de salud y enfermedad.

Los elementos a tener en cuenta para el desarrollo y goce del “buen vivir”, bajo la cosmología de los pueblos indígenas son: el territorio (la fuente de la vida y el bienestar), la identidad cultural como indígenas, las costumbres (usos y sabidurías ancestrales en torno al cuidado de la salud), la ley de origen o ley natural (estilos de vida), el derecho mayor (la autonomía y autoridad sobre su territorio), la sabiduría ancestral, la autonomía, la gobernabilidad y la reciprocidad.

Los enfoques recomendados para la implementación del modelo de APS, con el fin de captar y atender a la población indígena afiliada a EPS sanitas, son los siguientes: derechos y garantías, diferencial, participativo, intercultural, acciones afirmativas, curso de vida y curso propio, género, poblacional, buen vivir.

Una vez el ejercicio de la caracterización población de los afiliados identifique los municipios donde se concentra la mayor cantidad de población indígena, se apoyará técnicamente a las oficinas de aseguramiento y direcciones de entes territoriales para la implementación exitosa del modelo de atención con enfoque diferencial que satisfaga las necesidades particulares de nuestros afiliados indígenas (17).

5.2.3.2 Población discapacitada

Dentro del Modelo de Atención a personas con discapacidad de la EPS se encuentra la protección y garantía de los derechos de las personas en condición de discapacidad, en los términos de la Ley 1618 de 2013, la Circular Externa 10 de 2015 y la Resolución 1113 de 2020, los cuales deben traducirse en el acceso efectivo a los Servicios de Salud, por lo que se contempla cubrir de manera anticipada y completa, las necesidades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, además de:

- Disponer de agendas abiertas para la asignación de citas de medicina general, odontología y de medicina especializada la totalidad de días hábiles del año.
- Establecer programas de capacitación a los profesionales y empleados para favorecer la atención de calidad de las personas en condición de discapacidad.
- Generar estrategias que permitan garantizar una comunicación efectiva en doble vía entre el personal administrativo y asistencial en salud y las personas en condición de discapacidad.

La atención integral a la población con discapacidad, incluye la realización de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en cada uno de los momentos del curso de vida, alineado con las RIAS. Se realiza un abordaje de la población con discapacidad, basado en la gestión integral del riesgo tal y como se hace con la población general.

5.2.3.3 Población LGBTIQ+

El enfoque diferencial centrado en la población sexualmente diversa implica reconocer que la identidad de género es una construcción social atravesada por distintos factores que la determinan y le dan sentido. Desde este enfoque se reconoce que existen desigualdades e inequidades sociales que reposan sobre la discriminación y la exclusión de las orientaciones sexuales y las identidades de género que se salen de los patrones heteronormativos cimentados en nuestras sociedades, los cuales afectan principalmente la protección de la vida y los derechos de personas gays, lesbianas, bisexuales, transgénero, intersexuales, entre otras (LGBTIQ+) (18).

El presente modelo de APS, al apropiarse del enfoque diferencial, debe propender por erradicar las desigualdades e inequidades en salud que actualmente afectan a la población LGBTIQ+, a partir de la construcción de acciones de salud que respondan a sus necesidades y condiciones de vida. Esto implica reconocer las violencias a las que constantemente esta población se ve enfrentada para ofrecer servicios en salud que no las reproduzcan y partan del respeto de la diversidad sexual y el reconocimiento de las identidades de género. Se plantea entonces una atención integral basada en el trato respetuoso, libre de estereotipos, que propenda por la participación e inclusión de las personas LGBTIQ+ a través de espacios y actitudes que generen confianza entre esta población y los servicios de salud.

5.2.3.4 Población víctima del conflicto armado y excombatientes firmantes del proceso de paz o que hayan participado de otros procesos de reincorporación a la vida civil

Desde el enfoque diferencial se reconoce la centralidad de garantizar el restablecimiento de derechos de la población víctima del conflicto armado en nuestro país, así como de la población de

excombatientes que, tras la firma del Acuerdo Final de Paz de 2016, se han reincorporado a la vida civil. Por lo tanto, este modelo de APS parte del restablecimiento y la protección de los derechos, principalmente del derecho a la salud, de estos grupos poblacionales que se encuentran en condiciones de vulnerabilidad producto del contexto de conflicto armado vivido en Colombia.

Este modelo parte de la producción de acciones en salud que contribuyan a la reparación de la dignidad humana y la vida de la población de víctimas y excombatientes del conflicto armado, lo que plantea una atención integral basada en un componente psicosocial que reconoce las afectaciones físicas, emocionales y sociales de las personas y comunidades involucradas en las violaciones de derechos en el contexto de la violencia y el desplazamiento. Así, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 163 del Decreto 4800 de 2011, la atención integral en salud a la población víctima del conflicto armado, debe partir de la premisa del reconocimiento del sufrimiento, dolor y resistencia experimentado por estas poblaciones, por lo cual todos los equipos dispuestos para la atención en salud deben contar con la preparación necesaria para evitar la revictimización y, en su lugar, proteger la integridad psicosocial y mental de las víctimas del conflicto, sus familias, comunidades y colectividades (19).

5.2.3.5 Población privada de la libertad

De acuerdo a la Resolución 5159 de 2015, la cual fue modificada mediante la Resolución 3195 de 2016, se debe garantizar la prestación de los servicios de salud a la población privada de la libertad que se encuentre afiliada a la EPS a través de un modelo de atención que este articulado y coordinado con los servicios de atención primaria intramural establecidos por la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (USPEC) y el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC).

De requerirse la atención extramural se deberá coordinar y establecer la movilidad de los internos con la USPEC y el INPEC, para que esta cumpla con todos los requisitos de seguridad y protección establecidos por la ley. Esto implica, que, de acuerdo a las circunstancias y necesidades en salud de la población privada de la libertad afiliada, la EPS deberá mantener la garantía de la prestación del servicio a partir de atenciones que promuevan la valoración integral de los internos y la garantía de los programas de salud pertinentes para gestionar sus riesgos y cuidar su salud (20).

5.2.3.6 Niños, niñas y adolescentes (NNA) bajo cuidado del Instituto Colombiano del Bienestar Familiar (ICBF)

Este modelo de APS parte del reconocimiento de la garantía de los servicios de salud a la población de niños, niñas y adolescentes que se encuentran en proceso de restablecimiento de derechos por parte del Instituto Colombiano del Bienestar Familiar. Estos servicios de salud deben propender por una atención integral que tenga en cuenta el curso de vida como categoría que aterrice servicios ajustados al momento de la vida en el que se encuentran los niños, niñas y adolescentes.

Esto implica reconocer que el desarrollo humano y los resultados en salud de esta población dependen de la prestación de servicios de salud que tenga en cuenta sus condiciones sociales, familiares, económicas, ambientales y culturales, para desde allí promover atenciones oportunas que contribuyan, no solo al cuidado de la salud, sino también al proceso de restablecimiento de derechos y de garantía de una vida digna en el que se encuentra esta población (14).

6 ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN

La organización de la atención en el modelo de APS responde a la conceptualización previamente expuesta a los contenidos mínimos exigidos por el Decreto 441 de 2022 (Nota Técnica: acuerdos de voluntades entre entidades responsables del pago, prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud) (21).

6.1 DEMANDA INDUCIDA

Proceso con el cual se diseñan e implementan estrategias para captar a los afiliados e intervenir oportunamente sus factores de riesgo, así mismo garantizar la cobertura y el seguimiento sistemático de actividades de promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades específicas. Se debe plantear una estrategia de demanda inducida dependiendo cada programa que compone la RIAS de PYMS y la RIAS Materno Perinatal, con el fin de que se cumplan los objetivos de seguimiento.

Cada prestador de atención primaria (de la red propia o externa) será autónomo en definir los mecanismos de demanda inducida que implementará para la captación de la población asignada. Para el caso de los prestadores de la red propia de EPS Sanitas, estos mecanismos están descritos ampliamente en el Manual Operativo de la Central Demanda inducida, año 2018 (ver [Anexo 22](#)).

6.2 INFRAESTRUCTURA

En EPS Sanitas la organización de la atención en salud parte desde el marco de la infraestructura en la que de acuerdo con la caracterización poblacional entregada se desarrolla, la cual debe contar con todos los estándares de habilitación adecuados que permita una atención de alta calidad logrando una excelente experiencia del usuario.

Es por esto por lo que todos los espacios deben estar alineados a la normatividad vigente que exige el Ministerio de Salud y Protección Social para poder operar principalmente la resolución 3100 de 2019 (22) en dónde se establecen las condiciones de habilitación que deben cumplir los prestadores de servicios de salud:

- Condiciones de capacidad tecnológica y científica
- Condiciones de suficiencia patrimonial y financiera
- Condiciones de capacidad técnico-administrativa

Así mismo deben contar con su inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud (23).

EPS Sanitas establece a manera general en sus Centros Médicos las siguientes áreas y ambientes para la atención del servicio:

- Recepción de Admisiones
- Caja de Recaudo
- Consultorios
- Vacunación
- Salas de Procedimientos
- Lavado Instrumental
- Sala ERA
- Auditorio
- Salas de Espera
- Baterías de Unidades Sanitarias
- Cuarto de Residuos
- Pocetas
- Depósitos de Insumos

Adicional a lo anterior, dentro del Centro Médico, encontramos en la mayoría de todos los casos Laboratorio Clínico para las tomas de muestras respectivas

Para los prestadores que se encuentran en la red propia de EPS Sanitas por favor consultar el [Manual de Infraestructura Centros Médicos EPS Sanitas](#)

En cuanto a prestadores externos, con el fin de que puedan implementar la imagen corporativa de EPS Sanitas, en la actualidad se reciben solicitudes de parte de los directores de aseguramiento o del área administrativa de las regionales para el apoyo a la IPS externa para la implementación de la imagen corporativa de EPS Sanitas, si este es su caso, remitirse al documento [Manual Imagen Corporativa IPS externas.](#)

6.3 TECNOLOGÍA

Tecnología en salud se refiere a todos los elementos que se requieren para brindar la atención. Es importante realizar el estudio de lo que se requiere según los servicios a prestar, en EPS Sanitas tenemos aplicativos y procesos de autorizaciones que nos ayudan de una forma efectiva a que la atención en salud sea efectiva y eficaz. A continuación, presentamos cada uno de ellos y el proceso por el cual la red de prestadores puede acoplarse a ellos para brindar un excelente servicio.

6.3.1 Agendamiento de citas médicas

Para la tecnología de agendamiento de citas la EPS Sanitas, podemos realizar creación de agendas y monitorear el comportamiento de las mismas a través de reportes de manera integral toda la red de prestadores que se encuentran alineados con el aplicativo.

Se puede visualizar la “Disponibilidad por Especialidad” y la “Ocupación por Especialidad”, así como también estadísticas de citas, el estado de ocupación de la clínica y la agenda mensual, de una manera dinámica y simple de monitorear; otras funciones como enviar recordatorios a los correos de los pacientes para su asignación o cancelación oportuna de citas médicas. Adicionalmente se crean diferentes tipos de usuarios que tengan perfiles que permitan gestionar las agendas desde diferentes niveles.

