PROCESO DIRECCIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL

FORMATO GUÍA DE APRENDIZAJE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA GUÍA DE APRENDIZAJE

- **Denominación del Programa de Formación:** Tecnólogo Gestión de Procesos Administrativos de Salud
- **Código del Programa de Formación:** 121101
- **Nombre del Proyecto:** Calidad en el proceso de atención al usuario en la red de salud en instituciones públicas y privadas.
- **Fase del Proyecto:** Planeación
- **Actividad de Proyecto:**
    - Elaboraración de un diagnostico situacional de procesos involucrados con el sistema obligatorio de garantia de la calidad identificando estado de calidad actual frente a la calidad esperada.
- **Competencia:** Realizar acciones administrativas de planes y programas en las diferentes instituciones del sistema de salud de acuerdo al perfil epidemiológico de la población objeto y delegación de funciones.
- **Resultados de Aprendizaje Alcanzar:**
    - Caracterizar la situación de salud en Colombia y sus factores determinantes, de acuerdo con metodologías vigentes y políticas de salud.
    - Actualizar la información requerida en salud optimizando la tecnología disponible y de acuerdo con políticas y metodologías establecidas.
- **Duración de la Guía:** 120

2. PRESENTACIÒN



La salud pública entendida como un campo del conocimiento, que impulsa la calidad de vida y el devenir de las comunidades a través de la ciencia, la acción estatal, y la dinámica de construcción social. La salud pública es producto de las dinámicas de participación comunitaria e interdisciplinar, que pone en diálogo a las ciencias sociales, biológicas, matemáticas, económicas, políticas, administrativas, jurídicas e ingenierías, cuyo objetivo es fomentar la promulgación y ejecución de políticas públicas que garanticen las condiciones óptimas para la promoción de la salud, el desarrollo humano y el aumento progresivo de la calidad de vida de una sociedad. (Concepto aportado a la Asociación Colombiana de Salud Pública por las profesionales Lina María Murcia y Yesica Mendoza Padilla, médicas de la Escuela Latinoamericana de Medicina –ELAM (Cuba). Colombia: 2016).

En este marco, la salud se comprende como un derecho fundamental, y como el buen vivir de los individuos, familias, colectivos y comunidades, en todos sus ámbitos de vida y en relación con sus entornos social, ambiental, político, económico y cultural.

3. FORMULACION DE LAS ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

3.1 ACTIVIDAD DE REFLEXIÓN INICIAL

1. Salud y Enfermedad

Tanto la salud como la enfermedad son características asociadas a los individuos. Tienen una dimensión subjetiva, es decir, son percibidas por las personas que se sienten sanas o enfermas. Una de las formas más habituales de medir la salud es mediante cuestionarios que exploran la salud percibida. Es interesante notar cómo la buena salud percibida es compatible con el padecimiento de trastornos crónicos.

La salud según la asamblea fundacional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) celebrada el día 7 de abril de 1948 en San Francisco, es "un estado completo bienestar físico, psíquico y social y no solamente la ausencia de la enfermedad" Si bien la apelación a un estado completo de bienes físico ha sido muy criticada, asumir que la salud es una característica propia, independiente en cierto grado de la enfermedad, tiene demasiada transcendencia.

Tomado de Manual de Epidemiologia y salud pública 2 Edición Editorial Panamericana

Por lo anterior, lea las siguientes preguntas e intente responderlas.

1. ¿Qué entiendes por salud y enfermedad?
2. ¿Crees que hay una relación de entre salud y enfermedad?
3. ¿Qué es Calidad de Vida?
4. ¿Crees que la salud pública es importante en una sociedad?
5. ¿Conoces los servicios de promoción y prevención en salud pública en tu comunidad?

Detalles de la Actividad:



Estrategia Didáctica	Criterios de Evaluaciòn	Evidencias
Taller de Reflexión.	Reflexiona en grupo acerca del estado de salud de la población	Documeto con las preguntas resueltas.

3.2 Actividades de contextualización e identificación de conocimientos necesarios para el aprendizaje

3.2.1 Actividad de Aprendizaje 1: Conocer el proceso salud – enfermedad.

La salud que es el objeto de la medicina y de las profesiones de salud, no es una identidad, una realidad como lo es un objeto, sino una abtracción, u concepto que se hace referencia a una circunstancia humana, al ser un concepto depende de la cultura en la que se produce, pues ella es la que suminitra el patrón que define la forma de estar o de ser sano[1]

Leavell y Clark (1965), plantearon un esquema para tratar de explicar el desarrollo natural de la enfermedad, este medio dio un valioso aporte a la descripción del comportamiento de la enfermedad y permitio definir en su momento un enfoque para abordar la enferemdad en sus diferentes etapas: Período Prepatogénico; Período patogénico subclínico; período prodrómico; período clínco; Período de resolución.

Las acciones de los servcios de salud y por ende el actuar de los profesionales tienen como objeto promover un estilo de vida, saludable, disminuir el sufriemiento humano, mantener la salud y mejorar la calidad de vida de los individuos, para ello se debe priorizar las actividades que apunten a la promoción de la salud y la prevención de los problemas de salud como tarea central.[2]

Descripción: Por medio de una lectura guiada por el instructor, los aprendices en grupos de 5 realizarán un mapa conceptual en donde se defina los siguientes términos:

a. Salud
b. Enfermedad
c. Historia Natural de la Enfermedad
d. Factores determinantes
e. Niveles de Prevención.

Después de elaborado el mapa mental cada grupo lo expone a sus compañeros, teniendo en cuenta que no se debe repetir lo que el anterior grupo explico, el grupo de aprendices debe estar atento a lo que informa sus compañeros para no repetir y traer ideas nuevas.

El instructor guiara las sesiones, cada grupo tendrá un tiempo de 20 minutos, terminada la actividad el instructor y los aprendices realizaran una conclusión y cierre de la sesión.

Materiales: Hojas de Block iris; Papel Kraff; Marcadores; Ega, lápices, tijeras, Hojas de Block.
Ambiente: Ambiente Convencional de Salud

Detalles de la Actividad:

[1] Jorge Humberto Blanco Restrepo, José María Maya Mejía; Fundamentos de Salud Pública; Tomo I Salud Pública; CIB Fondo Editorial; (2013): pg 1.
[2] Jorge Humberto Blanco Restrepo, José María Maya Mejía; Fundamentos de Salud Pública; Tomo I Salud Pública; CIB Fondo Editorial; (2013): pg 5.



Estrategia Didáctica	Criterios de Evaluaciòn	Evidencias
Elaboración de un mapa mental	**Realiza actividades administrativas de planeación y seguimiento de planes y programas en salud.**	Cartelera el mapa mental

3.2.1 Actividad de Aprendizaje 2: Indagar sobre los Determinantes Sociales de Salud

Henrick Blum (1971), planteó que la salud es el resultante de muchas fuerzas y variables, las cuales el agrupa en cuatro categorías de factores: ambiente, comportamiento humano, herencia y servicios de salud, las cuales son lo determinates de salud.



