



GOBIERNO
DE COLOMBIA



MINSALUD

Prestador Primario de Servicios de Salud
Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria – Dirección de
Desarrollo del Talento Humano en Salud – Dirección de Promoción y
Prevención

Bogotá, septiembre de 2018

Documento que especifica los lineamientos en términos de organización, operación y gestión del prestador primario de servicios de salud, de conformidad con lo establecido en la Ley 1753 de 2015 y la Política de Atención Integral en Salud adoptada mediante la Resolución 429 de 2016.

© **Ministerio de Salud y Protección Social**

Documento elaborado por

César Augusto Castiblanco – Dirección de Promoción y Prevención
Gerardo Cano - Dirección de Promoción y Prevención
John Francisco Ariza – Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud
Ana Mejía Parra – Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria
Ligia Patricia Reyes – Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria
Catherine Ramírez Gutiérrez – Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria

Ministerio de Salud y Protección Social
Cra. 13 # 32-76
Bogotá D.C. – septiembre de 2018



Contenido

INTRODUCCIÓN..... 5

1. GENERALIDADES 8

1.1 CONCEPTOS GENERALES DEL COMPONENTE PRIMARIO Y PRESTADOR PRIMARIO 9

1.1.1 COMPONENTE PRIMARIO DE LAS REDES INTEGRALES DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD Y LA POLÍTICA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD..... 9

1.1.2 PRESTADOR PRIMARIO 10

1.1.3 Funciones del prestador primario..... 11

1.1.3.1 Funciones del prestador primario en marco de la Política Integral de atención en salud, las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y las Rutas de Atención Integral en Salud. 11

2. CONFORMACIÓN Y ORGANIZACIÓN DEL PRESTADOR PRIMARIO 12

2.1 Definición de Servicios a proveer por el Prestador Primario..... 14

2.2 Procesos y procedimientos para la atención en salud de los prestadores primarios (RIAS, PICP) 16

2.2.1 Habilitación de prestadores primarios 17

3. Seguimiento a la gestión y el desempeño del Prestador Primario.... 18

3.1 Seguimiento de la prestación de servicios de salud del prestador primario 18

ANEXO No 1. ESTÁNDARES Y CRITERIOS DE HABILITACIÓN PROPUESTOS PARA EL PRESTADOR PRIMARIO 20

- Estándares y criterios de entrada para la habilitación de Los Prestadores Primarios De Servicios De Salud 20
- Estándares y criterios de permanencia de la habilitación de los Prestadores Primarios De Servicios De Salud 26



Lista de tablas

Tabla 1. Servicios de salud habilitados a ser provistos por el Prestador Primario en Áreas Metropolitanas y Ámbito Urbano.....	14
Tabla 2. Servicios de salud habilitados a proveer por el Prestador Primario en Ámbito Rural y disperso.....	15

INTRODUCCIÓN

La Política Integral de Atención en salud -PAIS adoptada mediante la Resolución 429 de 2016 define el marco para la articulación del aseguramiento, la prestación de servicios, las acciones individuales y colectivas, mediante las estrategias de la atención primaria de salud (con enfoque de salud familiar y comunitaria), el cuidado, la gestión integral del riesgo en salud, y el enfoque diferencial de territorios y poblaciones¹. Entre los componentes de dicha Política, se propone como elemento de tipo funcional en la prestación de los servicios, la organización de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud -RIPSS, en las cuales dentro de su estructura y para su funcionalidad se ha definido su organización y gestión en un componente primario y uno complementario.

Según la Política de Atención Integral en Salud, el componente primario es el encargado de la prestación de las acciones individuales, colectivas y poblacionales en salud, definidas como primarias de acuerdo a las RIAS, para la resolución de los eventos más frecuentes, a nivel personal, familiar y comunitario, durante todos los momentos del curso de la vida y en los diferentes entornos, en un ámbito geográfico cercano a la población, e incorporando la tecnología necesaria y disponible, con pertinencia socio cultural, con servicios de baja y mediana complejidad. Bajo las condiciones actuales de la disposición de los servicios de salud en el país y según lo estipulado por la PAIS y la Resolución 1441 de 2016 sobre las RIPSS, este componente puede ser organizado funcionalmente a través de: (i) Por **Prestadores primarios habilitados** al cumplir con los estándares y criterios establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para tal fin; (ii) por la articulación de “servicios primarios” habilitados por diferentes prestadores en el marco de las RIPSS; o (iii) la combinación de los anteriores.

Los prestadores primarios como organizaciones funcionales no son considerados como un simple agregado de servicios priorizados habilitados, sino que implica que cumplan con los procesos, estándares y criterios mínimos para tal propósito, como unidad esencial en la estructura asistencial, y deberán para su gestión contar con los recursos físicos, humanos, técnicos y financieros para gestionar los riesgos y la atención en salud de la población a cargo en lo de su competencia.

Para el efecto, deben contar con capacidades para gestionar la prestación de servicios de salud en el contexto de las RIPSS, que contribuyan a soportar los procesos de gestión del riesgo en salud agenciados por las Entidades Promotoras

¹ Ministerio de Salud y Protección Social. 2016. Política de Atención Integral en Salud “Un sistema de salud al servicio de la gente”.

de Salud - EPS, y en los casos que corresponda a las actividades del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas.

Es fundamental entender que el *prestador primario* no sustituye en sus roles y competencias en el SGSSS a las EPS y Entidades Territoriales. Estas conservan sus funciones como gestoras del riesgo individual para la población afiliada, administradoras de riesgo financiero y de la gestión de la autoridad sanitaria, de los riesgos poblacionales y determinantes sociales de la salud, conforme a sus competencias, respectivamente.

Para dar alcance a lo anterior, el prestador primario debe contar con capacidad para identificar y analizar, en el municipio o distrito donde opere, las necesidades en salud de la población a cargo, resolver los problemas de salud más frecuentes y gestionar los riesgos en salud acorde a las rutas de atención integral en salud, en el marco de su alcance y competencias; como integrante de la RIPSS, de acuerdo con los criterios y lineamientos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 1441 de 2016.

Cualquier Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS para solicitar la habilitación como prestador primario, además de los servicios exigidos para cada ámbito territorial definido en la Política de Atención Integral en Salud, debe garantizar otras capacidades que implican el desarrollo e implementación de procesos y procedimientos de gestión. Lo anterior, conlleva determinar criterios y condiciones adicionales a las de cualquier prestador sin que incida en las condiciones vigentes de la habilitación de los servicios de salud. Estas exigencias y sus implicaciones, influirán sobre las posibilidades de desarrollo de este tipo de prestadores cualificados en un horizonte de tiempo, a partir de las condiciones iniciales (actuales) de la oferta habilitada disponible en los territorios.