Nuestro aplicativo es **Bukeala**® y el paso a paso de la gestión de implementación de nuevos prestadores, se encuentra en el [Manual de solicitud de nuevos prestadores \(Bukeala\).](#)

6.3.2 Software historia clínica

La interoperabilidad entre IPS y el aseguramiento, es un proceso que en gran medida debe soportarse sobre un sistema de información robusto. Para el apoyo de los procesos de prestación de servicios a los afiliados de EPS Sanitas, disponemos de un software propio desarrollado por la organización (**AVICENA**®), que tiene como pilar el diligenciamiento de la *Historia Clínica Ambulatoria*, diseñada para soportar modelo de atención primaria en salud, gestión de riesgo y gestión de la enfermedad, incorpora los parámetros de integralidad, secuencialidad, racionalidad científica, disponibilidad y oportunidad.

Avicena cuenta con interfaces a diferentes aplicativos que permite interoperar en los diferentes procesos de atención desde el acceso al aplicativo como agenda, validador, autorizaciones hasta las interfaces con las farmacias y la dispensación de los medicamentos.

Gráfica 12. Interoperación de AVICENA con otros aplicativos



Fuente: manual funcional AVICENA, Keralty. 2022

Sobre el paso a paso de la gestión de implementación de AVICENA® en nuevos prestadores, el proceso inicia con la solicitud de adherencia de un nuevo prestador por parte de las regionales, cumpliendo con los requisitos mínimos que podrán ser consultados en el [Manual de solicitud nuevos prestadores Avicena](#).

6.3.3 Autorización de servicios para la red de prestadores

Información entregada por gerencia de **Gestión de la demanda**, que tiene como objetivo establecer los lineamientos, políticas y procedimientos requeridos para el trámite de autorizaciones de servicios presentados por la red de prestadores, con el fin de lograr un proceso estandarizado a nivel nacional, que asegure la continuidad de la atención, de acuerdo con lo definido en la normatividad vigente.

El proceso inicia con el ordenamiento de tecnologías en salud por parte de las instituciones de la red de prestadores y finaliza con la aprobación, devolución y/o definición de los servicios solicitados

Tabla 5. Tiempos de respuesta para la autorización de servicios médicos

Tipo de solicitud	Tiempo máximo para definición
Urgente: servicios posteriores a la atención inicial de urgencias	Hasta 2 horas
Urgente con ampliación de historia clínica: servicios urgentes con solicitud de ampliación de información. Servicios adicionales a la primera autorización en urgencias o internación	Hasta 3 horas Hasta 6 horas
Electivos prioritarios	Hasta 2 días hábiles
Servicios electivos (programados)	Hasta 5 días hábiles

Fuente: Elaboración propia, Gerencia de Gestión de la Demanda. 2022

6.3.3.1 Vigencia de la autorización de servicios ambulatorios

Los volantes de autorización para servicios ambulatorios tienen una vigencia de 120 días o según lo descrito en la orden médica. Las autorizaciones de medicamentos tienen vigencia de 30 días, a excepción de los medicamentos controlados con vigencia de 15 días, para tratamiento de usuarios

crónicos se generan autorizaciones periódicas con fecha futura y vigencia de 30 días. Consultar documento [Autorización servicios electivos ambulatorios cubiertos por PBS.](#)

6.3.3.2 Canales de comunicación con los prestadores

Gráfica 13. Canales de comunicación con IPS en el marco de la APS



Fuente: Elaboración propia, Gerencia de Gestión de la Demanda. 2022

Interfaz entre historia clínica (AVICENA) y el sistema autorizador, que permite que el médico desde el momento del ordenamiento genere las autorizaciones sin que el afiliado tenga que desplazarse para solicitar personalmente las autorizaciones.

6.3.3.3 Recaudo de pagos moderadores

Será recaudada por el prestador en los casos en los que aplique, el usuario se presentará con el número de autorización en el cual se indica la categoría a la que pertenece el usuario de acuerdo con su rango salarial o podrá consultar en el validador dicha categoría. El prestador realizará el cobro según corresponda de acuerdo con la tabla de cuotas moderadoras vigente para el año en curso y descontará dicho valor recaudado como un pago anticipado de la factura.

6.3.3.3.1 Copago

El recaudo del copago será efectuado por la Red Prestadora, para este efecto en la autorización emitida la E.P.S le informará el porcentaje a descontar de acuerdo con el rango salarial del usuario, el cual finalmente debe reflejarse como un anticipo de pago a la factura.

En los casos en que el usuario manifieste la imposibilidad de asumir el costo del copago, el prestador deberá hacer firmar el acuerdo de pago a que haya lugar para asegurar su recaudo posterior. En los servicios ambulatorios, los prestadores que cuenten con la herramienta tecnológica dispuesta por EPS SANITAS validador de usuarios, podrán consultar en esta aplicación el porcentaje que de acuerdo con su rango salarial deberá pagar el usuario beneficiario al momento de la atención.

Para los servicios que requieren número autorización incluidos los hospitalarios, en dicho documento se define el porcentaje a recaudar por el prestador por este concepto de acuerdo con el valor final de la atención. Si el usuario tiene alguna condición particular que lo exonere del copago, en la autorización

en oficina virtual saldrá marcado sin cobro o en el campo “copago o cuota moderadora” Se refleja con valor cero (0) y por lo tanto no habrá lugar a recaudo en estos

El validador se identifica mediante mensajes emergentes a los usuarios a los que no se les genera cobro por razones especiales de su condición o su patología. En estos casos no deben realizar recaudo y el valor del copago se refleja en cero (0). El valor recaudado se debe recaudar como un pago anticipado de la factura. Consultar documento [guía para pago de copagos y cuotas moderador](#).

6.3.3.4 Dar de alta con solicitud de servicios ambulatorios

El profesional tratante podrá generar órdenes para tratamientos ambulatorios de corta duración por patologías de manejo agudo, o podrá solicitar al usuario continuar su atención de manera programada con especialidades o requerimiento de apoyo diagnóstico complementario con una justificación clara de la articulación a la red complementaria.

profesional tratante podrá generar órdenes para tratamientos ambulatorios de corta duración por patologías de manejo agudo, o podrá solicitar al usuario continuar su atención de manera programada con especialidades o requerimiento de apoyo diagnóstico complementario.

Si el usuario requiere manejo ambulatorio con medicamentos, se le entregará fórmula médica la cual podrá reclamar presentando autorización en los puntos del operador logístico de medicamentos, dicha autorización podrá obtenerla a través de la página web ingresando con su nombre de usuario y contraseña y enviando la solicitud acompañada de las órdenes médicas, según las condiciones de oportunidad para solicitudes prioritarias, o en las oficinas de atención al usuario de la E.P.S Sanitas

Para los servicios tales como: laboratorios, imágenes diagnósticas de baja complejidad o consultas por medicina especializada, el prestador solicitará mediante modelo no presencial la autorización del servicio a través de la planilla de reporte de servicios directamente a la E.P.S Sanitas, tal y como se describe en el “Procedimiento de autorización de servicios electivos ambulatorios cubiertos por PBS”, los servicios solicitados al usuario para trámite ambulatorio.

Consultar documento procedimiento: [Autorización de servicios médicos electivos ambulatorios cubiertos por PBS](#)

Las autorizaciones quedarán disponibles para el prestador de destino según corresponda en el validador de usuarios de la E.P.S Sanitas, donde cada IPS puede consultar por documento de identificación o número de volante de servicios, si son servicios que no requieren autorización de acuerdo con el modelo de contratación del prestador, el

El Usuario puede acceder presentando solamente la orden médica y el prestador deberá realizar la consulta del estado administrativo del usuario en el momento de la prestación del servicio en el validador de usuarios.

Los servicios aprobados serán notificados por correo electrónico y mensaje de texto al usuario una vez sean expedidas las autorizaciones de acuerdo con el tiempo de respuesta para los servicios electivos prioritarios.

Consultar documento procedimiento: [Autorización de servicios no cubiertos por PBS para régimen Contributivo y subsidiado vía MIPRES](#)

6.3.3.5 Ordenamiento por Consulta Externa

Las radicaciones de órdenes médicas formuladas por profesionales de la salud que no pertenecen a la red prestadora de EPS Sanitas y aquellas que son emitidas por los médicos de Medicina Prepagada, no se les dará trámite, estos afiliados deben solicitar una cita con su Médico General de la UAP y debemos tener en cuenta los siguientes parámetros:

Si es usuario exclusivo de EPS Sanitas y posee una orden expedida por un Médico particular puede solicitar una cita en su Unidad de Atención Primaria asignada (UAP) a través de la web en la página de la EPS Sanitas www.epssanitas.com, o telefónicamente en el número 3759000 y asistir a una consulta de Medicina General en miras de establecer si la condición de salud del afiliado y lo solicitado por el profesional, es primordial para su diagnóstico y tratamiento, con esto el generará las órdenes médicas necesarias para el manejo de su patología y estaremos dando cumplimiento a la normatividad y al modelo de la EPS.

Para los usuarios cruce que tienen libre elección de UAP, pueden solicitar la cita con Medicina General bajo los parámetros anteriormente mencionados con el fin de cumplir modelo, estas consultas no requieren de autorización por lo tanto se pueden solicitar a través de la web en la página de la EPS Sanitas www.epssanitas.com, o telefónicamente en el número 3759000.

6.3.3.6 Medicamentos

Las órdenes médicas para autorización de medicamentos se harán efectivas para todos los usuarios de EPS Sanitas cuando sean solicitadas por instituciones de red o fuera de red habilitadas para la atención de urgencias, entendiéndose que no se recibirán aquellas que sean generadas por Médicos particulares, pólizas o servicios de atención médica domiciliaria que NO esté incluida dentro de la red adscrita.

- Para los usuarios cruce se dará cobertura a los medicamentos que por el tipo de contrato excluya la entrega de los mismos aplicando el derecho a la complementariedad, pero es importante no generar autorizaciones para:
- Pacientes con egreso hospitalario o quirúrgico a los cuales Colsanitas les da cobertura por 15 días hábiles.
- Los planes colectivos especiales con este beneficio como los contratos modulares quienes tienen incluidos los medicamentos.

Nota: Es de aclarar que los usuarios afiliados a otras Prepagadas no tendrán cobertura de Complementariedad.

El acceso a Tecnologías en Salud (Medicamentos y Dispositivos Médicos) se encuentra mediada, en el aseguramiento, por al menos los siguientes elementos: Comercialización y distribución, prescripción, autorización, dispensación, servicio.