Descripción de la actividad: Mediante una lluvia de ideas liderada por el instructor, participe sobre el concepto de determinantes sociales de la salud.

Elabore su árbol de la vida basándose en la siguiente imagen, incorpore las enfermedades que usted ha padecido y las de sus antecedentes familiares (relación de consanguinidad).

Materiales: Hojas de Block iris; Papel Kraff; Marcadores; Ega, lápices, tijeras, Hojas de Block.
Ambiente: Ambiente Convencional de Salud

Detalles de la Actividad:



Estrategia Didáctica	Criterios de Evaluaciòn	Evidencias
Elaboración del árbol de la vida.	**Realiza diseño del diagnóstico situacional de la población según delegación.**	Cartelera con el árbol de la vida.

3.3 Actividades de apropiación del conocimiento.

La salud pública es la actividad que se encamina a mejorar la salud de la población: representa la organización racional de todas las acciones y condiciones dirigidas a proteger la colectividad de los riesgos a que esta sometida, contribuir a mejorar su calidad de vida y buscar garantizar un buen estado de bienestar físico, mental y social desde el nacimiento hasta la muerte.

Estimado Aprendiz, con el desarrollo de las siguientes actividades usted logrará: definir la situación de salud teniendo en cuenta el perfil epidemiológico de la población con un enfoque investigativo en el ámbito Internacional, Nacional, Regional y/o Local.

Determinantes sociales de la salud.

3.3.1 Actividad de Aprendizaje 1: Describir los Determinates Sociales de Salud

Descripción de la actividad: Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los determinantes sociales de la salud (DSS) "son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Lea el informe de la comisión sobre los determinantes sociales de la salud realice un mapa conceptual sobre los aspectos más relevantes y Socialice en plenaria a sus demás compañeros.

Descripción de la Actividad: El enfoque de curso de vida aborda los momentos del continuo de la vida y reconoce que el desarrollo humano y los resultados en salud dependen de la interacción de diferentes factores a lo largo del curso de la vida, de experiencias acumulativas y situaciones presentes de cada individuo influenciadas por el contexto familiar, social, económico, ambiental y cultural; entendiendo que invertir en atenciones oportunas en cada generación repercutirá en las siguientes y que el mayor beneficio de un momento vital puede derivarse de intervenciones hechas en un período anterior. (Minsalud, 2015). A partir de la lectura del "ABCÉ, Enfoque de Curso de Vida" realice un crucigrama para socializar con sus compañeros e intercambie para su solución en clase.

Materiales: Hojas de Block iris; Papel Kraff; Marcadores; Ega, lápices, tijeras, Hojas de Block.
Ambiente: Ambiente Convencional de Salud

Detalles de la Actividad:



Salud Pública

3.3.2 Actividad de Aprendizaje 2: Conocer la Historia de la Salud Pública

Descripción de la actividad: En grupos de 5 aprendices que estarán asignados por el instructor; leerán el siguiente artículo:

Tema: Funciones esenciales de la salud pública. Bibliografía: Salud pública: teoría y práctica. Mauricio Hernández, Eduardo Lazcano. México Instituto Nacional de Salud Publica Ed. Manual Moderno. El cual hace referentes sobre la evolución y tendencia de la salud pública a nivel internacional y nacional, además los aprendices podrán consultar sobre el tema; además en la plataforma se podrá consultar el material de apoyo para realizar la actividad. Luego de haber leído los aprendices empezaran a realizar una línea de tiempo con todos los grupos teniendo en cuenta la evolución de la salud publica en los diferentes años.

Al final de la actividad todos deberán participar en la elaboración de una línea de tiempo de la historia de la Salud Publica, teniendo en cuenta las fechas y los acontecimientos importantes en cada siglo, es importante que deben iniciar a nivel internacional y luego terminar en Colombia.

Cuando terminen la actividad se debatirá en mesa redonda los puntos positivos y negativos de la actividad desarrollada, además se aclaran las dudas con el instructor referentes al tema.

Materiales: Hojas de Block iris; Papel Kraff; Marcadores; Ega, lápices, tijeras, Hojas de Block.
Ambiente: Ambiente Convencional de Salud

Detalles de la Actividad:



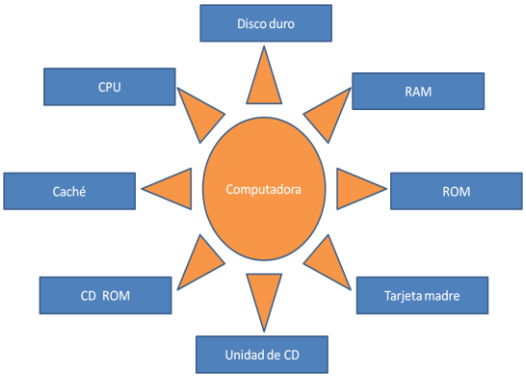
Estrategia Didáctica	Criterios de Evaluaciòn	Evidencias
Elaboración de la línea de Tiempo.	Genera la información requerida por el sistema de información de salud según lineamientos	Línea de Tiempo

3.3.3 Actividad de Aprendizaje 3: Identificar la salud pública y la normatividad legal vigente.

Descripción de la actividad: Héctor Abad Gómez, médico y especialista en salud pública, murió en 1987 y aportó gran conocimiento en materia de salubridad. Dentro de la selección de texto contemplada en "Fundamentos éticos de la salud pública" él habla sobre ¿Qué es la salud pública? Pág. 99.

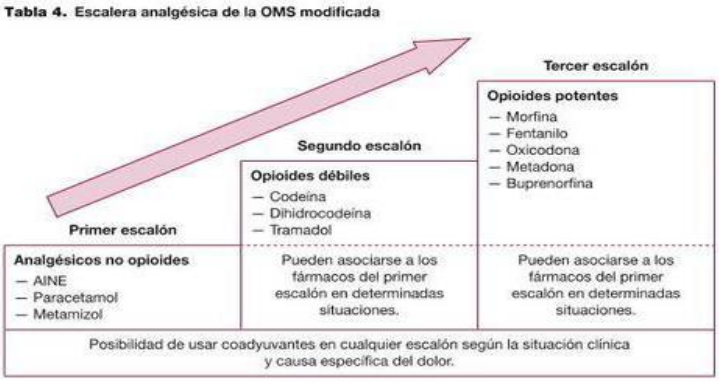


Conforme un equipo de trabajo y realice un mapa tipo arcoíris en un octavo de cartulina de acuerdo con lo planteado por el instructor sobre el concepto de salud pública y la relación con la dignidad humana colombiana para socializar en el ambiente de aprendizaje.