Mientras se desarrollan las capacidades que permitan la conformación y organización de los prestadores primarios, considerando los incentivos y orientaciones de la Política de Atención Integral en Salud, el Componente Primario de las RIPSS se organizará por parte de las EPS a partir de los servicios habilitados por los diferentes prestadores de servicios de salud y disponibles en cada territorio.

Lo anterior, no implica que el componente primario en el largo plazo, solamente sea garantizado por parte de los prestadores primarios, sino se debe garantizar la prestación de los servicios de salud por parte de las RIPSS donde se encuentra autorizada para operar, de conformidad a las necesidades de su población.

En este documento se presentan los elementos y consideraciones propuestas para la conceptualización del prestador primario, incorporando los lineamientos para su conformación, organización, operación, gestión y seguimiento, y los elementos



estructurales que posibiliten especificar los requerimientos en marco de la Política de Atención Integral en Salud.

1. GENERALIDADES

El Sistema de Seguridad Social en Salud – SGSSS viene consolidando el desarrollo de planes, políticas, programas y estrategias para garantizar los elementos esenciales para el logro del goce efectivo del derecho a la Salud promulgado por la Ley 1751 de 2015. En marco de lo anterior, la Ley 1753 de 2015 del Plan Nacional de Desarrollo 2014 – 2018, especifica que el Ministerio de Salud y Protección Social deberá definir la Política de Atención Integral en Salud, donde se integran i) *la atención primaria en salud (APS); ii) la salud familiar y comunitaria, iii) la articulación de las actividades individuales y colectivas y iv) el enfoque poblacional y diferencial;* para dar alcance a lo anterior se tendrán en cuenta los componentes relativos a *las rutas de atención para la promoción y mantenimiento de la salud por curso de vida, las rutas de atención específicas por grupos de riesgos, el fortalecimiento del prestador primario, la operación en redes integrales de servicios, el desarrollo del talento humano, en el marco de la Ley 1164 de 2007, articulación de las intervenciones individuales y colectivas, el desarrollo de incentivos en salud y la definición de requerimientos de información para su seguimiento y evaluación*².

En sentido general, la Política de Atención Integral en Salud busca orientar el SGSSS al establecimiento de las herramientas para el mejoramiento de las condiciones de salud buscando garantizar el *acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud*³, a través del Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS, como esquema operativo se busca lograr la *integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población y los territorios en que se desarrollan, lo cual requiere la armonización de los objetivos y estrategias del Sistema alrededor del ciudadano como objetivo del mismo*⁴.

Dentro de las estrategias que han sido definidas en el MIAS, se ha establecido el Prestador Primario como uno de los elementos que soporta los procesos de gestión integral del riesgo, en el componente individual agenciados por las Entidades Promotoras de Salud - EPS, así como las intervenciones colectivas a cargo de la Entidad Territorial, en lo de su competencia. Así las cosas, definir los elementos básicos para el desarrollo de esta organización funcional requiere precisar de manera explícita sus roles y funciones dentro del proceso de atención en salud, así como, establecer los instrumentos de tipo regulatorio requeridos y las directrices que garanticen no sólo su conformación y organización, sino su operación en marco de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y su incidencia

² Ley 1753 de 2015. Artículo 65. Congreso de la República. Junio de 2015

³ Ley 1751 de 2015. Artículo 2. Congreso de la República. Febrero de 2015

⁴ Departamento Nacional de Planeación. Documento Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2014 – 2016. Todos por un Nuevo País. Paz, Equidad y Educación.

respecto a la gestión, desempeño y resultados en salud de las EPS y de las entidades territoriales.

1.1 CONCEPTOS GENERALES DEL COMPONENTE PRIMARIO Y PRESTADOR PRIMARIO

La referencia para la especificación de los criterios para el desarrollo de los elementos básicos del prestador primario se tiene como referencia lo siguiente:

1.1.1 COMPONENTE PRIMARIO DE LAS REDES INTEGRALES DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD Y LA POLÍTICA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD

En el contexto de la Política Integral de Atención en Salud, las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud -RIPSS se definen de conformidad con las Resoluciones 429 y 1441 de 2016, como *“como el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud u organizaciones funcionales de servicios de salud, públicos y privados; ubicados en un ámbito territorial definido de acuerdo con las condiciones de operación del MIAS, con una organización funcional que comprende un componente primario y un componente complementario; bajo los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad al igual que los mecanismos requeridos para la operación y gestión de la prestación de servicios de salud, con el fin de garantizar el acceso y la atención oportuna, continua, integral, resolutoria a la población, contando con los recursos humanos, técnicos, financieros y físicos para garantizar la gestión adecuada de la atención, así como de los resultados en salud”*. Dentro de su estructura y para su funcionalidad en la prestación de los servicios de salud se han definido un componente primario y uno complementario.

De conformidad con la Política de Atención Integral en Salud, el componente primario es el *“encargado de la prestación de las acciones individuales, colectivas y poblacionales en salud, definidas como primarias de acuerdo a las RIAS, para la resolución de los eventos más frecuentes, a nivel personal, familiar y comunitario, durante todos los momentos del curso de la vida y en los diferentes entornos, en un ámbito geográfico cercano a la población, e incorporando la tecnología necesaria y disponible, con pertinencia socio cultural, con servicios de baja y mediana complejidad”*.

El **componente primario** de la red, indistintamente de su conformación y organización, está a cargo de la realización de las actividades primarias en salud requeridas por la población y debe soportar el desarrollo de las acciones asociadas a la gestión integral del riesgo.

En las RIPSS, el *componente primario* hace énfasis en la *“resolución de los eventos más frecuentes, a nivel personal, familiar y comunitario, durante todos los momentos del curso de la vida y en los diferentes entornos”*, mientras el *componente complementario* se encarga de *“las acciones individuales de mayor complejidad en la atención, para*

lo cual utilizan la referencia desde el componente primario y su contra referencia a éste, para garantizar la integralidad y continuidad en la atención”⁵.