Desde el ámbito ambulatorio la EPS Sanitas en la actualidad tiene una alianza estratégica con un Operador Logístico de Medicamentos que dispone de una amplia red de droguerías a nivel nacional a través del cual garantiza el acceso a Medicamentos y Dispositivos Médicos a través de una serie de procesos estandarizados que están regidos por Acuerdos de Servicio de carácter técnico y operativo que garantice el cumplimiento del proceso; estos acuerdos se encuentran fundamentados en el cumplimiento de aspectos normativos, criterios técnicos y necesidades operativas. La estandarización

de la entrega física de medicamentos, insumos y dispositivos, debe conllevar a ser un proceso ser ágil, eficiente y seguro que permita además su seguimiento y medición.

6.3.4 Autorizaciones en el modelo programado ambulatorio (servicios electivos)

Cuando el usuario requiere atenciones ambulatorias programadas se presentará en la Red Prestadora para acceder al servicio, y de acuerdo con lo definido en el modelo contractual se pueden aplicar uno o varios modelos para el trámite de autorizaciones, y requerirá o no volante de autorización para la prestación del servicio:

Consultar documento procedimiento: [Autorización de servicios médicos electivos ambulatorios cubiertos por PBS.](#)

Previo acuerdo entre la Red Prestadora y E.P.S Sanitas, los servicios que, en términos generales, se tienen definidos que no requieren de autorización para la prestación:

- Servicios que presta el nivel básico de atención.
- Servicios definidos como de acceso directo: Consulta médica general, citología Cervicouterina, consulta de optometría, prueba de embarazo cualitativa.
- Servicios que hacen parte de convenios por modelos diferentes al evento: modelos de riesgo compartido, capitación, pago global prospectivo. En estos casos la población asignada no requerirá volante de autorización para el acceso al servicio.

Para acceder a la prestación del servicio, el usuario debe presentar como soporte los siguientes documentos:

1. Orden Médica vigente.
2. Documento de identificación.

El prestador que brinda el servicio, debe confirmar el estado del contrato a través del aplicativo “validador de usuarios”; una vez confirmado proceda a:

- **Afiliado habilitado:** Brinde el servicio previo recaudo del pago moderador correspondiente, cuando aplica.
- **Afiliado no habilitado:** Indagar con el afiliado el motivo de la novedad si la conoce, de lo contrario solicitar información al Asegurador sobre la novedad comunicándose a la línea 4867000 opción 2, mediante la cual la llamada será derivada a un Asesor para validación Aplica para todos los servicios que no se encuentran en lo descrito en el ítem anterior. Para acceder a la prestación del servicio, el usuario debe presentar como soporte los siguientes documentos:

1. Orden Médica vigente.
2. Documento de identificación.
3. Volante de autorización físico o número de autorización.

El prestador que brinda el servicio, debe confirmar el estado del contrato a través del aplicativo “validador de usuarios” Una vez confirmado proceda a:

- **Afiliado habilitado:** Brinde el servicio previo recaudo del pago moderador correspondiente, cuando aplica.

- **Afiliado no habilitado:** Indagar con el afiliado el motivo de la novedad si la conoce, de lo contrario solicitar información al Asegurador sobre la novedad comunicándose a la línea 4867000 opción 2, mediante la cual la llamada será derivada a un Asesor para validación.

6.3.4.1 Solicitud de servicios no cubiertos por el plan de beneficios – tecnologías no PBS

Para el trámite de servicios no cubiertos por el plan de beneficios la prescripción deberá realizarla el médico tratante de la Red Prestadora a través de la plataforma MIPRES, ingresando los datos requeridos bien como profesional Independiente o como médico adscrito a una Institución.

El profesional tratante deberá tener en cuenta las siguientes recomendaciones a la hora de realizar una prescripción:

- Cuando requiere como parte del tratamiento, ordenar un medicamento NO PBS debe ingresar a MIPRES y
- Al realizar el diligenciamiento del formulario, los datos consignados por él no serán modificables por el asegurador.

En un mismo formulario puede ingresar más de una prescripción, independientemente de que se trate de tecnologías de diferente grupo: Medicamentos, Insumos, Servicios complementarios, suplementos nutricionales, medicamentos de la lista UNIRS (Usos No Indicados en el Registro Sanitario).

Se debe prestar atención durante el proceso de prescripción y asegurar que:

- Prescribe el medicamento correcto/presentación correcta/forma farmacéutica correcta/dosis correcta/intervalo entre dosis correcto/tiempo y duración de tratamiento correcta.
- Prescribe el procedimiento que requiere usando la codificación CUPS.
- Tiene en cuenta la integralidad en el ordenamiento de suministros para servicios no cubiertos.
- Prescribe el insumo requerido de acuerdo con las tablas de referencia de Insumos del Ministerio de Salud.
- Cuando prescribe servicios complementarios, suplementos nutricionales o medicamentos del listado UNIRS realiza o asegura la junta de profesionales de acuerdo con lo dispuesto en la Resolución 1885 y complementarias.
- Diligenciar de manera completa y consistente el formato de contingencia en los casos que prevé la resolución: Caída del fluido eléctrico/caída de la plataforma/fallas internet/afiliado no se encuentra en BD.
- Remitir a la EPS el formato de contingencia dentro de las 24 horas siguientes a la ocurrencia del evento por la dirección definida para este fin: <http://sanitas.portalsif.co/transcripción>
- Corregir las prescripciones en las cuales se encuentren errores en el diligenciamiento de los formatos.
- Tramitar los casos que requieren junta y remitir las actas de Junta de profesionales una vez realizadas: <http://sanitas.portalsif.co/junta>
- Gestionar por la vía indicada los servicios no incluidos en el plan de beneficios incluso a usuarios de tutela, siempre y cuando se encuentren dentro de las tablas de referencia de MIPRES.
- Si existe alguna tecnología requerida no incluida que se requiera solicitar la inclusión por intermedio de las sociedades científicas.

La EPS descarga a través del Token asignado por el Ministerio, las solicitudes realizadas por los médicos tratantes cada 2 horas y dará trámite a cada solicitud según lo descrito en el procedimiento. De

acuerdo con lo definido en la norma, La E.P.S realizará las validaciones administrativas a que haya lugar:

El usuario es de E.P.S Sanitas y se encuentra en estado Habilitado.

- Válida si se trata de un usuario de tutela.
- Verifica si tiene póliza de medicina prepagada que den cobertura a los servicios solicitados.
- Si tiene un plan complementario que ampare los servicios solicitados por MIPRES.
- Ingresa los servicios de acuerdo con los códigos pactados entre prestador y asegurador tanto para medicamentos como para otros servicios.

Se verifica si es una prestación única o sucesiva y genera las autorizaciones de única entrega y entregas posteriores en máximo 2 días calendario posteriores a la solicitud, y remite mensaje de texto al afiliado confirmando prestador y número de orden de servicios.

6.3.4.2 Autorización de servicios cíclicos

Los afiliados pueden utilizar los diferentes canales establecidos por la E.P.S para radicar las solicitudes de prestaciones que el médico prescriba como crónicas, ya sea porque el usuario debe mantenerlas por un tiempo prolongado o porque necesita medicamentos, insumos o prestaciones formuladas por tiempo indefinido, como los pacientes con patologías que requieren programas de rehabilitación que incluyen terapias físicas, ocupacionales, respiratorias, fonoaudiológicas etc. en donde se solicitan varias sesiones a la semana. por más de 2 meses se deben generar a través de autorizaciones periódicas, garantizando que el afiliado obtenga en una sola radicación la totalidad de sus autorizaciones para la reclamación de los mismos por el periodo de tiempo que le haya prescrito el médico tratante y en los tiempos establecidos por la E.P.S para la reclamación con el prestador logístico definido.

Las prestaciones como quimioterapias y radioterapias son tratamientos en donde la aprobación de autorizaciones cíclicas puede garantizar la aplicación para los ciclos formulados por el médico tratante de acuerdo a la periodicidad del ciclo y en el caso de las quimioterapias la autorización por periódicas de los medicamentos utilizados para la misma.

6.3.5 Referencia y contrarreferencia ambulatoria

Se refiere a la gestión de las órdenes médicas emitidas en las atenciones realizadas a los usuarios y que deben viajar a través de las redes de prestación del componente primario y/o complementario de prestación garantizando la continuidad del servicio, para lo cual EPS Sanitas ha trabajado en herramientas tecnológicas que faciliten y garanticen el intercambio de información, brindando al médico el registro de la atención en la Historia Clínica propia de la institución que se encuentra conectada en red con el sistema autorizador de la EPS, de esta manera los servicios que se deriven de la consulta o remisiones, son entregados de manera directa por el profesional sin necesidad de realizar visitas adicionales a las oficinas para transcripción de órdenes Tener en cuenta que cada orden de servicio es una remisión.

Los servicios que no requieren autorización como requisito para la prestación son notificados al usuario mediante mensaje de texto en el cual se le informan los datos de servicio, IPS de direccionamiento y los datos de dirección y teléfono para solicitud de cita; aquellos que por su costo o nivel de complejidad requieren aprobación por un profesional de la salud son gestionados y aprobados, garantizando la

prestación dentro de los tiempos oportunos y la notificación vía mensaje de texto y/o correo electrónico al afiliado.

Consultar documento procedimiento: [Referencia y contrarreferencia ambulatoria.](#)

6.3.6 Autorización de servicios ordenados por fallos de tutela

Las solicitudes de autorización de servicios y prestaciones médicas que realizan los afiliados a EPS Sanitas que cuentan con un fallo de tutela a favor son tramitadas en el modelo Back Office en la central de autorizaciones, donde se busca asegurar la respuesta oportuna y suministro efectivo dando cumplimiento a las políticas institucionales y la normatividad vigente.

El procedimiento detallado para la autorización de servicios médicos para usuarios con fallos de tutela a favor en EPS Sanitas, está descrito con detalle en el procedimiento de autorización de servicios vía tutela SANITAS validará según lo establecido en los procesos internos que los servicios solicitados para el usuario estén cubiertos por el fallo de tutela. Para ello tendrá en cuenta:

- Documento de identidad del usuario
- Orden médica de la prestación, medicamento o insumo vigente, cumpliendo con lo establecido en la legislación colombiana vigente.
- Fallo de tutela.
- Debe tenerse en cuenta el estado de la afiliación del usuario, para toda autorización ligada a un fallo de tutela, el sistema no debe restringir la autorización.

En caso que no se cuente con toda la información y/o soportes para gestionar la Tutela, se gestiona con el afiliado la consecución de los documentos soporte. Toda autorización expedida de carácter mensual para medicamentos o insumos se aprueba por un período de 30 días.

Las tecnologías NO PBS deben ser prescritas a través de MIPRES – módulo de prescripción regular, incluso aquellos que se ordenan con cargo a un fallo de tutela. Todo servicio existente en MIPRES módulo de prescriptor debe ser prescrito por este aplicativo. Los servicios no codificados en este módulo y que constituyen exclusiones no financiadas por el sistema se encuentran detalladas en el módulo de tutelas de MIPRES que debe ser administrado Por el asegurador, en este módulo se ingresarán las tecnologías en salud tales como:

- Sillas de Ruedas, elementos cosméticos, cuidadores, alojamiento y transporte, terapias especiales (tipo terapias con animales, terapia *Vojita*, acompañamiento terapéutico, entre otras), siempre y cuando se cuente con tutela puntual para este efecto.
- Los servicios que requieren junta (complementarios, nutricionales y UNIRS) ordenados a usuarios que tienen tutela que los ampare, pueden ser prescritos por el módulo de tutela sin necesidad de esperar junta.
- Cuando se soliciten medicamentos del listado UNIRS, siempre será requerido remitir el consentimiento informado.