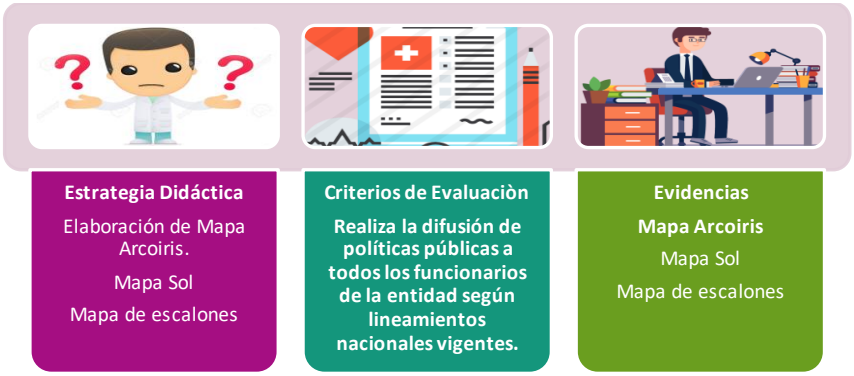
Realizar otro mapa tipo sol en un octavo de cartulina con las funciones de salud publica que están en el siguiente documento entregado de por el Instructor Funciones esenciales de la salud pública; Eduardo Lazcano Ponce, Olga Georgina Martínez Montañez, Sofía Charvel, Mauricio Hernández Ávila. Capitulo 1. Editorial Manual Moderno.

Realizar un mapa tipo escalones donde se evidencie la normatividad legal vigente de salud pública en Colombia.



Materiales: Hojas de Block iris; Papel Kraff; Marcadores; Ega, lápices, tijeras, Hojas de Block.
Ambiente: Ambiente Convencional de Salud

Detalles de la Actividad:



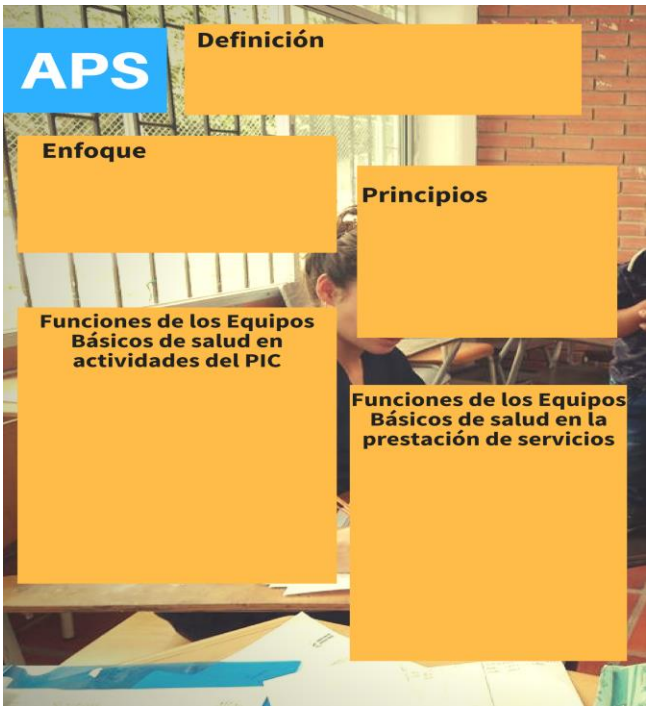
Atención Primaria en Salud

3.3.4 Actividad de Aprendizaje 4: Definir la Atención Primaria en Salud y el PIC.

La atención primaria en salud APS ha sido la estrategia global de atención en salud mediante la cual se pretendió alcanzar la meta de "Salud para todos en el año 2000"; esta estrategia fue formulada durante la conferencia internacional de APS llevada a cabo en ALMA ATA, en la antigua Rusia en 1978, patrocinada por la OMS y UNICEF; con el objeto de alcanzar para todos los habitantes del mundo un estado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva[3].

Descripción de la actividad: La Atención Primaria en Salud tiene una larga trayectoria en el país. Desde que se lanzó la Estrategia en Alma Ata (1978), Colombia la introdujo en su sistema de salud. En este sentido, se organizó la infraestructura necesaria en términos de presupuesto, de recursos humanos y de políticas públicas en salud. Con respecto a lo anterior, reviso la Estrategia de Atención Primaria en Salud elaborada por el Ministerio de salud y protección social en 2012 y completo lo siguiente:

[3] Jorge Humberto Blanco Restrepo, José María Maya Mejía; Fundamentos de Salud Pública; Tomo I Salud Pública; CIB Fondo Editorial; (2013): pg 89



Descripción de la actividad: Es un plan de beneficios compuesto por intervenciones de promoción de la salud y gestión del riesgo, las cuales se enmarcan en las estrategias definidas en el Plan Territorial de Salud (PTS), y buscan impactar positivamente los determinantes sociales de la salud y alcanzar los resultados definidos en el PTS. Comprende un conjunto de intervenciones, procedimientos, actividades e insumos definidos en el anexo técnico de la Resolución 518 de 2015[4], los cuales se ejecutarán de manera complementaria a otros planes de beneficio; en grupos de trabajo realizar un mapa metal de la Resolución 518 del 2015 y realizar la aplicación del PIC en la comunidad que cada grupo escogio.

Materiales: Hojas de Block iris; Papel Kraff; Marcadores; Ega, lápices, tijeras, Hojas de Block.
Ambiente: Ambiente Convencional de Salud

Detalles de la Actividad:



Estrategia Didáctica	Criterios de Evaluaciòn	Evidencias
Elaboración de un Diagrama y un mapa mental	Genera la información requerida por el sistema de información de salud según lineamientos	Diagrama Mapa Mental

[4] https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/Paginas/plan-de-intervenciones-colectivas.aspx.

Plan Decenal de Salud Pública

3.3.5 Actividad de Aprendizaje 5: Investigar el Plan Decenal de Salud Pública en Colombia.

El Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021, es producto del Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014, y busca la reducción de la inequidad en salud, planteando los siguientes objetivos: 1) avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud; 2) mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente; 3) mantener cero tolerancia frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitable. Uno de los mayores desafíos del Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021, es afianzar el concepto de salud como el resultado de la interacción armónica de las condiciones biológicas, mentales, sociales y culturales del individuo, así como con su entorno y con la sociedad, a fin de poder acceder a un mejor nivel de bienestar como condición esencial para la vida[5].

Descripción de la Actividad: Según el Ministerio de Salud y Protección Social, el Plan Decenal de Salud Pública PDSP, "busca la reducción de la inequidad en salud. A partir del siguiente esquema general del PDSP 2012-2021, investigue y realice el taller que entegara el instructor donde explicaran cada uno de sus componentes y sus principales características y descríbalo en el siguiente esquema:

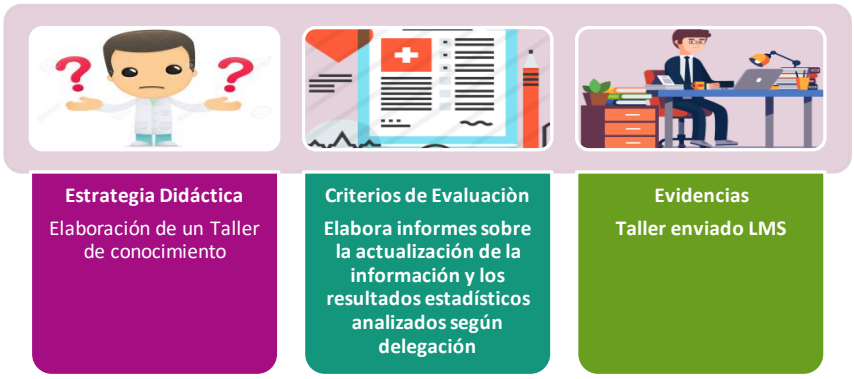


[5] https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/home2013.aspx

Observe el siguiente video realizado por el Ministerio de Salud y Protección Social sobre el Plan Decenal de Salud Pública, el cual reposa en la siguiente URL: https://www.youtube.com/watch?v=jZNX6iYrHec Consecuentemente, elabore un mapa tipo sol en una hoja tamaño carta (Más información: http://diagramasdenube.blogspot.com.co/2012/12/mapas-cognitivos.html), donde ubique en el centro una palabra clave que le indique la importancia de este plan y los beneficios para la salud en el contexto nacional. Una vez terminado, reúnase con cinco compañeros, socialice y saque tres conclusiones.