Por tanto, el componente primario, se plantea que sea conformado y organizado, de la siguiente manera:

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

1.1.2 PRESTADOR PRIMARIO

De acuerdo con lo definido en el Documento de la Política Integral de Atención en Salud, *El prestador primario es la puerta de entrada al SGSSS para las personas, familias y colectivos; se concibe como unidad funcional y administrativa que organiza y gestiona integralmente el cuidado primario, para lo cual incluye los servicios de salud definidos en el componente primario*⁶. El Prestador Primario como organización funcional debe apoyar los procesos de gestión de la prestación de los servicios de salud de la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud conformada, organizada y operada por la EPS, con todos los servicios habilitados definidos dentro del componente primario de la red, y consecuentemente apoyando la función de gestión del riesgo en salud de la población a cargo en el Departamento o Distrito donde la EPS esté autorizada para operar.

Para dar alcance a lo anterior, el *prestador primario* adicionalmente a los servicios primarios habilitados requeridos para el municipio donde opere debe contar con capacidad para identificar y analizar, en el municipio o distrito donde opere, las

⁵ Ministerio de Salud y Protección Social. 2016. Política de Atención Integral en Salud “Un sistema de salud al servicio de la gente”.

⁶ Es fundamental entender que el prestador primario no sustituye en sus roles y competencias en el MIAS y en SGSSS a las aseguradoras y entidades territoriales las cuales conservan sus funciones como gestoras del riesgo individual en la población afiliada y de la gestión de la autoridad sanitaria y de los riesgos poblacionales y determinantes sociales de la salud, conforme a sus competencias, respectivamente.

necesidades en salud de la población a cargo, resolver los problemas de salud más frecuentes y gestionar los riesgos en salud acorde a las rutas de atención integral en salud definidas para el efecto y a las demandas específicas de la población, y hará parte de la RIPSS de las EPS de conformidad con los criterios y lineamientos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 1441 de 2016. Lo anterior no solamente implica el cumplimiento de un conjunto de servicios sino debe garantizar otras capacidades procesos y procedimientos de gestión, que serán verificadas a través de los estándares y criterios de habilitación definidos por el Ministerio de Salud y de Protección Social; sobre la base de la previa habilitación de los servicios conforme con la normatividad vigente.

1.1.3 Funciones del prestador primario

1.1.3.1 Funciones del prestador primario en marco de la Política Integral de atención en salud, las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y las Rutas de Atención Integral en Salud.

El prestador primario debe garantizar los mecanismos e instrumentos para identificar y analizar las necesidades en salud de la población que le sea contratada, resolver los problemas más frecuentes, coordinar a través de la RIPSS las respuestas que requieren de la intervención de los prestadores del componente complementario y realizar el seguimiento al proceso de atención en salud de la población a cargo que garantice el logro de los resultados en salud previstos.

Cuando se oferten actividades del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, le corresponde apoyar y contribuir a articular los procesos para la planeación, ejecución y evaluación de las intervenciones, procedimientos, actividades definidos, de acuerdo a la normatividad vigente.

De manera general se considera que un prestador primario de servicios de salud debe:

- a) Contar con instrumentos para la planificación, gestión y monitoreo de las actividades e intervenciones en salud individuales para la atención de la población y en los casos que se oferten actividades del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, deberá contar con instrumentos de tipo metodológico para planificar la intervención de los riesgos colectivos.
- b) Gestionar y organizar los insumos, recursos y servicios necesarios para la prestación de servicios de salud, de conformidad con los requerimientos de los actores con los que contrata para la gestión integral del riesgo en salud.
- c) Tener habilitados los servicios de salud, para conformarse como prestador primario de servicios de salud.
- d) Coordinar con la Unidad Técnica de Coordinación y Gestión Operativa de la Red y de regulación de la demanda y la oferta de la EPS, en los casos que



el prestador primario de servicios de salud pertenezca a una RIPSS, buscando garantizar la atención integral y continua de la población a cargo, en lo de su competencia, en el marco de la RIPSS.

- e) Planificar, desarrollar, implementar y realizar el monitoreo de la gestión en la prestación de los servicios del *componente primario* de la población a cargo, en el marco de la RIPSS, de conformidad con lo establecido por la Política Integral de Atención en Salud.
- f) Realizar el monitoreo de resultados de la gestión del proceso de atención en salud para su población a cargo y coordinar los requerimientos de ajuste que se requieran con las EPS y la entidad territorial respectiva, de acuerdo con sus competencias, así como identificar los requerimientos, las necesidades de ajuste y mejoramiento en la planeación de actividades, procedimientos e intervenciones, de conformidad a las necesidades de la población y los requerimientos de servicios del componente primario.
- g) Reportar la información para el seguimiento de la gestión del proceso de atención en salud de su población a cargo, incluyendo las actividades de vigilancia epidemiológica, en lo correspondiente a sus competencias y los requerimientos de las EPS, las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud y el Ministerio de Salud y de Protección Social. Adicionalmente, apoyar la generación de información para el seguimiento y evaluación del desempeño de la red, en lo relacionado con la gestión de la prestación de servicios del componente primario.
- h) Realizar el seguimiento y apoyar el seguimiento y evaluación del desempeño de la red a cargo de las EPS y las Entidades Territoriales, de acuerdo a los acuerdos previstos con éstas entidades, de conformidad a los lineamientos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

2. CONFORMACIÓN Y ORGANIZACIÓN DEL PRESTADOR PRIMARIO

Como lo define la Política de Atención Integral en Salud, la *operación del MIAS debe adaptarse a las diferentes condiciones de los territorios, entendidos estos como la unidad básica en la cual se integran el Sistema de Salud y los agentes del SGSSS e implica una asignación poblacional del aseguramiento y la prestación de los servicios de salud, las cuales incluyen las características diferenciales de la demanda (sociales, geográficas, étnicas, de género) y de la oferta en cuanto a la disponibilidad efectiva de servicios.*

De acuerdo a lo mencionado el modelo de atención tiene en cuenta los siguientes ámbitos:



- **Ámbitos territoriales urbanos:** son aquellos donde existe alta agregación de población en condiciones de densidad y accesibilidad geográficas a los servicios de salud pues la demanda se ubica especialmente en la inmediación de la oferta, la oferta es suficiente en los diferentes segmentos tecnológicos, y no existen barreras relevantes en la distancia entre los servicios y la población. Desde la oferta la competencia entre aseguradoras y entre prestadores de servicios de salud genera ganancias de bienestar, en donde la libertad de elección puede modular las condiciones de la oferta en estos ámbitos territoriales. Estos municipios son el principal referente en salud para los territorios vecinos, pues tienen capacidad de resolución completa en relación con el nivel primario de salud, lo que lo convierte en punto focal para articular redes de prestación de servicios que resuelvan casos de alta complejidad. En el plan de desarrollo se especifica una categoría especial para las ciudades de más de un millón de habitantes.
- **Ámbitos territoriales con alta ruralidad:** estos corresponden a la mayor parte de municipios del país donde la oferta de servicios tiende a ser monopólica y en la mayoría de los casos de naturaleza pública, con prevalencia de servicios de baja complejidad y poca capacidad de resolución. Los municipios de los ámbitos territoriales con alta ruralidad deben complementar sus servicios con instituciones de mediana y alta tecnología ubicadas en otros municipios para garantizar una oferta suficiente en los diferentes niveles de complejidad. El acceso a dicha oferta no debe constituir una barrera onerosa para el usuario y las vías de comunicación permiten la complementación entre prestadores de una misma red.
- **Ámbitos territoriales dispersos:** en estos municipios la densidad poblacional es muy baja, la disponibilidad y accesibilidad a los servicios es muy limitada por la baja densidad poblacional, limitaciones en la oferta de servicios y de recurso humano especializado, carencia de vías de acceso, barreras geográficas o condiciones culturales. El acceso vial a la oferta es una barrera sustancial para la población, usualmente se requiere disponibilidad de transporte aéreo, fluvial o marítimo para acceder a un número sustancial de servicios del plan.

Así entonces se define un conjunto de servicios para la conformación y organización del Prestador Primario de acuerdo a los ámbitos territoriales.



2.1 Definición de Servicios a proveer por el Prestador Primario

La Política de Atención Integral en Salud especifica que las Rutas integrales de atención en salud - RIAS son una herramienta que define, a los agentes del Sistema (territorio, asegurador, prestador) y de otros sectores, las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación. Dado que este elemento regulatorio tiene una incidencia respecto a la prestación de los servicios de salud, y por su objetivo permite direccionar entre otros la gestión del prestador primario se definen a partir de dicho instrumento los siguientes servicios habilitados.

En la conformación y organización del Prestador Primario, la institución prestadora de servicios de salud que se postula como ésta organización funcional, debe garantizar los siguientes servicios de conformidad a los ámbitos territoriales (definidos por la Política de Atención Integral en Salud) donde se encuentre ubicada, de la siguiente forma:

Tabla 1. Servicios de salud habilitados a ser provistos por el Prestador Primario en Áreas Metropolitanas y Ámbito Urbano

Grupo Servicios	Nombre Servicio	Grupo Servicios	Nombre Servicio
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	Fisioterapia	Internación	Cuidado básico neonatal
	Servicio Farmacéutico		General adultos
	Tamización de cáncer de cuello uterino		General pediátrica
	Terapia respiratoria		Obstetricia
	Toma de muestras de laboratorio clínico	Otros Servicios	Atención a consumidor de sustancias psicoactivas
	Toma e interpretación de radiografías odontológicas		Atención domiciliaria de paciente agudo
	Fonoaudiología y/o terapia del lenguaje		Atención domiciliaria de paciente crónico sin ventilador
	Laboratorio citologías cervico – uterinas		Atención institucional no hospitalaria al consumidor de sustancias psicoactivas
	Laboratorio clínico		



Grupo Servicios	Nombre Servicio	Grupo Servicios	Nombre Servicio
	Radiología e imágenes diagnósticas		Atención domiciliar de paciente crónico con ventilador
	Terapia ocupacional	Protección Específica y Detección Temprana	Detección temprana - alteraciones de la agudeza visual
	Ultrasonido		Detección temprana - alteraciones del crecimiento y desarrollo (Menor a 10 años)
Consulta Externa	Consulta prioritaria		Detección temprana - alteraciones del desarrollo del joven (De 10 a 29 años)
	Enfermería		Detección temprana - alteraciones del embarazo
	Ginecología		Detección temprana - alteraciones en el adulto (Mayor a 45 años)
	Medicina general		Detección temprana - cáncer de cuello uterino
	Odontología general		Detección temprana - cáncer seno
	Pediatría		Protección específica - atención al recién nacido
	Anestesia		Protección específica - atención del parto
	Cirugía general		Protección específica - atención en planificación familiar hombres y mujeres
	Medicina familiar	Protección específica - atención preventiva en salud bucal	
	Medicina interna	Protección específica - vacunación	
	Nutrición y dietética	Quirúrgicos	Cirugía general
	Optometría	Transporte Asistencial	Transporte asistencial básico
	Psicología	Urgencias	Servicio de urgencias

Tabla 2. Servicios de salud habilitados a proveer por el Prestador Primario en Ámbito Rural y disperso

Grupo Servicios	Nombre Servicio	Grupo Servicios	Nombre Servicio
Apoyo Diagnóstico y	Servicio farmacéutico	Protección Específica y	Detección temprana - alteraciones de la agudeza visual



Grupo Servicios	Nombre Servicio	Grupo Servicios	Nombre Servicio
Complementación Terapéutica	Tamización de cáncer de cuello uterino	Detección Temprana	Detección temprana - alteraciones del crecimiento y desarrollo (Menor a 10 años)
	Terapia respiratoria		Detección temprana - alteraciones del desarrollo del joven (De 10 a 29 años)
	Toma de muestras de laboratorio clínico		Detección temprana - alteraciones del embarazo
	Toma e interpretación de radiografías odontológicas		Detección temprana - alteraciones en el adulto (Mayor a 45 años)
Consulta Externa	Consulta prioritaria		Detección temprana - cáncer de cuello uterino
	Enfermería		Detección temprana - cáncer seno
	Medicina general		Protección específica - atención al recién nacido
	Odontología general		Protección específica - atención del parto
	Pediatría		Protección específica - atención en planificación familiar hombres y mujeres
	Medicina familiar		Protección específica - atención preventiva en salud bucal
	Psicología	Protección específica - vacunación	
Internación	General adultos	Urgencias	Servicio de urgencias
	General pediátrica	Transporte Asistencial	Transporte asistencial básico
	Obstetricia		

2.2 Procesos y procedimientos para la atención en salud de los prestadores primarios (RIAS, PICP)

El prestador primario debe dar continuidad y seguimiento intramural a los individuos y familias canalizados desde las actividades extramurales, generando una atención integral en salud a través de consulta ambulatoria general y especializada que le haya sido contratada. Los EMS deben contar con la capacidad de hacer un seguimiento de la atención de sus familias asignadas dentro del componente primario; por su parte, la Unidad Técnica de Coordinación y Gestión Operativa de la Red y de regulación de la demanda y la oferta de la EPS deberá garantizar la generación y disponibilidad de la información requerida para el seguimiento de la atención realizada en el componente complementario.