Si el usuario tiene tutela, pero esta no le da cobertura para el servicio que requiere junta, se deberá:

Los servicios que no se encuentran codificados en las tablas de MIPRES ni para prescripción regular, ni para tutelas, no pueden ser ingresados en MIPRES, por lo tanto, no pueden ser aprobados por EPS Sanitas. En el caso de una tutela taxativa para estas prestaciones se analizará el caso particular para dar cumplimiento al fallo, pero asegurar el procedimiento para el recobro.

6.3.7 Marca médica

La marca médica es un identificador parametrizable en el sistema de información de autorizaciones *Beyond Health* (BH), que se asigna a usuarios específicos de la población adscrita a EPS SANITAS pertenecientes a algún programa de protección específica, seguimiento individual, o a un segmento de población que requiere manejo diferencial en términos de oportunidad de autorizaciones, cobros moderadores o copagos, y que busca minimizar barreras de acceso en los procesos de prestación de servicios en salud.

En lo referente a los programas de promoción y prevención y poblaciones especiales, estas marcas médicas indicarán que el usuario está exonerado del cobro de copagos y cuotas moderadoras.

Los programas de Promoción y Prevención que están identificados con marcas médicas son:

- Gestantes
- Enfermedad renal crónica
- Asmaire - Asma
- Airepoc - EPOC
- Artritis Reumatoide

Cohortes de seguimiento individual son:

- En cuanto a la población priorizada la marca médica además de la exoneración de cobros moderadores, permite generar procesos con tiempos de autorización diferencial para este tipo de usuarios.
- Pacientes con diagnóstico confirmado de Cáncer.
- Pacientes con Discapacidad y Enfermedades Huérfanas.
- Cuidando mi vida – VIH
- Cuidados Paliativos
- Población LEY 1448 DE 2011 – EPS (anteriormente llamadas víctimas del conflicto armado).
- Mujeres víctimas de abuso sexual en el marco del conflicto armado.
- Usuarios beneficiarios del proyecto de gratuidad del SDS de Bogotá.
- Menor de edad exonerado bajo protección del ICBF, Ley 1438 de 2011 Art .19
- Víctimas de abuso sexual - Resolución 459 del 2012.
- Víctimas de Violencia intrafamiliar – Ley 1257 del 2008.
- Víctimas de quemaduras por agente químico –Circular externa 0008 del 2017.

Consulta documento [Guía de Marcas Médicas](#)

6.3.8 Incapacidades médicas

Debido a la situación de salud pública actual del país, hemos dispuesto nuestros canales virtuales para que puedas realizar el proceso del trámite de incapacidades y licencias de EPS Sanitas desde una modalidad virtual.

Para cotizantes dependientes el trámite debe realizarse por parte del empleador a través de www.epssanitas.com, sección [oficina virtual empleadores](#) y seguir las instrucciones para la radicación. La empresa debe estar registrada previamente, en caso de no estarlo seguir el procedimiento indicado por el sistema al momento de la solicitud de activación de cuenta.

Si estás inscrito y presentas algún inconveniente con el acceso, podrás informarnos al correo electrónico ofvirtualempresas@epssanitas.com y daremos respuesta a tu solicitud.

Cuando el trámite de radicación se haya efectuado a través de la oficina virtual, el resultado no se enviará por correo, se podrá consultar directamente en la Oficina Virtual.

Para los cotizantes independientes el proceso de trámite es el siguiente:

- Diligenciar completamente en Excel la **Planilla de radicación de incapacidades y licencias**, relacionando de forma individual los datos de la incapacidad o licencia a radicar.
- Cada incapacidad o licencia que se relacione en la planilla deberá ser diligenciada legiblemente y digitalizada en formato PDF. (En caso de no contar con facilidad de acceso a un escáner, se permitirá en formato imagen o foto legible, lo cual queda sujeto a validación interna y los tiempos de respuesta pueden aumentar).
- La planilla en Excel y las incapacidades o licencias escaneadas (o en formato imagen) deben enviarse al correo electrónico radicacion@colsanitas.com
- En el asunto del correo deben registrar lo siguiente: Radicación de incapacidad o licencia - Nombres, apellidos del afiliado, tipo y número de documento. (Ej. Radicación de incapacidad - Camila Cortes López CC. 1019895200)
- Cada incapacidad o licencia debe enviarse con todos los soportes que correspondan. (consulta los requisitos en esta sección incapacidades y licencias)
- El afiliado independiente recibirá respuesta vía correo electrónico pasados 15 días hábiles a partir de la fecha de envío del mismo, se le informará sobre el resultado de aprobación o rechazo en el correo que haya registrado en la planilla de radicación de incapacidades.
 - Diligencia el "**Formato de Abono en Cuenta Bancaria.**"
 - Requisitos para la radicación del Formato Abono en Cuenta Bancaria:
 - Formato original.
 - Diligencia totalmente sin enmendaduras ni tachones.
 - Registra en el campo de correo electrónico: el correo electrónico que reportan en la planilla PILA.
 - Debe estar firmado por el Representante Legal (Persona Jurídica) o Titular Contrato (Persona Natural).
 - Para personas naturales adjunta fotocopia de la cédula de ciudadanía y para las personas jurídicas fotocopia de la cédula de ciudadanía del representante legal.
 - Adjunta certificación de la cuenta bancaria original, emitida por la respectiva Entidad Financiera, con fecha de vigencia de 30 días. Las certificaciones bancarias descargadas por el portal web de cada banco si son aceptadas para el trámite; estas deben contener firma digitalizada; las únicas certificaciones que no son válidas son las que son impresas por el funcionario en oficina donde se evidencia que el sello es fotocopia.
 - Para Persona Jurídica, adjunta Certificado de Constitución y Gerencia original, no mayor a 30 días de expedición y el RUT. Las empresas sin ánimo de lucro y/o fundaciones deben adjuntar certificado de representación legal donde se evidencie la firma del representante legal.
 - La cuenta bancaria que autorice el afiliado debe estar a nombre propio, no puede ser cuenta compartida.
 - Radica el formato diligenciado junto con los soportes y entrégalo en las oficinas que cuenten con asesoría al afiliado a nivel nacional.
 - Nota: La información se presenta por una única vez o cuando presenten alguna novedad.

- Para el caso de las personas naturales sin cuenta bancaria, el pago se realizará a través de Giro Empresarial (Pago por ventanilla en banco de Bogotá).

Consultar el documento [Procedimiento auditoría de incapacidades](#)

6.3.9 Acceso a medicamentos y dispositivos médicos

El proceso de acceso a medicamento se encuentra descrito en el flujograma descrito en los anexos en el cual intervienen, en términos generales cinco áreas para los momentos de prescripción, autorización y dispensación.

El proceso inicia con la prescripción de medicamentos y/o dispositivos médicos ya sea en los centros médicos propios de la EPS Sanitas o a través de la red de prestadores externos contratados para garantizar la atención médica y finaliza con la dispensación completa y oportuna de las Tecnologías en Salud por parte del Operador Logístico de Medicamentos de acuerdo con los criterios de calidad y farmacovigilancia acordados con la EPS.

6.3.9.1 Prescripción

Esta se realiza por parte de los profesionales autorizados en el País para esta actividad (médicos, nutricionistas, odontólogos) de acuerdo con los criterios definidos en el Decreto 2200/2005, los lineamientos científicos definidos por las Guías de Práctica Clínica (GPC) del MSPS y las Vías Clínicas de la EPS. En la actualidad la EPS Sanitas cuenta con un robusto Software de prescripción (Avicena) el cual se viene promoviendo también en la red de prestadores Externa contratada.

- Prescripción por Avicena: Las órdenes médicas emitidas por este Software no requieren autorización para los medicamentos denominados Nivel Básico (alta rotación-bajo costo) que corresponden al 75% del PBS. Para los medicamentos de Alto Costo y/o Administración Supervisada (25%) se requiere que el Afiliado acceda a cualquiera de los canales presenciales o no presenciales dispuestos por EPS Sanitas para gestionar el proceso de autorización. Los medicamentos prescritos por Avicena y que no sean de Alto Costo/Administración Supervisada serán dispensados directamente en la red de farmacias del Operador Logístico.
- Prescripción por otros Software: Las órdenes médicas emitidas por Software diferentes a Avicena deben surtir un proceso de autorización para todos los medicamentos y Dispositivos Médicos.

6.3.9.2 Autorización

El trámite de autorización de medicamentos y dispositivos médicos prescritos por la red externa y/o de alto costo, se realiza a través de los diferentes canales presenciales y no presenciales. La primera validación que se realiza es la verificación de la disponibilidad del medicamento en el informe de novedades. Si el medicamento o dispositivo médico presenta desabastecimiento y requiere un proceso de reformulación para definición de un abordaje farmacoterapéutico alternativo. La siguiente validación se realiza de acuerdo al nivel de autorización designado para los medicamentos y dispositivos médicos de la siguiente forma:

- **Nivel básico:** Este tipo de autorizaciones se genera para medicamentos y/o dispositivos médicos de alta rotación (75% del PBS) que son prescritos por la red externa que no utiliza Avicena y son generadas por un funcionario de nivel técnico. Una vez autorizado el afiliado

puede dirigirse a la Droguería para acceder a la dispensación de los mismos, sin ningún trámite adicional.

- **Nivel Superior:** Estas autorizaciones corresponden a medicamentos de Alto Costo y/o Administración Supervisada (25% del PBS) y que por sus características se requiere la validación de un funcionario de nivel profesional quien en primer lugar valida la completitud y calidad de la prescripción, la pertinencia del diagnóstico asociado en función de las indicaciones INVIMA o UNIRS.
- **Autorización de marcas comerciales:** De acuerdo con la normatividad vigente las prescripciones de medicamentos deben realizarse en Denominación Común Internacional (DCI), sin embargo, si en la fórmula indica una marca comercial específica debe venir adjunto el formato de Fallo Terapéutico diligenciado como requisito indispensable para su verificación. Los fallos terapéuticos son verificados técnicamente por un Químico Farmacéuticos quien valida la justificación clínica de cada caso y determina de acuerdo a ello, si es pertinente el uso de dicha marca comercial. La autorización se generará de acuerdo con la definición técnica del profesional.
- **Medicamentos en seguimiento por cohortes:** De acuerdo con las políticas de seguimiento a cohortes que vaya definiendo EPS Sanitas, se definirá un grupo de medicamentos o Dispositivos Médicos que estarán sujetos a la verificación clínica de pertinencia por parte de un médico de la cohorte determinada por lo cual se establecerá la necesidad de soportes como Historia Clínica, apoyos diagnósticos, etc.,. El objetivo de este control es garantizar el adecuado escalonamiento terapéutico en función de las GPC y Vías Clínicas. La autorización se generará de acuerdo con la definición técnica del profesional.