Materiales: Hojas de Block iris; Papel Kraff; Marcadores; Ega, lápices, tijeras, Hojas de Block.
Ambiente: Ambiente Convencional de Salud

Detalles de la Actividad:



3.3.6 Actividad de Aprendizaje 6: Reconocer el Modelo Atención Integral en Salud - MAITE



Para el desarrollo de la PAIS, se implementará el Modelo de Acción Integral Territorial —MAITE, conformado por el conjunto de acciones y herramientas que, a través de acuerdos interinstitucionales y comunitarios, orienten de forma articulada la gestión de los integrantes del sistema de salud en el territorio para responder a las prioridades de salud de la población y de este modo contribuir al mejoramiento continuo, la satisfacción de las expectativas de los ciudadanos y a la sostenibilidad del sistema, bajo el liderazgo del departamento o distrito.

Igualmente, el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), pretende unificar los elementos y acciones que proporcionen el desarrollo de herramientas (planes, programas, proyectos, normas, documentos técnicos y ejecuciones concretas) en el marco de ocho líneas de acción.

Descripción de la actividad: Los aprendices deberán realizar una lectura de los textos por grupos de trabajo de los siguientes temas:

1. G1: Resolución 3202 del 2016: “Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud - RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud - PAIS y se dictan otras disposiciones.”
2. G2: Resolución 3280 del 2018: El objetivo de esta resolución es adoptar los lineamientos, técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y de la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y las directrices para su operación, contenidos de los anexos técnicos que hacen parte integral de la resolución y son de obligatorio cumplimiento.
3. G3: Resolución 2626 del 2019: Por la cual se modifica la Politica de Atención Intergal en Salud (PAIS) y se adopta el modelo de Accion Integral Territorial MAITE.
4. G4: Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las RIAS Ministerio de Salud y Protección Social.
5. G6: Gestión Integral Del Riesgo En Salud. Perspectiva desde el Aseguramiento en el contexto de la Política de Atención Integral en Salud.

Cada grupo realizará un mapa mental que luego socializara a todo el grupo.

Materiales de formación: Block tamaño carta, lapiceros, borrador, video beam, diapositivas; computadores.

Ambiente: Ambiente Convencional de Salud

Detalles de la Actividad



3.3 Actividades de transferencia del conocimiento.

Situación Problemática

Así llegó el coronavirus a Colombia

Crónica de lo que ha pasado en el país desde el día del primer contagio hasta hoy

Este fin de semana, un relato sobre cualquier ciudad de Colombia en cuarentena podría empezar como La Peste, de Albert Camus: “A primera vista Oran es, en efecto, una ciudad como cualquier otra, una prefectura francesa en la costa argelina y nada más. La ciudad, en sí misma, hay que confesarlo, es fea. Su aspecto es tranquilo y se necesita cierto tiempo para percibir lo que la hace diferente de las otras ciudades comerciales de cualquier latitud”.



Ciudades solitarias, de fachadas vacías, de arquitectura hueca cuyos habitantes viven temerosos, ocultos, buscando evitar el contacto para que el virus no los ataque.

A esto se llegó después de tres meses. La pandemia, una palabra que por poco es eliminada del diccionario por falta de uso, comenzó a finales del año pasado en Wuhan, China, como una gripa que rápidamente se transformó en pulmonía y en enfermedad respiratoria grave, nadie pensó que el virus pudiera viajar 16.000 kilómetros a un país en el que muy pocos habían oído de Wuhan y del cual muy pocos wuhaneses habían escuchado en su vida: Colombia.

Cuando se presentó el primer caso en el país, el tema ya era recurrente en los medios. Desde principios de marzo se escuchaba de muertos en Italia, de exagerado aumento de contagio en España y solo era cuestión de tiempo para que llegara a Colombia. Las autoridades preparaban el plan de choque, como quien espera una tragedia anunciada.

Ese 6 de marzo, las noticias en el resto del mundo no eran nada esperanzadoras. En Italia el número de muertos aumentaba dramáticamente. Para esa época era de 197, el mayor aumento diario desde que el brote se presentó allí. Las autoridades italianas ya reportaban 4.600 casos.

Fue precisamente de ese país desde donde se importó el primer enfermo. Se trata de una mujer de 19 años que llegó al aeropuerto Eldorado, de Bogotá, sin síntomas del virus que pudieran alertarla. Su familia le preparó una pequeña fiesta de bienvenida y salieron a algunos sitios. Según el ministro de Salud, Fernando Ruiz, la paciente tuvo contacto con 16 personas más. Ese fue el caso cero de una cadena que se ha venido esparciendo por personas que viven en el exterior y retornan a su país y por quienes se contagian de manera local.

En efecto, el virus viaja en avión. Los dos siguientes casos fueron detectados en Buga, Valle del Cauca y Medellín, Antioquia provenientes de España. En ese país las cosas tampoco iban bien por esa época. Los casos habían aumentado a 345 contagiados y ya se contaban cinco muertos.

El 11 de marzo los casos comenzaron a aparecer en Colombia como relacionados a los primeros. Esta vez los infectados no habían visitado Madrid, Nisa o el Rin. Estaban en Colombia, pero como se dice, en el lugar y en el momento menos indicado: en contacto con los infectados de una enfermedad asintomática. Para ese día ya eran nueve los casos, de los cuales tres habían llegado de España, Estados Unidos e Italia. A las ciudades en las que se instalaba la enfermedad se sumaron Cartagena e Itagüí.

Fue ese miércoles en el que la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la enfermedad como una pandemia, es decir, que se encuentra en los cinco continentes y tiene una afectación grave para los habitantes del planeta.

Ese día ya se contaban 118.000 casos en el mundo y 4.291 muertos. En ese momento el aeropuerto Eldorado comenzó a implementar el protocolo para visitantes internacionales y el aislamiento preventivo voluntario para todo extranjero que visitaba el país. El presidente Iván Duque aseguró que si el extranjero no tenía para sobrellevar su aislamiento era mejor que no visitara el país.