2.2.1 Habilitación de prestadores primarios

La habilitación del prestador primario se refiere a los requerimientos y condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud, con el fin de ser autorizados para operar en el Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSS para la provisión del componente primario de las RIPSS, de manera, accesible, oportuna, continua, integral y resolutive.

Por lo tanto, la Institución Prestadora de Servicios de Salud para ser habilitada como prestador primario debe garantizar el cumplimiento de los estándares y criterios de habilitación, en lo correspondiente a la provisión de los servicios a gestionar por las Rutas Integrales de Atención en Salud y la demanda espontánea que requiera una atención en salud en lo correspondiente al componente primario, así como contar con la capacidad para apoyar la gestión del riesgo en salud en lo de su competencia.

Los estándares y criterios propuestos para el prestador primario comprenden condiciones de estructura, proceso y de seguimiento que abarcan los aspectos inherentes a su conformación, gestión de la prestación de los servicios de salud y aquellos asociados al seguimiento del desempeño y sus efectos imputables con los resultados en salud de la EPS en su función de gestión y de la entidad territorial en lo que concierne a las intervenciones colectivas.

Es importante resaltar que los estándares y criterios de habilitación para éste tipo de prestadores, desbordan los criterios de seguridad y las condiciones mínimas obligatorias exigibles a los servicios de salud (los cuales se dan por cumplidos con la habilitación de los servicios) y se enfocan en aspectos que posibiliten contar con las condiciones y capacidades necesarias para una prestación de servicios oportuna, continua, integral y resolutive, como integrante de las RIPSS.

Los estándares referidos a continuación deben ser cumplidos por la institución prestadora de servicios de salud para ser habilitados como prestadores primarios, condiciones a ser verificadas por parte de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud:

- a) **Estándar de conformación y organización del Prestador Primario:** Son las condiciones de estructura, mecanismos e instrumentos que se requieren para la conformación del Prestador Primario de Servicios de Salud, a partir de los servicios definidos para el componente primario de RIPSS. Dentro de lo anterior, se consideran los aspectos instrumentales y metodológicos para la identificación y gestión de los riesgos individuales y colectivos, la

evaluación de las condiciones de suficiencia y disponibilidad para la atención de una población determinada a cargo, la voluntad explícita de los prestadores para su conformación, en el caso en que lo integren varios, la determinación de las puertas de entrada, la determinación del Talento Humano requerido en la provisión de los servicios y los criterios para la planificación de las contingencias.

- b) Estándar de operación del Prestador Primario:** Son los instrumentos, procedimientos y metodologías requeridos para la gestión del Prestador Primario de Servicios de Salud, incluyendo los procesos para la adscripción y caracterización poblacional de conformidad con la normatividad vigente, la planificación y gestión del proceso de atención en salud de la población a cargo en el componente primario de la RIPSS, la implementación de las rutas integrales de atención en salud y la articulación con los procesos de gestión de la RIPSS conformada por la EPS de la cual hace parte, y con la entidad territorial en lo de su competencia.
- c) Estándar de seguimiento del Prestador Primario:** Son las condiciones, mecanismos, instrumentos y metodologías para el monitoreo de la gestión del Prestador Primario de Servicios de Salud para la atención en salud de su población a cargo, en lo correspondiente a la identificación y análisis del desarrollo de la misma, así como de los cambios en las condiciones de salud de los beneficiarios y su efecto sobre el desempeño y los resultados en salud de la población, en el contexto de la RIPSS conformada y organizada por la EPS, y en lo colectivo con la entidad territorial en lo de su competencia.

Cada uno de estos estándares tiene criterios a evaluar y verificar a la entrada en el marco del proceso de habilitación correspondiente, los cuales se encuentran definidos en el Anexo No 1.

3. Seguimiento a la gestión y el desempeño del Prestador Primario

3.1 Seguimiento de la prestación de servicios de salud del prestador primario

En este contexto, el seguimiento a la prestación de los servicios de salud debe ser concordante con el establecido para las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud, tomando como referencia que el proceso de atención en salud, es conjunto y está condicionado a las necesidades y requerimientos de la población. En general, se debe garantizar que el seguimiento en el componente primario de la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud, ya sea provisto por un prestador primario o por el conjunto de servicios conformado y organizado por la EPS, debe tener en cuenta desde la atención en salud a la población, su incidencia y relación con las necesidades de la población, lo cual involucra la gestión integral de sus requerimientos con relación a las acciones de promoción y



GOBIERNO
DE COLOMBIA



MINSALUD

mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, en condiciones adecuadas, así como los resultados previstos que se deriven de las mismas, en el marco del Modelo integral en atención en salud.

Se propone por tanto, el establecimiento de metodologías e instrumentos que valoren dentro de las competencias y alcances en la prestación de los servicios de salud de la gestión integral de la atención en el componente primario de la RIPSS enfocándose en la respuesta a la demanda de servicios de salud, con la identificación y caracterización de los riesgos en salud, rutas de atención, y en general la gestión de la demanda mediante la provisión de servicios bajo atributos de calidad como accesibilidad, continuidad, integralidad, seguridad, oportunidad, resolutivez, y como consecuencia de lo anterior, resultados de salud (eficacia de las intervenciones), buscando analizar el cumplimiento esperado de actividades inherentes al proceso de atención, previsto en referentes técnicos que regulan la provisión de los servicios en función de la gestión integral del riesgo en salud, razón de ser del Sistema General de Seguridad Social en Salud.



ANEXO No 1. ESTÁNDARES Y CRITERIOS DE HABILITACIÓN PROPUESTOS PARA EL PRESTADOR PRIMARIO

Estándares y criterios de entrada para la habilitación de Los Prestadores Primarios De Servicios De Salud

Los estándares de habilitación del Prestador Primario de Servicios de Salud contienen criterios indispensables para que la prestación de los servicios de salud se brinde en condiciones de accesibilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y resolutivead.