6.3.9.3 Dispensación

El proceso de dispensación se encuentra a cargo del Operador Logísticos de Medicamentos de acuerdo con los Acuerdos de Nivel de Servicio establecidos, la consulta de fuentes e información tanto de EPS Sanitas como las propias del Operador y la verificación de consistencia en la prescripción/autorización de acuerdo a los criterios de farmacovigilancia y seguridad del paciente. La gestión de dispensación completa, informada y oportuna de los medicamentos se rige de acuerdo con la Resolución 1604/2013 y genera los registros y soportes para su trazabilidad respectiva.

7 INTEROPERABILIDAD

Es el proyecto tecnológico que viene desarrollando EPS Sanitas, que busca recolectar la información de unas variables específicas de las historias clínicas de la red de prestadores, quienes pueden compartir la información de manera asíncrona, desde un servicio web, sin necesidad de cambiar de software o aplicación de historias clínicas.

Los datos que se comparten están agrupados por tipos de variables relacionadas con: Fechas atención, datos IPS, datos del afiliado, datos servicio practicado, datos del servicio ordenado, antecedentes, mediciones generales, observaciones de las atenciones, plan de manejo, prestaciones económicas, diagnósticos, ordenamiento de medicamentos y datos egreso, entre otros.

Los servicios cuyos datos se interoperan están disponibles por capacidades o tipos de atención de la siguiente manera: Consulta externa, atención urgencias, atención hospitalaria, cirugía ambulatoria, apoyo diagnóstico, apoyo terapéutico, cita médica y cancelar cita médica.

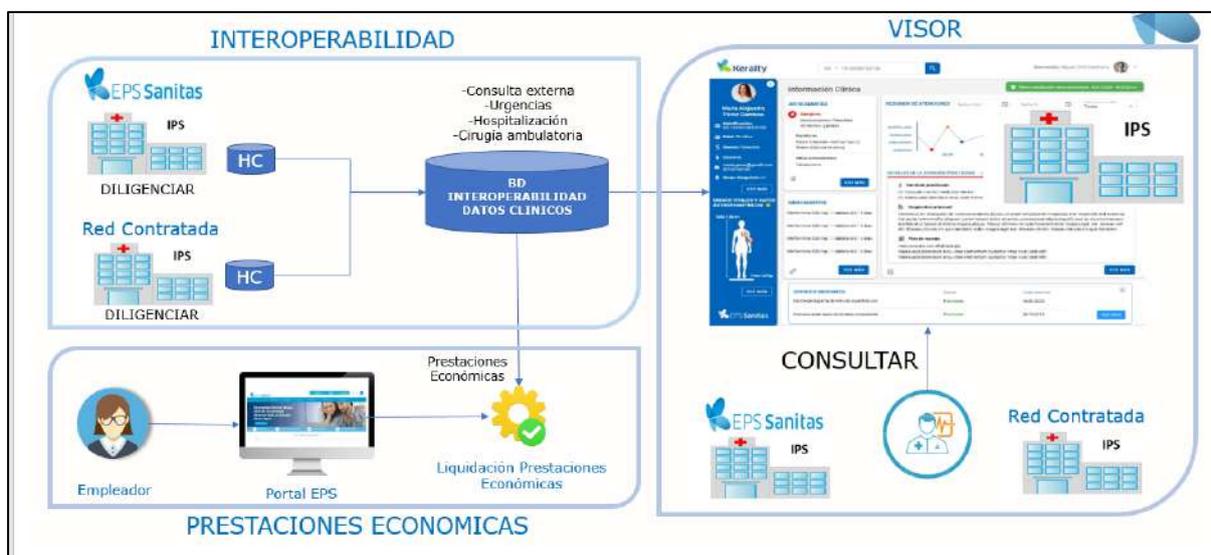
La EPS tiene un servicio web disponible y en uso para ofrecer a la red de prestadores. En principio se integraron al proyecto las aplicaciones Keralty las cuales son: **Avicena** (Unidades de atención primaria), **Sophia** (Clínicas de infraestructura propia) y **Xoma** (Unidades odontológicas de infraestructura).

Actualmente se tienen integradas y en curso entidades de la red contratada que han desarrollado sus servicios web para interoperar.

Una vez desplegada totalmente la estrategia, la red de prestadores que desee podrán integrarse al proyecto. El procedimiento para llevar a cabo la interoperabilidad incluye presentación del proyecto, entrega de documentación técnica, sesiones de aclaración de dudas, decisión de la entidad prestadora (IOPS o clínicas) de invertir y desarrollar el proyecto, concertación de cronograma de trabajo, elaboración casos de pruebas, fases de pruebas de conectividad, técnicas, así como funcionales, corrección de incidencias, salidas a producción y seguimientos.

A continuación, se presenta un diagrama de la operación básica del proyecto interoperabilidad de datos clínicos.

Gráfica 14. Estructura de la interoperabilidad en EPS Sanitas



Fuente: Elaboración propia, Gerencia de Red de Prestadores. 2022

La información que es transmitida desde las IPS al servidor de la EPS, posteriormente es expuesta en la herramienta visor de datos clínicos.

7.1 VISOR DE DATOS CLINICOS

Herramienta tecnológica desarrollada por EPS Sanitas para que los profesionales de la salud de la red de prestadores consulten los datos de las historias clínicas de los datos que se encuentran consignados en la base de datos de interoperabilidad, es decir los detalles de atención de la red de prestadores que viene interoperando.

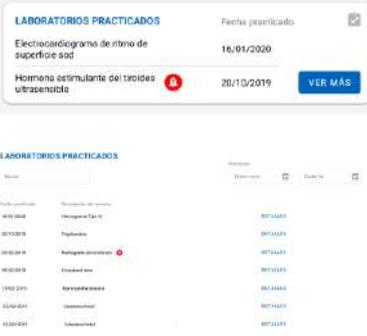
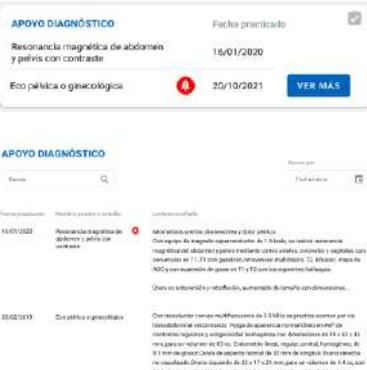
Las entidades de la red lo pueden usar a través del portal de prestadores o de un proyecto de embebido que se puede hacer de manera coordinada con tecnología de la EPS. Los datos que se exponen están agrupados en CARD de acuerdo con un orden relacionado con el proceso de atención clínica, para ser consultados de manera individual por afiliado, así:

Tabla 6. CARD. Proceso de atención clínica, EPS Sanitas

CARD	DESCRIPCION	IMAGEN
PAGINA PRINCIPAL	Exposición de la totalidad de card disponibles en el	

MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD. EPS SANITAS. VO. 2022

CARD	DESCRIPCION	IMAGEN
	visor con la información inicial	
DATOS AFILIADO DEL	Datos relacionados con la identidad y contacto del afiliado que se está consultando	
SIGNOS VITALES Y DATOS ANTROPOMETRICOS	Mediciones generales que se registran en las atenciones, muestra última medición y tendencia cronológica	
RESUMEN DE ATENCIONES DE	Se encuentran las atenciones recibidas por el paciente en los ámbitos: ambulatorio, hospitalario, domiciliario y urgencias, ordenado cronológicamente	
DETALLE DE LA ATENCIÓN PRACTICADA	Muestra la información de servicios prestados, diagnósticos y plan de manejo, entre otros. También se pueden revisar las licencias e incapacidades y servicios ordenados	
ANTECEDENTES	En esta card están los tres últimos registros	
MEDICAMENTOS	Muestra los últimos fármacos que se prescribieron, con su principio genérico, fecha de prescripción, concentración, posología y duración del tratamiento	

CARD	DESCRIPCION	IMAGEN
LABORATORIOS PRACTICADOS	Reporta los últimos estudios, en ver detalles se encuentra la fecha en que fue practicado, descripción del servicio, resultado y una campana roja que mostrará los resultados anormales. En Detalles se encuentra más información.	
APOYO DIAGNÓSTICO	En la card se muestra nombre del estudio, fecha y una campana roja en caso de encontrarse un hallazgo patológico, al dar ver más se muestra lectura del resultado y algunas imágenes.	

Fuente: Elaboración propia, Gerencia de Red de Prestadores. 2022

8 CICLO DE ATENCIÓN DEL AFILIADO

La atención primaria de los pacientes debe estar basada según normatividad en unos estándares específicos que nos permitan cumplir con todo el ciclo de atención desde que el paciente ingresa al servicio hasta que se articula con la red complementaria en caso de que se requiera o que continúe en la ruta correspondiente de mantenimiento de la salud.

Gráfica 15. Ciclo de atención del afiliado de EPS Sanitas en el ámbito de la APS



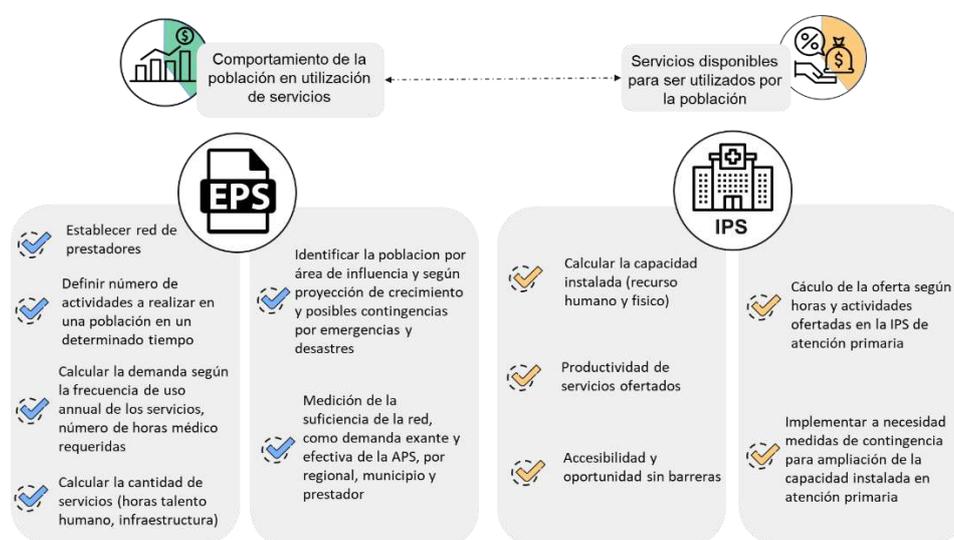
Fuente: Elaboración propia, basado en la resolución 1328, 2021. Gerencia Red de Prestadores. 2022

9 ARTICULACIÓN DEL MODELO

9.1 INTEGRACIÓN DE LA RED

La integración de la red en el modelo de Atención Primaria comprende la integralidad de las acciones bajo la línea de proceso establecido entre el acceso a los servicios, la prestación y seguimiento de las actividades realizadas por cada prestador contratado y que está bajo la red de la EPS. Lo que define la forma como se alinean las instituciones, los servicios de puerta de entrada al sistema y el mecanismo de acceso a los niveles de mayor complejidad toda vez que el usuario así lo requiera, con las políticas de servicio y atención en EPS Sanitas, propendiendo por un uso adecuado de los recursos bajo un nivel de racionalidad y manteniendo la salud de los afiliados.