Foto Diana Rubiano/ El Nuevo Siglo
https://www.elnuevosiglo.com.co/articulos/03-2020-asi-llego-el-coronavirus-colombia

Realice un Informe donde se realice un Analisis del Coronavirus en Colombia, deberá ser presentado en normas APA y aplicando todo lo desarrollado en esta Guia de Aprendizaje y resolver en ese informe las siguientes preguntas.

- ✓ ¿Cómo ha sobre llevado este contagio?
- ✓ ¿Por qué cree que se presentó este virus?
- ✓ ¿Este suceso llevó a qe el país tomara en cuenta los estilos de vida saludbale?
- ✓ ¿Por qué se presentan estas enfermedades, que opina?
- ✓ ¿La salud publica como paraticipa de este contagio?
- ✓ ¿Cuáles serían las acciones individuales y colectivas que desarrollar?

Materiales de formación: Block tamaño carta, lapiceros, borrador, video beam, diapositivas; computadores.

Ambiente: Ambiente Convencional de Salud

Detalles de la Actividad



Estrategia Didáctica	Criterios de Evaluaciòn	Evidencias
Elaboración de un mapa mental	Presenta informes a quienes corresponda frente al cumplimiento de metas y al seguimiento de los indicadores de referencia.	Cartelera el mapa mental

4. ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN

Evidencias de Aprendizaje	Criterios de Evaluación	Técnicas e Instrumentos de Evaluación
Evidencias de Conocimiento Respuesta a preguntas escritas sobre las temáticas trabajads en la guía de aprendizaje. **Evidencias de Desempeño** Observación directa sobre investigación de la historia natural de la enfermedad. **Evidencias de Producto** Informe sobre Estudio de Caso Análisis Coronavirus.	• Realiza actividades administrativas de planeación y seguimiento de planes y programas en salud. • Realiza diseño del diagnóstico situacional de la población según delegación. • Aplica la metodología para el análisis del diagnóstico situacional según lineamientos. • Actualiza las bases de datos en salud de acuerdo a la información de las entidades territoriales. • Actualizar las bases de datos de la población asignada. • Genera la información requerida por el sistema de información de salud según lineamientos	**Técnica de evaluación:** Prueba de conocimientos **Instrumento de Evaluación:** Cuestionario **Técnica de evaluación**: Observación directa **Instrumento de Evaluación:** Lista de chequeo **Técnica de evaluación:** Valoración de producto **Instrumento de evaluación:** Lista de verificación

	• Elabora informes sobre la actualización de la información y los resultados estadísticos analizados según delegación • Realiza la difusión de políticas públicas a todos los funcionarios de la entidad según lineamientos nacionales vigentes. • Presenta informes a quienes corresponda frente al cumplimiento de metas y al seguimiento de los indicadores de referencia.	

5. GLOSARIO DE TERMINOS

- ✓ **ASINTOMATICO:** Periodo de una enfermedad (contagio o pródromo), donde no se hacen evidentes los signos clínicos.
- ✓ **ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS):** Es la asistencia sanitaria esencial, accesible, a un costo que el país y la comunidad puedan soportar, realizada con métodos prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables.
- ✓ **AUTORIDADES SANITARIAS:** Entidades jurídicas de carácter público con atribuciones para ejercer funciones de rectoría, regulación, inspección, vigilancia y control de los sectores público y privado en salud y adoptar medidas de prevención y seguimiento que garanticen la protección de la salud pública.
- ✓ **CONDICIONES DE VIDA:** Son el entorno cotidiano de las personas, dónde éstas viven, actúan y trabajan. Estas condiciones de vida son producto de las circunstancias sociales y económicas, y del entorno físico, todo lo cual puede ejercer impacto en la salud, estando en gran medida fuera del control inmediato del individuo.
- ✓ **CONDUCTA DE RIESGO:** Forma específica de conducta de la cual se conoce su relación con una susceptibilidad incrementada para una enfermedad específica o para un estado de salud deficiente.
- ✓ **CONTACTO DIRECTO:** Transmisor de agentes patógenos de persona a persona mediante besos, copulación, manipulación, compartición de alimentos, agua o ropajes.
- ✓ **CONTAGIO:** Forma o tipo de transmisión de una patología por contacto directo o indirecto.
- ✓ **CONTROL EPIDEMICO:** Son planes de manejo que diseñan los epidemiólogos y van dirigidos hacia el reservorio (eliminación de ratas, inmunizar perros, eliminar murciélagos), hacia la transmisión (purificar aguas, pasteurizar la leche, enseñar hábitos dentales y manuales en la escuela), a vacunar a la población o a aislar por cuarentena a los infectados.

- ✓ **DEMANDA INDUCIDA:** Son todas las acciones encaminadas a informar y educar a la población afiliada, con el fin de dar cumplimiento a las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana establecidas en las normas técnicas.
- ✓ **DETECCIÓN TEMPRANA:** Es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones que permiten identificar en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitan su diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, la reducción de su duración y el daño causado, evitando secuelas, incapacidad y muerte.
- ✓ **ENDEMIA:** Enfermedad endémica. Enfermedad muy habitual, que siempre se presenta en una comunidad.
- ✓ **ENCUESTA**: Instrumento utilizado para la recolección de información dentro de los métodos proactivos, con el fin de conocer una característica determinada en una población específica.
- ✓ **ENFERMEDAD:** Alteración de la actividad normal del organismo.
- ✓ **ENFERMEDAD INFECCIOSA:** Alteración del organismo producida por un microorganismo o un virus.
- ✓ **ENFERMAD NO INFECCIOSA:** Trastorno causado por el propio organismo (trastornos del sistema circulatorio, respiratorio o el cáncer).
- ✓ **ENFERMEDAD INFECTOCONTAGIOSA:** Causada por microorganismos patógenos. Ej. cólera, EPOC, IRA, sarampión, parotiditis, Sida y tuberculosis, meningitis, hepatitis, rabia, rubéola.
- ✓ **ENFERMEDAD INMUNOPREVENIBLE:** Son patologías cuyo desarrollo en el organismo puede ser restringido mediante inmunizaciones controladas.
- ✓ **ENFERMEDAD PARASITARIA:** Patología causada por la instalación, infestación o contagio con parásitos.
- ✓ **EPIDEMIA:** enfermedad que se presenta de improviso, en un numero infrecuentemente alto de individuos de una misma comunidad y, al mismo tiempo.
- ✓ **ESTADO DE SALUD:** Descripción y/o medida de la salud de un individuo o población en un momento concreto en el tiempo, según ciertas normas identificables, habitualmente con referencia a indicadores de salud.
- ✓ **ESPERANZA DE VIDA:** Es la media de la cantidad de años que vive una determinada población absoluta o total en un cierto período.
- ✓ **FECUNDIDAD:** Realización efectiva de la fertilidad, es decir, la abundancia de la reproducción biológica. Puede aplicarse también a cualquier especie biológica o incluso a la tierra misma.
- ✓ **INCUBACION:** Periodo de una enfermedad infectocontagiosa en el que el patógeno se introduce y se reproduce dentro del individuo sin mostrar los signos clínicos de la enfermedad.
- ✓ **INFECCION**: Es la colonización de un organismo huésped por especies exteriores. Implantación y desarrollo en el organismo de uno o más agentes patógenos que siempre provocan una acción morbosa.
- ✓ **MORBILIDAD:** Es un término de uso médico y científico que sirve para señalar la cantidad de personas o individuos considerados enfermos o víctimas de una enfermedad en un espacio y tiempo determinados.
- ✓ **MORTALIDAD:** Número proporcional de defunciones en una población o tiempo determinados.
- ✓ **NATALIDAD:** Nacimientos que se producen en una comunidad relacionados con el número de población fértil en un determinado período de tiempo.
- ✓ **PATOGENO:** Agente biológico capaz de provocar enfermedades.
- ✓ **PATOLOGIA:** Término médico que describe las características de un padecimiento o cambio anómalo en la estructura o función del cuerpo o la mente.