De acuerdo a lo anterior deberán garantizar condiciones, procesos y procedimientos que posibiliten la operación y gestión del proceso de atención en salud. La Institución Prestadora de Servicios de Salud para habilitarse como Prestador Primario deberá garantizar el cumplimiento de los siguientes criterios de habilitación, los cuales deberán ser verificados por la Entidad Departamental y Distrital de Salud, de conformidad con la normatividad vigente, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

Table with 3 columns: CRITERIO A VERIFICAR, MODO DE VERIFICACIÓN, and ALCANCE Y ESPECIFICIDAD. Row 1: 1.1 Instrumentos, mecanismos e información para desarrollar el cuidado primario de la población a cargo. 1.1.1.1 Las metodologías e instrumentos para la planificación, gestión y monitoreo de planes de cuidado primario... Documento de plan de cuidado primario para la atención en salud de la población que contenga: - La metodología para la planificación de las actividades, procedimientos e intervenciones individuales para la atención de la población. Cuando se oferten actividades del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, deberá contar con la metodología para planificar la intervención de los riesgos colectivos. - Los mecanismos establecidos para la gestión y el monitoreo del plan de cuidado primario (actividades,



		procedimientos e intervenciones) para la atención en salud de la población.
<p>1.1.2 Oferta de servicios para conformar el prestador primario de servicios de salud, de conformidad a lo definido por la Política de Atención Integral en Salud.</p>	<p>Verificar:</p> <p>1.1.2.1 Cuenta con los servicios de salud para conformar y organizar el Prestador Primario de servicios de salud, de acuerdo con lo establecido en la presente resolución.</p>	<p>La Institución Prestadora de Servicios de Salud postulante deberá garantizar que:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los servicios de salud exigidos se encuentran previamente habilitados, conforme a la Resolución 2003 de 2014 o aquella que la modifique o sustituya. <p>En el caso que en la conformación confluyan varios prestadores aportando servicios de salud exigidos, se deberá proveer información respecto de:</p> <ul style="list-style-type: none"> o La ubicación geográfica de lo(s) prestadores de servicios de salud que aportan servicios, garantizando contigüidad y accesibilidad. o Los servicios habilitados que aportan los demás prestadores de servicios de salud. <p>En este caso particular, deberán soportar los contratos o acuerdos de voluntades, los cuales deben incluir los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Los servicios de salud que aporta(n) el(los) otro(s) prestador(es) al prestador primario. o Las condiciones de articulación y las responsabilidades a cumplir por los prestadores de servicios de salud que aportan servicios exigidos, para la conformación y gestión del Prestador Primario. o Los mecanismos de reconocimiento y pago. <ul style="list-style-type: none"> - Los servicios habilitados exigidos, de acuerdo con el ámbito territorial en



		<p>el que operará, corresponden a lo definido en el Apartado "servicios de salud que debe ofertar el Prestador Primario, según el ámbito territorial" de este Manual.</p>
	<p>1.1.2.2 La planeación, el diseño y la documentación de los planes de operación para garantizar la accesibilidad, oportunidad y continuidad en la prestación de servicios de salud.</p>	<p>Documento de Plan Operativo, que contenga:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los mecanismos y procedimientos para la atención en salud de la población a cargo, en general; y en particular, cuando se presente eventos imprevistos o contingencias.
<p>1.1.3Equipo multidisciplinario de salud en condiciones de pertinencia, calidad y suficiencia.</p>	<p>Verificar:</p> <p>1.1.3.1 La conformación del Equipo Multidisciplinario de Salud y la disponibilidad y suficiencia del talento humano en salud que lo conforma, conforme a la normatividad que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>El Prestador Primario, mientras se establece la regulación para los Equipos Multidisciplinarios de Salud, deberá contar con un equipo organizado para la gestión de los riesgos en salud.</p>	<p>Documento que contenga:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La determinación del equipo multidisciplinario de salud para la gestión de los riesgos en salud, incluyendo los criterios para su organización. - Los procedimientos para la vinculación y gestión del talento humano en salud que se requiera para dicho equipo, en términos de sus funciones y la demanda de servicios de la población a cargo. - Las funciones de coordinación, apoyo y gestión del equipo multidisciplinario de salud para el cumplimiento de los procesos asistenciales y operativos, incluyendo los mecanismos de articulación requeridos para la gestión de la prestación de los servicios de salud por parte del Prestador Primario. - Las metodologías para determinar la suficiencia del equipo para la gestión de los riesgos en salud.



1.2 ESTÁNDAR DE OPERACIÓN DEL PRESTADOR PRIMARIO		
CRITERIO A VERIFICAR	MODO DE VERIFICACIÓN	ALCANCE Y ESPECIFICIDAD
<p>1.2.1 Procesos para la gestión de la prestación de servicios de salud del prestador primario de servicios de salud.</p>	<p>Verificar:</p> <p>1.2.1.1 La existencia de procesos, procedimientos operativos, mecanismos e instrumentos para la gestión de la prestación de los servicios en lo correspondiente a:</p> <p>1.2.1.1.1 Los mecanismos definidos para la recepción de población a la cual garantiza la de atención en salud por parte del prestador primario.</p> <p>1.2.1.1.2 La gestión y el seguimiento del proceso de atención en salud para la población a cargo, tomando en consideración los instrumentos regulatorios definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, en lo correspondiente a las Rutas Integrales de Atención en Salud, Guías de Práctica Clínica y normas Técnicas específicas, así como de los planes de cuidado que correspondan.</p> <p>1.2.1.1.3 La articulación con las EPS con las cuales establezca relaciones contractuales para la prestación de los servicios de salud, conforme a las disposiciones de la Resolución 1441 de 2016 o las normas que la modifiquen.</p> <p>1.2.1.1.4 La articulación con la Dirección Municipal, Departamental o Distrital de Salud, cuando se le contraten actividades del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, de conformidad con la normatividad vigente.</p>	<p>Se debe evidenciar la existencia de los soportes documentales que definan y detallen los procesos y procedimientos operativos para:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La especificación de las condiciones para la recepción de población, - La gestión del proceso de atención en salud, incorporando los mecanismos de seguimiento a la ejecución de las actividades, procedimientos e intervenciones en salud, de conformidad con el plan de cuidado primario que corresponda. - Los mecanismos para la coordinación con las EPS, en lo correspondiente al componente primario de la RIPSS de la cual hace parte, para la gestión en salud de la población a cargo en lo que corresponda. - Los mecanismos para la coordinación con las entidades territoriales, en lo correspondiente a las actividades a cargo en marco de lo establecido en la Resolución 518 de 2015, o las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, en los casos que corresponda. - La articulación con el sistema de referencia y contrareferencia de las EPS, la garantía de disponibilidad de información sistemática a las entidades que la requieran sobre su capacidad instalada disponible para la atención en salud, por parte del prestador primario. - La planeación y la ejecución definidas por el Prestador Primario respecto de los recursos humanos, técnicos, financieros y físicos