Gráfica 16. Modelo de integración asegurador/prestador



Fuente: Elaboración propia

Los afiliados a EPS Sanitas tendrán una unidad de atención de primer nivel en cada uno de los 107 municipios autorizados para la EPS, en los cuales podrán contar con servicios de Medicina General, Odontología, Pediatría, Ginecología y Medicina interna o Familiar, de acuerdo a la negociación del acuerdo de voluntades realizado con anterioridad con cada uno de los prestadores de manera particular, así mismo con actividades de Promoción y Prevención, seguimiento a programas de Cronicidad, todo esto apoyado por actividades Diagnósticas que permitan la definición del estado de salud de los afiliados, así como la remisión a los siguientes niveles de atención para su atención complementaria.

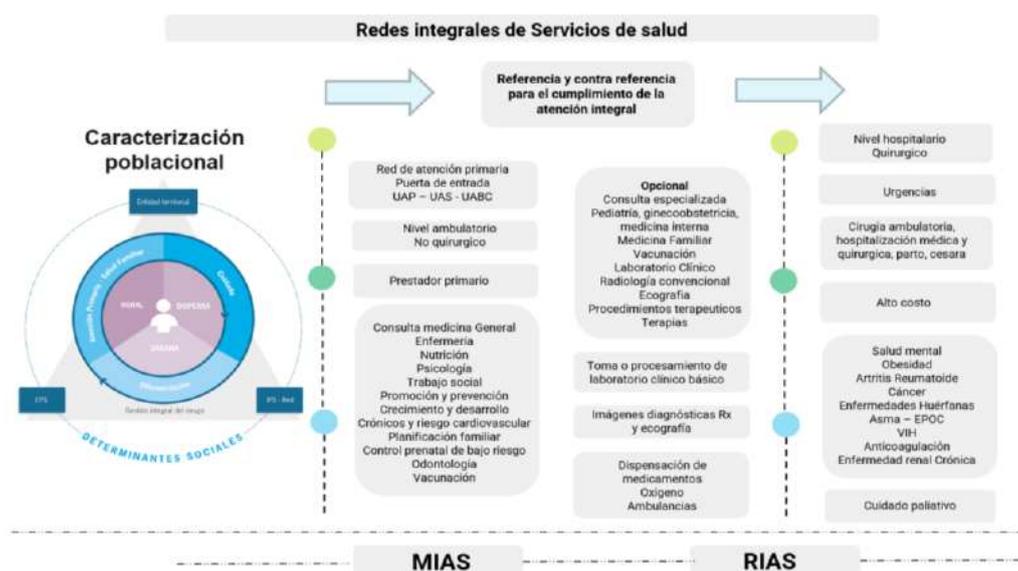
Cuando las condiciones de los afiliados ameriten una prestación de mayor complejidad se debe hacer a través de la red de servicios con la que cuente en el municipio autorizado para la EPS Sanitas y pueda hacer presencia bajo los modelos de servicio definidos para cada una de las actividades; esto se realizará bajo los estándares establecidos en el "Proceso de referencia y contrarreferencia", bien sea mediante remisión o interconsulta. Todo esto permite que la orientación a la Integración de la red genere un esquema de atención integral que supla las necesidades o el mantenimiento de la salud a los afiliados de EPS Sanitas, sin importar si se encuentran en ciudades, municipios intermedios o municipios apartados.

La integración de la red tiene como base lo definido en el Modelo Integral de Atención en salud (MIAS) y las Rutas Integradas de Atención en Salud (RIAS) y la caracterización poblacional según la ubicación geográfica de los pacientes que definirá la oferta de servicios que se tenga en cada municipio o ciudad. La organización en el direccionamiento establece un orden de prioridad a la red de prestadores que permita orientar la prestación de servicios de salud, hacia aquellas IPS con mejor comportamiento en términos de accesibilidad, oportunidad, capacidad y costo-efectividad.

9.2 ESTRUCTURA DE LA INTEGRACIÓN

A continuación, se describe en la gráfica la forma como el modelo de atención primaria se integra a la red de atención de la EPS estableciendo de forma organizada los niveles de servicio y los sistemas de derivación dentro de la red asistencial y de acuerdo al territorio de localización de los usuarios.

Gráfica 17. Elementos identificados por el Registro Especial de Prestadores



Fuente: Elaboración propia, 2022

En la estructura que define la integración de la red se clasifican los prestadores que la conforman en dos niveles, primario y complementario, soportando este último la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud, sobre la caracterización de la población afiliada y el territorio que la conforma. Sobre estos dos aspectos se inicia la estructura de integración con el fin de generar acciones dirigidas a la identificación oportuna de factores de riesgo y para su posterior gestión.

Una vez se logra establecer un convenio de servicios, EPS SANITAS establece una relación de alianza conjunta y articulada con la red prestadora, de este modo se dará de forma continua capacitación que permita la correcta adherencia en los procesos administrativos, asistenciales y normativos que confluya en flujos de atención exitosos para nuestros afiliados. Para la red de nueva adscripción se generará un espacio de capacitación una vez al mes donde se reunirán los prestadores que han ingresado y se dará a conocer los procesos, acuerdos de servicio y personal de contacto, los procesos sobre los cuales se emitirá esta capacitación son:

- Proceso de Contratación
- Proceso de Autorizaciones

- Proceso de Cuentas Medicas
- Sistemas de Información:
 - SIGIRES
 - Validador de usuarios
 - AVICENA
 - Bukeala
 - Interoperabilidad
- Rutas de atención
- Proceso de liquidación

Gráfica 18. Mecanismo de derivación a las RIAS y grupos de riesgo



Fuente: Elaboración propia, 2022

9.2.1 Estructura en las zonas rurales

Para Atención Primaria se contratará con la red ubicada en la zona bajo un modelo de capitación que permita la gestión del riesgo de la población, de igual forma contará con servicios complementarios de primer nivel para diagnósticos radiológicos, tendrá consultas de apoyo de tres especialidades (Pediatría, Ginecología y Medicina Interna); por su parte el laboratorio Clínico será asumido dentro del modelo de contratación con el fin de integrar la gestión del riesgo y alinear la racionalidad de los recursos.

10 TALENTO HUMANO

El talento humano requerido debe calcularse según la población asignada al prestador (con la caracterización) y según la nota técnica que contiene la frecuencia y probabilidad de uso de los servicios. Los profesionales deben contar con los requisitos básicos para realizar la atención en salud como documentación, competencias e inscripción en el RETHUS y promover la educación continuada y su actualización científica permanente.

11 SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE PROCESOS

El seguimiento y evaluación de procesos se realizará en base a lo consignado en el documento de “Modelo de evaluación de red de prestadores” el cual tiene como objetivo monitorear sistemáticamente el cumplimiento de los atributos de calidad en la red de prestadores de la EPS Sanitas, que permita identificar su desempeño, para fomentar la cultura de calidad, seguridad, mejoramiento continuo institucional, así como, promover el uso eficiente de los recursos, efectividad durante el ciclo de atención, resultados en salud y satisfacción del usuario.

Es importante resaltar que todo prestador de servicios nuevo debe pasar por un proceso de evaluación precontractual y serán priorizados de acuerdo al riesgo, costo y volumen. Una vez adscritos se deben notificar a seguridad del paciente para que inicie su proceso de seguimiento y evaluación de calidad según los indicadores y herramientas que plantea nuestro modelo el cual está basado en la normatividad vigente y que tiene un proceso de actualización de contenidos cada 3 años o cuando se requiera.

Periódicamente se realizará comité de evaluación de la calidad de los prestadores de servicios en los cuales se socializarán los resultados obtenidos en los cuales se deberá tener representación central, regional, local y de los prestadores. Las pautas de evaluación deberán paulatinamente irse actualizando en los acuerdos de servicios con los prestadores y están definidas por el modelo de evaluación de acuerdo a los servicios prestados y tipo de contrato que se tenga.

La evaluación se realiza con parámetros cualitativos y cuantitativos, según el desempeño obtenido en cada periodo evaluado por medio de visitas se realizará la intervención con los prestadores.

Gráfica 19. Puntajes de clasificación, seguimiento a prestadores APS

Puntaje clasificación visitas de seguimiento



Fuente: Elaboración propia, Dirección de Evaluación de la Red y Dirección de Auditoría de Calidad y Mejoramiento. 2022

Igualmente se realizará la medición del desempeño por medio del Ranking de Prestadores de APS el cual permite evaluar integralmente al prestador por medio de cuatro dimensiones que contienen indicadores que se alinean al cumplimiento de la cuádruple meta en salud y a la normatividad vigente exigida por el ministerio de salud.

Gráfica 20. Parámetros de evaluación, ranking de desempeño de prestadores APS

Indicadores de las dimensiones a evaluar



Fuente: Elaboración propia, Gerencia de Red de Prestadores. 2022

Es importante aclarar que para que este ranking se encuentre disponible para evaluación la entrega de la información debe ser oportuna, efectiva y eficaz y termina siendo un indicador relevante para el resultado que permitirá revisar el porcentaje de mejoramiento de cada prestador a nivel local, regional y nacional, lo que resultará en incentivos para aquellos que ocupen las mejores posiciones.

Gráfica 21. Ranking de desempeño de prestadores APS



Fecha Actualización: Datos de Enero - Marzo 2022

Fuentes: Reporte 1552, Reporte de Oportunidad en asignación de citas, Sigires, Modelo RIPS y Modelo Auditoria Médica Seguridad del Paciente EPS

Fuente: Elaboración propia, Gerencia de Red de Prestadores y Subgerencia de Planeación y Control. 2022

El despliegue del de este ranking de prestadores de APS se realizará en diferentes fases en donde cada dimensión tendrá un número diferente de indicadores hasta llegar al total de indicadores que permita evaluar de manera integral la prestación del servicio generando una serie de beneficios a aquellos que

se mantengan en el tiempo entre los primeros lugares, esto con el fin de motivar al mejoramiento continuo de los procesos.

Para la versión 1 de la herramienta tendremos un total de 20 indicadores repartidos en las 4 dimensiones y podremos observar el comportamiento a nivel nacional, regional, local, así como también el detalle del resultado de los indicadores de cada prestador, permitiendo hacer un ranking por dimensión, región, tipo de red y tipo de cápita contratada.