- ✓ **PORTADOR:** Individuo infectado que no presenta los signos clínicos de la patología. Puede haber portadores agudos (su estado infeccioso es muy breve: niños con meningitis o con diarrea), o portadores crónicos (personas que permanecen infectadas por largo tiempo: ancianos con tuberculosis o lepra).

6. REFERENTES BILBIOGRAFICOS

- ✓ Salud pública: teoría y práctica. Mauricio Hernández, Eduardo Lazcano. México Instituto Nacional de Salud Publica Ed. Manual Moderno.
- ✓ Fundamentos de Salud Pública; Tomo I Salud Pública; Jorge Humberto Blanco Restrepo, José María Maya Mejía; CIB Fondo Editorial; 2013.
- ✓ Boletín Epidemiológico OPS Sobre el concepto de salud-enfermedad. Descripción y explicación de la situación de salud.
- ✓ Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las RIAS. Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá D.C., abril de 2016.
- ✓ Manual de Medicina Preventiva y Social I. Unidad 1. LA SALUD Y SUS DETERMINANTES. LA SALUD PÚBLICA Y LA MEDICINA PREVENTIVA. Prof. Titular Dr. Gabriel Acevedo; Prof. Adjunto Dr. David Martínez; Prof. Asistente Med. Lisandro Utz.
- ✓ Concepto actual de salud pública; Vicente Navarro.
- ✓ Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Johnson, J., y Joamseen, M.: Democracy, Health nt Word Buvwood. 1989.

7. CONTROL DEL DOCUMENTO

	Nombre	Cargo	Dependencia	Fecha
Autor (es)	**Sandra Milena Enriquez Tróchez**	**Instructor**	**Centro de Comercio y Servcios**	**Marzo de 2020**

8. CONTROL DE CAMBIOS (diligenciar únicamente si realiza ajustes a la guía)

	Nombre	Cargo	Dependencia	Fecha	Razón del Cambio
Autor (es)					

1. IDENTIFICACIÓN DE LA GUIA DE APRENDIZAJE

- Denominación del Programa de Formación: Técnico en Salud Pública
- Código del Programa de Formación: 331308 versión 3
- Nombre del Proyecto: Promoción de entornos saludables para el cuidado de la salud y la vida.
- Fase del Proyecto: Ejecución
- Actividad de Proyecto: AP3- Realizar Acciones Individuales y Colectivas enmarcadas en la salud pública de la población focalizada de acuerdo a normatividad vigente.
- Competencia:
  Técnicas
  230101222: Promocionar acciones de salud de acuerdo con la normativa de Salud Pública.
- Resultados de Aprendizaje Alcanzar:

  230101239-01 Establecer condiciones de riesgo en salud teniendo en cuenta condiciones del individuo familia y comunidad.

  230101239-02 Desarrollar estrategias de intervención de acuerdo con el riesgo identificado y el plan definido por el equipo de salud.

  230101239-03 Realizar procedimientos básicos en salud teniendo en cuenta el riesgo identificado y plan de intervención.

  230101239-04 Atender al usuario en caso de accidente o enfermedad de acuerdo con protocolo de primeros auxilios.

  Duración de la Guía: 240 horas

2. PRESENTACION

La Promoción de la Salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de las personas, sino también las dirigidas

a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual.



La Promoción de la Salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los **determinantes de la salud** y en consecuencia, mejorarla. La participación es esencial para sostener la acción en materia de Promoción de la Salud.

3. FORMULACION DE LAS ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

3.1 ACTIVIDAD DE REFLEXIÓN



¿Qué es la etiqueta respiratoria y cómo aplicarla correctamente?

¿Hace falta usar mascarilla contra el Covid-19?

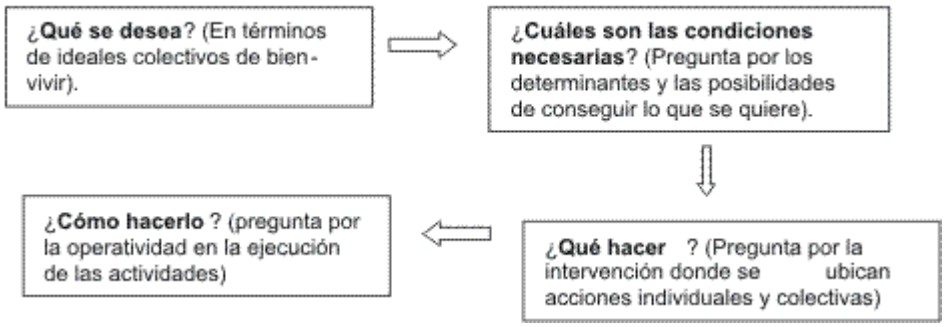
¿Qué otras medidas debemos adoptar para evitar el contagio?

Las éticas respiratorias son protocolos o normas, para protegerse de la **"infección contra el coronavirus.**

3.2 ACTIVIDADES DE CONTEXTUALIZACIÓN:

La promoción y prevención: Proceso para proporcionar a las poblaciones los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma, mediante la intervención de los determinantes de la salud y la reducción de la inequidad. Esto se desarrolla fundamentalmente a través de los siguientes campos: formulación de política pública, creación de ambientes favorables a la salud, fortalecimiento de la acción y participación comunitaria, desarrollo de actitudes personales saludables y la reorientación de los servicios de salud; por sus características la promoción de la salud supone una acción intersectorial sólida que hace posible la movilización social requerida para la transformación de las condiciones de salud.(Minsalud).

La lógica de las acciones en salud.



Tomado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642002000100001#fig2

3.2.1 Participe de la galería del concepto de promoción de la salud. Elabore un gráfico, entrégalo al instructor, pega las cartulinas estilo galería; usted deberá observar cada uno de los dibujos realizados por sus compañeros. Genere tres (3) conclusiones de lo evidenciado para debatir en plenaria.

3.3 ACTIVIDADES DE APROPIACIÓN DEL CONOCIMIENTO (CONCEPTUALIZACIÓN Y TEORIZACIÓN).

Referentes internacionales y Nacionales para la promoción de la salud.