1.2 ESTÁNDAR DE OPERACIÓN DEL PRESTADOR PRIMARIO		
CRITERIO A VERIFICAR	MODO DE VERIFICACIÓN	ALCANCE Y ESPECIFICIDAD
	<p>1.2.1.1.5 La remisión y contra remisión de usuarios de la población a cargo y los mecanismos para garantizar la continuidad de la atención, en el contexto de la Resolución 1441 de 2016 o la norma que la modifique.</p> <p>1.2.1.1.6 La planeación, adquisición, manejo, optimización y control de los recursos humanos, técnicos, financieros y físicos necesarios para la prestación de servicios de salud del prestador primario.</p> <p>1.2.1.1.7 La gestión operativa de la información y de los instrumentos y plataformas tecnológicas que la soportan, para los ámbitos asistencial y administrativo</p> <p>1.2.1.1.8 Los reportes sistemáticos y obligatorios de información definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud, la Entidad Territorial de Salud y por las EPS.</p> <p>1.2.1.1.9 Las estrategias para la planeación y gestión de los equipos multidisciplinarios de salud.</p> <p>1.2.1.1.10 Los mecanismos definidos para garantizar la comunicación con la población a cargo respecto de la gestión de la prestación de los servicios de salud por parte del prestador primario de servicios de salud.</p>	<p>necesarios para la prestación de servicios de salud por parte del Prestador Primario de servicios de salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los Instrumentos, procesos y plataformas tecnológicas y su articulación, para la gestión de la información asistencial y administrativa de la población a cargo, incluyendo las actividades de vigilancia epidemiológica en lo correspondiente a su competencia y requerimientos de las EPS, entidades departamentales y distritales de salud y el Ministerio de Salud y Protección Social. - La gestión de la información a ser reportada de manera obligatoria al Ministerio de Salud y Protección Social, La Superintendencia Nacional de Salud, las Entidades Territoriales de Salud y las EPS correspondientes, incluyendo los lineamientos para el tratamiento de la información, el mejoramiento continuo en términos de calidad y cobertura, de conformidad con los lineamientos establecidos por el Sistema de Información para la Protección Social – SISPRO o el que haga sus veces. - La definición de las estrategias y los recursos requeridos para la gestión del talento humano asistencial y administrativo, incluyendo lo relacionado con los equipos multidisciplinarios de salud. - Las Estrategias, recursos y cronograma de actividades de información y comunicación periódica hacia la población a cargo y su familia para la gestión del proceso de atención en salud.



1.3 ESTÁNDAR DE SEGUIMIENTO DEL PRESTADOR PRIMARIO		
CRITERIO A VERIFICAR	MODO DE VERIFICACIÓN	ALCANCE Y ESPECIFICIDAD
<p>1.3.1. Procesos para la realización del seguimiento a la continuidad y resolutivez de la atención en salud de la población a cargo.</p>	<p>Verificar:</p> <p>1.1.1.1 La existencia de procesos documentados donde se especifiquen los mecanismos e instrumentos para:</p> <p>El seguimiento a la atención en salud de la población a cargo, con el monitoreo correspondiente, incluyendo, los resultados obtenidos en la gestión de la prestación de servicios de salud para la población a cargo y los logros esperados y alcanzados en la gestión de la prestación de servicios de salud a su cargo.</p> <p>1.1.1.2 La existencia de procesos documentados que definan los lineamientos para la recolección, análisis y utilización de información para el seguimiento a la atención de la población a cargo, acorde con los lineamientos técnicos y/o normativos vigentes.</p> <p>1.1.1.3 La existencia de mecanismos e instrumentos para la divulgación de los resultados obtenidos en torno al seguimiento del proceso de atención en salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Documentos que definan los instrumentos, metodologías y procedimientos para el seguimiento de la atención en salud a la población a cargo, el cumplimiento de los planes de cuidado y verificación de los resultados frente a las condiciones de salud de la misma. - Documento que definan los Instrumentos, metodologías y procedimientos para el seguimiento y la evaluación del desempeño del Prestador Primario de servicios de salud. <p>Cuando en la conformación del Prestador Primario concurren otros prestadores, se deberá detallar en los documentos antes anotados, los mecanismos para el seguimiento de los procesos de articulación y coordinación con los otros prestadores que aportan servicios, así como su contribución a la gestión en la prestación de servicios de salud del Prestador Primario.</p> <p>Cuando se oferten por parte del prestador primario actividades del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, se deberá detallar en los documentos antes anotados, los mecanismos para el seguimiento de éstas de conformidad con lo definido por la Dirección Municipal, Departamental o Distrital de Salud.</p> <p>Debe incluir de manera adicional, los lineamientos y mecanismos definidos para recolección, análisis y utilización de información para el seguimiento del desempeño propio como Prestador Primario de Servicios de Salud y del cumplimiento de los planes de actividades, procedimientos e intervenciones</p>



1.3 ESTÁNDAR DE SEGUIMIENTO DEL PRESTADOR PRIMARIO		
CRITERIO A VERIFICAR	MODO DE VERIFICACIÓN	ALCANCE Y ESPECIFICIDAD
		<p>definidos para la atención en salud, incluyendo lo correspondiente en términos de resultados en salud.</p> <p>Lo anteriormente mencionado conforme a los lineamientos del Sistema Integral de Información de la Protección Social — SISPRO o el que haga sus veces, para el seguimiento y evaluación del Prestador Primario de Servicios de Salud.</p> <p>Instrumentos para la identificación de oportunidades de mejora en la prestación de servicios de salud y el desarrollo y seguimiento de acciones de mejora continua en calidad.</p> <p>- Herramientas y procedimientos para la evaluación de la satisfacción por la atención de la población a cargo, así como para la gestión de solicitudes, quejas y reclamos de la misma</p>

▪ **Estándares y criterios de permanencia de la habilitación de los Prestadores Primarios De Servicios De Salud**