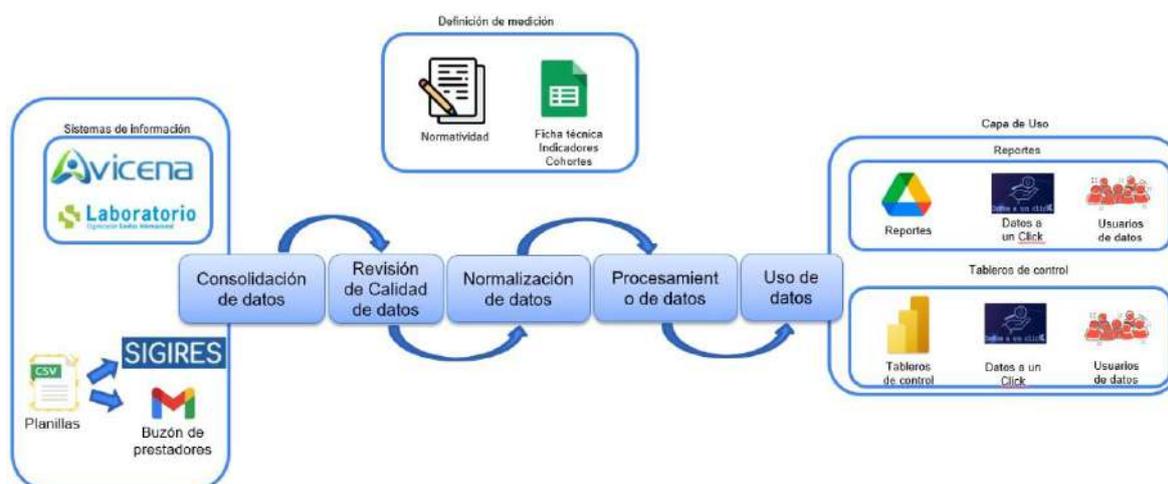
12 SISTEMAS DE INFORMACIÓN

EPS Sanitas cuenta con su propia historia clínica, la cual está disponible para la red habilitada y permite mejorar la coordinación entre las instituciones la asignación de red para el afiliado en el primer nivel, tanto medico como odontológico, autorizaciones en los servicios donde se requiere y una completa validación de datos de los afiliados en la plataforma dispuesta para dicho fin.

El objetivo de la consolidación de los datos es el de integrar las distintas variables para disponer modelos de visualización de información que favorezcan el análisis para la toma oportuna de decisiones.

Periódicamente o de acuerdo a necesidad se desarrollan procesos de tratamiento de datos, estos conllevan esfuerzos de definición, diseño y procesamiento, EPS cuenta con varios niveles de procesamiento de información que dan cuenta de los recursos disponibles y de la criticidad y complejidad de la información a entregar. Dichos modelos son incrementales, es decir van aumentando su capacidad de procesamiento derivado del volumen de datos, del afinamiento de procesos y de la migración al modelo de información de inteligencia de negocios.

Gráfica 22. Flujo de información, EPS Sanitas



Fuente: Elaboración propia, Subgerencia de Planeación y Control. 2022

Gráfica 23. Niveles de procesamiento de datos



Fuente: Elaboración propia, Subgerencia de Planeación y Control. 2022

En el marco de la administración de la información se establecen acuerdos de nivel de servicio con las áreas que producen los datos o a través del área de tecnología para que de igual manera sean suministrados; en el caso de contar con procesos sistemáticos que provean los datos de entrada se cuenta con el soporte del área de tecnología para consumir estos de manera directa (Aplica para herramienta de inteligencia de negocios). En el caso de datos provenientes de fuentes externas se consulta en fuentes oficiales del gobierno o se exige contractualmente su entrega a prestadores y proveedores según el marco normativo que regula este tipo de relaciones comerciales.

Además, se establece el modelo de gobierno para la administración de la información, con el cual se da garantía de la unicidad de criterios y definiciones para el procesamiento, así como de los accesos a la información disponible.

Gráfica 24. Modelo de gobierno para la administración de la información

1. Identificación de necesidades de información	2. Captura y Recolección de Datos	3. Consolidación y Almacenamiento
Vicepresidencias, Gerencias, Subgerencias, Entes de Control	<ul style="list-style-type: none"> - Analista de Planeación y Control (Técnico) - Gestor (Seguimiento a la consecución de datos) - Tecnología (Soporte a las aplicaciones) 	<ul style="list-style-type: none"> - Analista de Planeación y Control (Técnico) - Tecnología (Soporte a las aplicaciones)
4. Procesamiento / Análisis	5. Entrega / Autoconsumo / Recuperación	6. Retroalimentación y Mejora
<ul style="list-style-type: none"> - Analista de Planeación y Control (Técnico, Epidemiólogo, Financiero) - Tecnología (Soporte a las aplicaciones, diseño y construcción de visualización de BI, seguridad en la información) 	<ul style="list-style-type: none"> - Solicitante - Analista de Planeación y Control (Técnico) - Gestor (Seguimiento a la consecución de datos) 	<ul style="list-style-type: none"> - Vicepresidencias, Gerencias, Subgerencias, Entes de Control - Analista de Planeación y Control (Técnico) - Gestor (Identificación de mejoras)

Fuente: Elaboración propia, Subgerencia de Planeación y Control. 2022

12.1 REPORTE A TRAVÉS DE SIGIRES

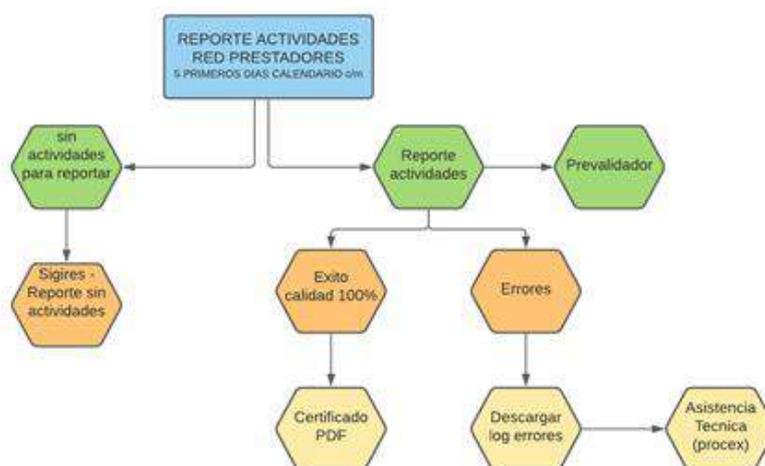
Una de las fuentes de captura de datos además de nuestro software de historia clínica es una plataforma que permite a cada prestador realizar los reportes de información según normatividad vigente.

SIGIRES es un sistema que fue diseñado inicialmente para el cargue y validación de la información correspondiente al anexo técnico de la resolución 4505 del 2012 emitido por el ministerio de salud y protección social, el cual ha evolucionado desde su creación y actualmente valida la información cargada a través de la resolución 202 de 2021 el cual permite la gestión integral de todo el proceso relacionado con la mencionada norma, desde la pre-validación de la información a cargar en la plataforma, hasta la consulta de informes, alertas e indicadores de gestión que le permiten a la entidad tomar decisiones frente a situaciones generales y particulares. Hoy el día el alcance del software se ha ampliado, permitiendo la integración de fuentes de información.

El software controla cada una de las etapas del proceso de generación de la información, desde el cargue exitoso y lo relacionado con la identificación de las inconsistencias, aplicar correcciones, consultar reportes de gestión, programas de promoción y prevención, salud pública, alertas de salud, verificar/generar indicadores de gestión, visualizar tableros de control, manejar archivos cargados, entre otras funciones.

Una de las características más importantes de este sistema de gestión de información, es que está orientado en validar detalladamente cada uno de los registros procesados, esto permite transformar todo en un mejor desempeño, traducido en la reducción de los procesos manuales y operativos que normalmente deben realizarse al interior de las diferentes entidades prestadoras de salud y demás entes. Los prestadores deben reportar en estructura 202 la fecha oportuna es del 1 a 5 días calendario, la plataforma SIGIRES estará dispuesta para cargue hasta el día 10 de cada mes. Consulte la estructura para el cargue [Resolución 202](#).

Gráfica 25. Reporte de actividades del prestador, cumplimiento Resolución 202 de 2021



Fuente: Elaboración propia, Gerencia de Planeación del Aseguramiento. 2022

Adicional a esta fuente contamos con las fuentes internas como RIPS que generan gran cantidad de información valiosa de las actividades que deben ser reportadas al Ministerio de Salud, la cual tiene fecha de entrega oportuna los días 20 de cada mes. Para más información de uso de la plataforma y proceso de cargue de información consultar el Manual SIGIRES V2.2 (ver [Anexo 23](#)).

También contamos con un módulo de vacunación y las fuentes son PAI WEB V2 PAIWEB distrital los cuales permiten actualizar vacunas permanentemente en el módulo que se encuentra detallado en [Cargue de vacunación PAIWEB 2 – SIGIRES, CARGA DE FORMATO PAI DISTRICTAL – SIGIRES](#) según corresponda.

Para la red de prestadores que aún no se encuentran vinculados a nuestras diferentes canales de sistemas de información, los mecanismos de reporte corresponden a una estructura específica en archivo Excel que es entregada por el equipo de APS de EPS Sanitas y debe ser enviada con la periodicidad estipulada al correo correspondiente o cargado a SIGIRES según corresponda, siendo de obligatorio cumplimiento y será este la fuente para la evaluación el desempeño de cada prestador.