3.3.1 Las conferencias mundiales de promoción de la salud han generado acciones y estrategias prioritarias sobre las que se considera necesario incidir para mejorar la salud de los individuos y colectivos. Investigue cada una de estas conferencias y construya un dramatizado sobre una designada por el instructor, donde plasme sus características principales y lema. La OMS ha establecido los conceptos, principios y áreas de acción en esta materia, y han situado la promoción de la salud en el contexto general de la globalización (Ottawa, 1986, y Bangkok, 2005).

En ellas se han examinado la formulación de políticas públicas saludables (Adelaide, 1988) y la creación de entornos propicios (Sundsvall, 1991), así como la creación de capacidad para la promoción de la salud y su función a la hora de abordar los determinantes de la salud (Yakarta, 1997, y México, 2000). Shangai (China) noviembre de 2016.También han defendido acciones para reducir el desfase entre las evidencias y su aplicación concreta en el desarrollo de la salud (Nairobi, 2009). En la 8.ªConferencia Mundial de Promoción de la Salud (Helsinki, 2013) se examinaron las experiencias en relación con el enfoque “La salud en todas las políticas” y se establecieron orientaciones para acciones concretas en los países de cualquier nivel de desarrollo.

- A partir de la lectura de las conferencias mundiales, el instructor le asignara a su grupo colaborativo una de estas, con la que crearán un relato a manera de fábula contando sus características principales. Posteriormente, cada grupo debe socializar su relato y sacar sus propias concluciones.

La promoción de la salud: se entiende como la “suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva” (OMS/OPS, citado por García y Tobón, p.5, s. f.); también se liga al bienestar y a la calidad de vida, y es esencialmente protectora de la salud. A partir de

la Declaración de Shanghái sobre la promoción de la salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, se enfatiza en el control de las personas sobre su propia salud, así como a las intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida (OMS, 2016a). De igual manera, se proponen tres componentes esenciales: 1. buena gobernanza sanitaria; 2. educación sanitaria; y 3. ciudades saludables.

- Teniendo en cuenta los componentes esenciales de la conferencia Shangai: 1. buena gobernanza sanitaria; 2. educación sanitaria; y 3. ciudades saludables. elabora una infografía con cada uno de ellos.

Plan Decenal de salud pública-PDSP

3.3.2 El PDSP generó una serie de acciones específicas en los siguientes ítems: estilos saludables, vacunación, enfermedades no transmisibles, salud nutricional, enfermedades transmisibles, epidemiología y demografía, centro nacional de enlace, salud sexual y reproductiva, salud ambiental, salud mental y poblaciones vulnerables. De acuerdo con la asignación del instructor, durante su práctica realice dos entrevistas en la cual consigne las diferentes actividades que se están llevando a cabo con relación a las acciones mencionadas.

Protección específica, detección temprana

3.3.3 Consulte el concepto de protección específica y detección temprana en salud y elabore una propuesta de intervención de promoción de la salud para trabajar con sus compañeros.

3.3.4 Investigue sobre los conceptos, características, modelos de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad y establezca las diferencias en el siguiente cuadro.

	PROMOCIÓN DE LA SALUD	PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD
Concepto		
Antecedentes		
Componentes		
Objetivo		
Población objeto		
Agentes		

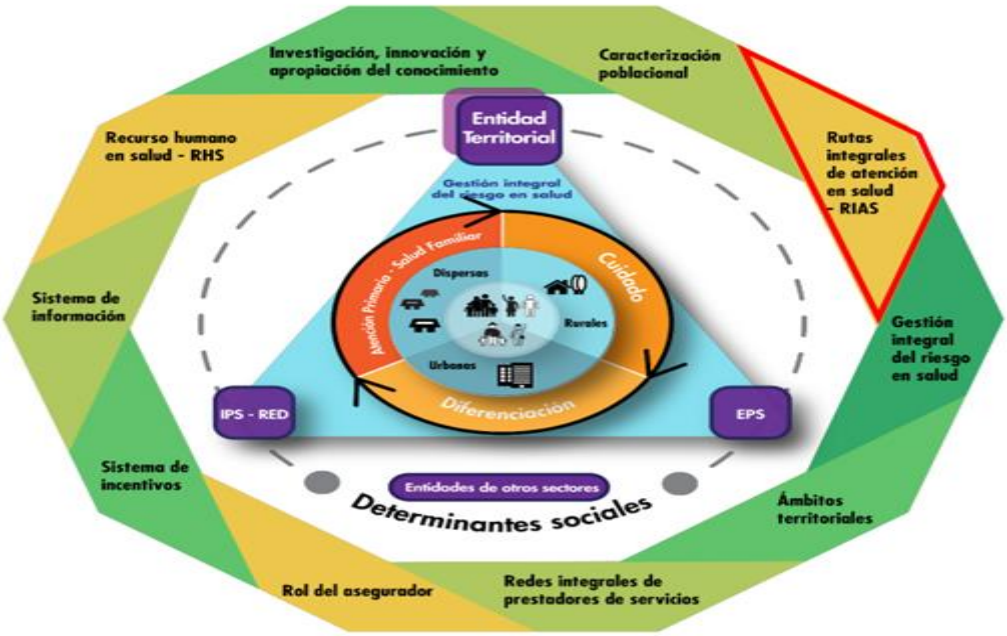
Rol de los agentes		
Estrategias		
Escenarios		
Resultados		

3.3.5 Atención integrada en salud:

El gobierno colombiano a través de la resolución 429 de 2016 (**Derogada por la resolución 2626 de 2019.)**, promulgó la política de Atención Integral en Salud.

El objetivo general de la PAIS es orientar el Sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes hacia 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" (Ley 1751, Estatutaria de Salud), para así garantizar el derecho a la salud, de acuerdo a la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

Componentes de la país: La Política de Atención Integral en Salud está conformada por: 1. Un marco estratégico que transforma los principios y objetivos en estrategias, y 2. Un modelo operacional que, a partir de las estrategias, adopta los mecanismos e instrumentos operativos y de gestión que orientan la intervención de los diferentes agentes del Sistema.



Resolución 2626 de 2019: deroga las resoluciones 429 de 2016 y la 489 de 2019,
Adoptan el Modelo de Acción Integral Territorial – MAITE, modifica la Política de Atención Integral en Salud — PAIS. Los gobernadores y secretarios de salud territoriales llevarán las principales banderas de la política integral.
El objeto de la resolución 2626 de 2019 es enfrentar los problemas de descoordinación y dispersión que se ha dado hasta el momento en el país. En este sentido, el Modelo de Acción Integral Territorial – MAITE constituye el instrumento de gestión para mejorar las condiciones de salud de la población a través de acciones coordinadas entre los agentes del sistema de salud, agentes de otros sistemas y las comunidades, bajo el liderazgo del departamento o del distrito, que identifica prioridades y establece acciones operativas a través de acuerdos con el Ministerio de salud. En esta misma línea, para la implementación y el seguimiento de PAIS, y del MAITE, serán las entidades territoriales, las EAPB, las IPS de naturaleza pública, privada o mixta, quienes tengan a su cargo acciones en salud relacionadas con la promoción, mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación y muerte digna.