La Institución Prestadora de Servicios de Salud habilitada como Prestador Primario deberá garantizar el cumplimiento de los siguientes criterios de permanencia para mantener su habilitación, los cuales deberán ser verificados por la Entidad Departamental y Distrital de Salud, de conformidad con la normatividad vigente, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

1.1 ESTÁNDAR DE CONFORMACIÓN Y ORGANIZACIÓN DEL PRESTADOR PRIMARIO		
CRITERIO A VERIFICAR	MODO DE VERIFICACIÓN	ALCANCE Y ESPECIFICIDAD
1.1.1 Instrumentos, mecanismos e información para desarrollar el cuidado	Verificar:	Documento de los planes de cuidado primario definidos para la atención de la población actualizados, incluyendo:



<p>primario de la población a cargo.</p>	<p>1.1.1.1. Planes de cuidado primario desarrollados y ejecutados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La ejecución de las actividades, procedimientos e intervenciones individuales (en los casos que corresponda las intervenciones colectivas), incluyendo, los ajustes o modificaciones realizadas al plan de cuidado primario por mejora del proceso de atención en salud para la población. - Los resultados del monitoreo a la ejecución y ajuste del plan de cuidado primario, incluyendo, las acciones de mejora propuestas e implementadas como resultado del seguimiento realizado.
<p>1.1.2. Oferta de servicios para conformar el Prestador primario, de conformidad a lo definido por la Política de Atención Integral en Salud.</p>	<p>Verificar:</p> <p>1.1.2.1. Servicios de salud disponibles y habilitados por el Prestador primario de servicios de salud habilitado.</p>	<p>Se deberá verificar que el prestador primario de servicios de salud habilitado:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuento con Servicios de salud habilitados exigidos dentro de la conformación del prestador primario de servicios de salud, lo cual podrá ser verificado a través de Módulo de Prestador Primario del REPS. <p>Cuando en la conformación y operación del Prestador Primario concurren otros prestadores, deberá verificarse que existen contratos vigentes o acuerdos de voluntades, con al menos el alcance y especificidad previstos para los criterios en las condiciones de Entrada.</p>
	<p>1.1.2.2. Planes para garantizar la accesibilidad, oportunidad y continuidad en la prestación de servicios de salud, elaborados y actualizados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Documento que soporte la implementación de los planes ante la ocurrencia de eventos que puedan afectar la prestación de los servicios de salud, con detalle de las acciones adelantadas y resultados obtenidos, así como la coordinación con otras entidades, entre otros.



<p>1.1.3. Equipo multidisciplinario de salud en condiciones de pertinencia, calidad y suficiencia.</p>	<p>1.1.3.1. Equipo multidisciplinario en salud conformado en condiciones de suficiencia.</p>	<p>- Documento que analice:</p> <ul style="list-style-type: none"> o La suficiencia del equipo multidisciplinario de salud para la atención de la población a cargo. o Las acciones y la gestión realizada por el equipo multidisciplinario de salud en la atención de la población a cargo, conforme al el plan de cuidado primario.
1.2. ESTÁNDAR DE OPERACIÓN DEL PRESTADOR PRIMARIO		
CRITERIO A VERIFICAR	MODO DE VERIFICACIÓN	ALCANCE Y ESPECIFICIDAD
<p>1.2.1. Procesos para la gestión de la prestación de servicios de salud del Prestador Primario de servicios de salud</p>	<p>Verificar:</p> <p>1.2.1.1. La implementación, evaluación y cumplimiento de los procesos, procedimientos operativos, mecanismos e instrumentos para la gestión de la prestación de los servicios del Prestador Primario de servicios de salud.</p> <p>1.2.1.2. Las acciones de mejora diseñadas e implementadas para el mejoramiento de los procesos, procedimientos operativos, mecanismos e instrumentos para la gestión de la prestación de los servicios del Prestador Primario de servicios de salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Documento que evidencie la implementación, evaluación y cumplimiento de los procesos, procedimientos operativos, mecanismos e instrumentos para la gestión de la prestación de los servicios del Prestador Primario de servicios de salud. - Documento donde se presenten los resultados de la implementación de las acciones de mejora en los procesos, procedimientos operativos, mecanismos e instrumentos para la gestión de la prestación de los servicios del Prestador Primario de servicios de salud.



1.3. ESTÁNDAR DE SEGUIMIENTO DEL PRESTADOR PRIMARIO		
CRITERIO A VERIFICAR	MODO DE VERIFICACIÓN	ALCANCE Y ESPECIFICIDAD
1.3.1. Procesos para la realización del seguimiento a la continuidad y resolutividad de la atención en salud de la población a cargo.	<p>Verificar:</p> <p>1.3.1.1. El seguimiento y análisis periódico de la gestión de la prestación de los servicios de salud a su población a cargo, de acuerdo con los resultados esperados en términos de la gestión del riesgo en salud y prioridades en salud definidas.</p> <p>1.3.1.2. El seguimiento y análisis periódicos de los resultados en salud atribuibles al Prestador Primario, según las condiciones establecidas por las diferentes entidades responsables de pago.</p> <p>1.3.1.3. La existencia de procesos continuos y sistemáticos de revisión de las fuentes de información, de las acciones de mejora diseñadas e implementadas sobre dichas fuentes y de los mecanismos para soportar los requerimientos de información.</p> <p>1.3.1.4. La publicación de los resultados de la gestión y el desempeño del Prestador Primario de servicios de salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Documentos de seguimiento a la prestación de los servicios de salud realizados al menos una vez al año, que contenga: <ul style="list-style-type: none"> o La gestión realizada a la población a cargo de conformidad con los planes de cuidado primario realizados y las prioridades en salud definidas. <p>Los resultados en salud definidos por grupos de riesgo atribuibles al Prestador Primario de servicios de salud.</p> o Las acciones de mejora realizadas por parte del Prestador Primario de servicios de salud habilitado en función de los resultados de los procesos de seguimiento a la gestión realizados anualmente - Documento que dé cuenta de la implementación de procesos continuos de mejoramiento de las fuentes de información del Prestador Primario en términos de contenido, cobertura y calidad del dato. - Documento publicado de los resultados en la gestión de la prestación de los servicios de salud, del desempeño propio como Prestador Primario de servicios de salud, de las oportunidades de mejoras identificadas en el ejercicio y del desarrollo y seguimiento de acciones de mejora continua en calidad.