Tabla 7. Recolección de los reportes de los informes, sistemas de información EPS Sanitas

No.	INFORME	PERIODICIDAD	CANAL DE REPORTE
1	Resolución 202 (SIGIRES)	Mensual	SIGIRES
2	Vacunación PAI Y COVID (PAIWEB)	Mensual	PAIWEB
7	Resolución 256.	Trimestral	Plataforma PISIS
8	Reporte resolución 3280	Mensual	SIGIRES
9	Reporte Capacidad Instalada	Semestral	Equipo APS
11	Resolución 1552(cargado en el drive)	Mensual	Correo (indicadores_calidad_eps@colsanitas.com)
12	Modelo no presencial	A Demanda	Correo (sanitron2@epsanitas.com)
13	RIPSS	Mensual	Correo Reporte prestadores (reporteprestadores@colsanitas.com)

Fuente: Elaboración propia, Gerencia de Planeación del Aseguramiento. 2022

13 ANEXOS

13.1 Anexo 1

Modelo Operativo. Gestión del Riesgo en Salud. EPS Sanitas. V1. 2017. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1CrLT81mQ8GJt62oS6c6cEuDKW4fLmwAU/view?usp=sharing>

13.2 Anexo 2

Política de Gobierno de datos. Vicepresidencia de Salud. EPS Sanitas. V0. 2022. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/18prTwhVB-e07Xxz0re0iUY1ZsuNxHgF2/view?usp=sharing>

13.3 Anexo 3

Política Institucional de Seguridad del Paciente en EPS Sanitas. V2. 2021. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/1lzej3g_gWqWli_hzoXdCpjni8czdFQES/view?usp=sharing

13.4 Anexo 4

Modelo de identificación, estratificación e intervención de riesgos en salud: categorías para determinar el riesgo de la población afiliada a EPS Sanitas. V0. 2021. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/1aJMkSXX_VaO5OqLPDftdY2YW9U9HgVgN/view?usp=sharing

13.5 Anexo 5

Manual Operativo Programa Salud Infantil. EPS Sanitas. V1. 2017. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/1FySnM53keSNCZRUN69oYwB_Fv6WL8ynM/view?usp=sharing

13.6 Anexo 6

Manual Operativo Programa Salud Infantil: RIAS Primera Infancia e Infancia. EPS Sanitas. V0. 2019. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1217j2Ygguzk5sG2Ctbbxlj89nqaPFot/view?usp=sharing>

13.7 Anexo 7

Manual Operativo Ruta Integral de Atención para la detección y manejo de la Desnutrición Aguda en menores de 5 años. EPS Sanitas. V0. 2019. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1YXqkCP5gn4xsVjE7JtbbHvL59Lxr3cOB/view?usp=sharing>

13.8 Anexo 8

Procedimiento para la atención de enfermería en el servicio de vacunación. EPS Sanitas. V0. 2019. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1FWlLorjrw2kqwiRRqG-Qpp9M8Y97LPO/view?usp=sharing>

13.9 Anexo 9

Manual Operativo Programa Adolescentes. EPS Sanitas. V0. 2017. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1Qbv1YsiVf4g95DC96bfYPcnMXR4VixD2/view?usp=sharing>

13.10 Anexo 10

Manual Operativo para la Detección temprana de las alteraciones del joven de 10 a 29 años. EPS Sanitas. V1. 2017. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/15Fb170ZispZnU0djPxqAPw7zmkxPTNke/view?usp=sharing>

13.11 Anexo 11

Manual Operativo para la Detección temprana de las alteraciones del adulto sano mayor de 45 años. EPS Sanitas. V1. 2017. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1z-qhfYxUL7TK2XnChWwla07GMGim3c34/view?usp=sharing>

13.12 Anexo 12

Programa de Atención Integral al Adulto Mayor. EPS Sanitas. V0. 2017. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/1YR_wnhWQSNjz14zSFOcJEjYYt65txATi/view?usp=sharing

13.13 Anexo 13

Lineamientos para la atención de consulta no presencial y domiciliaria adulto mayor de 70 años CYSAM (Caracterización y Seguimiento del Adulto Mayor). EPS Sanitas. V0. 2020. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/14F3ObWxt9L12qZHXVqm0dfd6DmTQRD2x/view?usp=sharing>

13.14 Anexo 14

Intervención socio comunitaria en personas mayores y con condiciones crónicas complejas. EPS Sanitas. V0. 2021. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1ZR2Hk7BKOXo6XUBqAINk8C94k0cu63ID/view?usp=sharing>

13.15 Anexo 15

Manual Operativo Programa Control Prenatal. EPS Sanitas. V0. 2017. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1C2AafjlymeFYJcXtscBm0iWjAYByx96j/view?usp=sharing>

13.16 Anexo 16

Manual Operativo Programa Detección Temprana de Cáncer de Cuello Uterino. EPS Sanitas. V1. 2018. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1i4dX8HHb8uZeCNXc8ioBJkleCjGZeHbD/view?usp=sharing>

13.17 Anexo 17

Manual Operativo Programa Detección Temprana de Cáncer de Mama. EPS Sanitas. V0. 2017. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1ZBQKHztvF3EIXUvul84uZnZb8NJ2ut6w/view?usp=sharing>

13.18 Anexo 18

Manual Operativo Programa de Atención Integral de Usuarios con Cáncer. EPS Sanitas. V0. 2018. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/19zcCb0FLVhbeTVntfzRSDsWwhtgUt60/view?usp=sharing>

13.19 Anexo 19

Manual Operativo Programa Salud Oral. EPS Sanitas. V1. 2017. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/14xxII0Yv6IUzziB7mdE3IFzLtRUFjc_i/view?usp=sharing

13.20 Anexo 20

Manual Operativo Programa de Salud Mental. EPS Sanitas. V0. 2016. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/1bembU02kxSAVioTrFALUN_VIK7joVJUs/view?usp=sharing

13.21 Anexo 21

Proceso para la implementación de las RIAS: EPS Sanitas. V0. 2018. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1BepIdV86bbhdl7hSiPb9vFzBA2uihj3t/view?usp=sharing>

13.22 Anexo 22

Manual Operativo Central Demanda Inducida. EPS Sanitas. V2. 2018. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/1n6knciPg71_Z2SwusiKYFQLnvkuZLERv/view?usp=sharing

13.23 Anexo 23

MANUAL DEL USUARIO. Plataforma SIGIRES. ProcexSoftware. V2. 2021. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/14Q3tcOyxYwqURdxysfHdxcDBDYhbtY4/view?usp=sharing>

13.24 Anexo 24

Consulte las RIAS del Ministerio de Salud y Protección Social con sus documentos base, anexos técnicos e indicadores en la siguiente dirección web:

<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/rutas-integrales-de-atencion-en-salud.aspx>

14 REFERENCIAS

1. ADJ FG. Configuraciones, modelos de salud y enfoques basados en la atención primaria en Latinoamérica en el siglo XXI: una revisión narrativa. Gerencia y Políticas de Salud. 2020; 19(1-22).
2. ADJ FG. El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud (APS). Rev Fac Nac Salud Pública. 2015; 33(3).
3. Congreso de la República de Colombia. Ley 100 De 1993. [Online].; 1993 [cited 2022 mayo 05. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-100-de-1993.pdf>.
4. Congreso de la República de Colombia. Ley 1438 de 19 de enero 2011. [Online].; 2011 [cited 2022 mayo 05. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad Nuevo/LEY_1438_DE_2011.pdf.
5. Congreso de la República de Colombia. Ley Estatutaria 1751 de 16 de febrero de 2015. [Online].; 2015 [cited 2022 mayo 05. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad Nuevo/Ley_1751_de_2015.pdf.
6. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 429 de 2016. [Online].; 2015 [cited 2022 mayo 05. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad Nuevo/Resolución_0429_de_2016.pdf.
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Política De Atención Integral En Salud “Un sistema de salud al servicio de la gente”. [Online].; 2016 [cited 2022 mayo 05. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>.
8. Ministerio de Salud y la Protección Social. Resolución 3280 de 2018. [Online].; 2018 [cited 2022 mayo 05. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf>.
9. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 276 de 2019. [Online].; 2019 [cited 2022 mayo 05. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-276-de-2019.pdf>.
10. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2626 de 2019. [Online].; 2019 [cited 2022 mayo 05. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Normatividad Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202626%20de%202019.pdf>.
11. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1536 de 2015. [Online].; 2015 [cited 2022 mayo 05. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1536-de-2015.pdf>.
12. Ministerio de Salud y Protección Social Colombia. Resolución 202 de 2021. [Online].; 2021 [cited 2022 mayo 05. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Normatividad Nuevo/Resolución No. 202 de 2021.pdf>.

- 13 Ministerio de Salud y Protección Social. Orientaciones y recomendaciones para la inclusión del enfoque diferencial étnico en la atención integral en salud, con pertinencia cultural. Anexo técnico. Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá; 2015.
- 14 Ministerio de Salud y Protección Social. Marco conceptual y metodológico para el desarrollo de la educación para la salud de las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS Orientaciones pedagógicas, metodológicas y didácticas. Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá; 2018.
- 15 Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos. Incorporación del Enfoque Intercultural en los Procesos de Formación del Talento Humano en Salud, Para el Cuidado de la Salud de los Pueblos Indígenas en Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá; 2017.
- 16 Organismo Andino de Salud. Política Andina de Salud Intercultural. Lima: Organismo Andino de Salud; 2019.
- 17 Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 050 de 2021. [Online].; 2021 [cited 2022 mayo 05. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20050%20de%202021.pdf.
- 18 UNFPA. Lineamientos de Atención en los Servicios de Salud que Consideran el Enfoque Diferencial, de Género y no Discriminación Para Personas LGBTI. UNFPA, Bogotá; 2019.
- 19 Ministerio de Salud y Protección Social. Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas del conflicto armado. Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá; 2017.
- 20 Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 5159 de 2015. [Online].; 2015 [cited 2022 mayo 05. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-5159-de-2015.pdf>.
- 21 Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 441 de 2022. [Online].; 2022 [cited 2022 mayo 05. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/abece-decreto-441-de-2022.pdf>.
- 22 Ministerio de Salud y Protección Social Colombia. Resolución 3100 de 2019. [Online].; 2019 [cited 2022 mayo 05. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203100%20de%202019.pdf.
- 23 Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1328 de 2021. [Online].; 2021 [cited 2022 mayo 05. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución_No._1328_de_2021.pdf.

CONTROL DE ACTUALIZACIONES

VERSIÓN	FECHA	OBSERVACIÓN
01	23/05/2022	Versión inicial

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Grupo desarrollador del documento-	Nombre: Dra. Angela María Prieto Dr. Andrés Mantilla Reinaud	Nombre: Dr. Jerson Flórez Ortega
Cargo: NA	Cargo: Gerente de Red de Prestadores Gerente de Planeación del Aseguramiento	Cargo: Vicepresidente de Salud
Fecha: 20/05/2022	Fecha: 23/05/2022	Fecha: 23/05/2022

Revisión y aprobación

Jerson Eduardo Flórez Ortega

Vicepresidente de Salud EPS Sanitas

Angela María Prieto Rodríguez

Gerente de Red de Prestadores
Vicepresidencia de Salud EPS Sanitas

Andrés Mantilla Reinaud

Gerente de Planeación del Aseguramiento
Vicepresidencia de Salud EPS Sanitas

Grupo desarrollador del documento

Nancy Fabiola Carreño Silva

Directora Nacional de Evaluación y Seguimiento de la Red
Gerencia de Red de Prestadores

Andrea Castillo Niuman

Directora de Planeación, Evaluación y Gestión del Conocimiento
Gerencia de Planeación del Aseguramiento

Paula Andrea Flórez Jarava

Asesora Médica Nacional de Atención Primaria
Gerencia de Red de Prestadores

Erica Natalia Tolosa Pérez

Dirección de Planeación, Evaluación y Gestión del Conocimiento
Gerencia de Planeación del Aseguramiento

Sergio Andrés Zamora Gaviria

Subgerente de Planeación y Control
Vicepresidencia de Salud

Juan Carlos Pedraza Moreno

Director Nacional de Planeación de la Red de Prestadores

Gerencia de Red de Prestadores

Johan Sebastián Ariza Abril

Dirección de Planeación, Evaluación y Gestión del Conocimiento

Gerencia de Planeación del Aseguramiento

Fin del documento.