LAS OCHO (8) LÍNEAS DE ACCIÓN DEL MAITE:

1. Aseguramiento
2. Salud Pública
3. Prestación de servicios
4. Talento Humano en Salud
5. Financiamiento
6. Enfoque diferencial
7. Articulación intersectorial
8. Gobernanza

- Elabora una infografía referente a la 8 líneas de acción de MAITE.

EDUCACIÓN INTERPROFESIONAL EN SALUD EIP

La línea de acción sobre Talento Humano tiene un componente novedoso denominado Educación Interprofesional en Salud EIP, que busca fortalecer las competencias y la capacidad resolutiva del talento

humano ya disponible, para la implementación efectiva de la plataforma estratégica de la Política de Atención Integral en Salud, centrada en las personas, familias y comunidades, respondiendo a las necesidades en salud de la población, y reconociendo sus potencialidades a través de acciones de formación en trabajo conjunto con las instituciones formadoras de talento humano en salud. Esto incluye el desarrollo de acciones de formación y trabajo colaborativo en los escenarios de atención a través de la estrategia de Educación Interprofesional en Salud (EIP), reconociendo a las personas como sujetos de saberes y derechos.

FASES DEL MAITE

PLANEACIÓN: Las entidades departamentales y distritales de salud, con el acompañamiento del ministerio de Salud, tendrán un plazo de seis (6) meses, contados a partir de la posesión del respectivo gobernador y alcalde, para la formulación y adopción del Plan de Acción e Implementación del MAITE – PAIM. Durante este proceso, la entidad territorial deberá presentar a informes bimestrales con el propósito de establecer los grados de avance de la formulación del plan.

EJECUCIÓN

En esa fase se implementará el Plan de Acción e Implementación del MAITE – PAIM y el departamento trabajará con las autoridades municipales para su ejecución. La vigencia del Plan de Acción e Implementación del MAITE – PAIM, será de cuatro (4) años.

MONITOREO

Durante esta fase se efectuará la verificación trimestral del avance en cada uno de los compromisos establecidos en el PAIM. La entidad territorial reportará al Ministerio, el resultado del monitoreo, dentro de los treinta (30) días siguientes a su vencimiento de cada trimestre.

3.3.6 La visita Domiciliaria: es el conjunto de actividades de carácter social y sanitario que se presta en el domicilio a las personas. Esta atención permite detectar, valorar, apoyar y controlar los problemas de **salud** del individuo y la familia, potenciando la autonomía y mejorando la calidad de vida de las personas.

La **visita domiciliaria integral** se define como la actividad realizada por uno o más integrantes del equipo de salud en el domicilio de una familia, con el objetivo de establecer una integración con uno o más miembros y su entorno para conocer su medio ambiente y darles apoyo para enfrentar problemas bio-psicosanitarios, en el marco de una relación asistencial continua e integral, que debe ser la característica del quehacer en la atención primaria. Se podría agregar que tiene un componente centrado en las acciones de fomento, protección, recuperación y/o rehabilitación de la salud.

Las etapas de la visita domiciliaria son: programación, planificación, ejecución, evaluación y registro.

Programación: a nivel institucional, se deben definir los grupos y el número de visitas; desde el proceso de salud y enfermedad, se debe elegir en forma estratégica el momento más adecuado para efectuar esta actividad, de modo de mantener y reforzar la relación de continuidad en la forma más eficiente posible.

Planificación: se debe tener muy claro el motivo de la visita y darse el tiempo necesario para recolectar todos los antecedentes. Por lo general la población está identificada, de modo que se debe organizar esa información, fijar los objetivos y diseñar una pauta de observación. Se debe obtener el consentimiento de la familia, tomar todas las medidas de la confidencialidad y precisar

día, fecha y hora. En la segunda fase se negocian los objetivos: a la familia le interesan ciertos aspectos y al equipo le interesa el aspecto socio-sanitario, de modo que se debe negociar y lograr los puntos comunes.

Ejecución: La visita domiciliaria comienza cuando el equipo camina hacia el hogar, momento en el que puede observar las características del sector: el estado del tráfico, la disposición de las basuras y otros servicios básicos, cómo se viste la gente, cómo y cuánto habla, cómo utiliza el espacio público, el grado de seguridad, el nivel de contaminación. De esta manera se conocerá el marco de protección, cuidado, socialización y satisfacción de necesidades en el que se desenvuelve esta familia en su proceso de salud o enfermedad.

- Elabora un formato para una vista de seguimiento, escoge libremente un programa de promoción y prevención y socialízalo con tus compañeros.

3.3.7 Marco conceptual y metodológico para el desarrollo de la educación para la salud en El marco las RIAS:

La Educación para la Salud se define como el proceso pedagógico (dialógico e intencionado) de construcción de conocimiento y aprendizaje que, mediante el diálogo de saberes, pretende construir o fortalecer el potencial de las personas, familias, comunidades y organizaciones para promover el cuidado de la salud, gestionar el riesgo en salud y transformar positivamente los entornos en los que se desenvuelven sus vidas. Esto nos conduce a la implementación de intervenciones pedagógicas orientadas a la transformación social, a la construcción de pensamiento crítico, de sujetos capaces de leer su realidad de forma amplia y compleja, y al fortalecimiento de la identidad y la defensa de la vida de sectores excluidos de la población.

- Revisa el modulo correspondiente a la educación en salud y realiza resumen donde tengas en cuenta los Fundamentos pedagógicos que sustentan la Educación para la salud en el marco de las RIAS ,el aprendizaje significativo, flujograma de " Educacion y comunicación para la salud" página 39, educación en PIC y plan de beneficios cuadro de la página 41, Las orientaciones generales del proceso de educación para la salud por tipo de intervención desde la página 42 hasta la 49.

- La Charla Educativa: **Es un acto educativo sobre los conocimientos de un tema o situación específica, interpretados y expuestos en una forma sencilla por una persona para un grupo de individuos a los cuales se les brinda la oportunidad de participar, ya sea en el ámbito de salud u otras áreas, en un período de tiempo de 15 a 20 minutos.**

OBJETIVOS:

- **Impartir conocimientos sobre un tema determinado y que es de vital importancia para una persona o un grupo.**
- **Se utiliza como técnica de enseñanza para la demostración de procedimientos o cuidados de salud.**
- **Desarrollar contenidos de fácil comprensión.**
- **Hacer más dinámico el proceso enseñanza – aprendizaje.**

VENTAJAS

- **Fácil de preparar.**
- **Estimula la participación**

- **Se puede adaptar a diferentes niveles culturales y educacionales**
- **Crea una atmósfera informal**

DESVENTAJA

Esta técnica no se usa para exponer un tema amplio ya que su duración es de 20 minutos, y solo se usa en grupos pequeños.

RECOMENDACIONES PARA QUE UNA CHARLA SEA EFECTIVA

Prepararla con anticipación

Deberá ser corta y clara

Deberá desarrollarse en un ambiente adecuado.

El número mínimo de personas según los requerimientos pedagógicos son 15 -20

Conocer el nivel educativo del grupo.

Utilizar oportunamente y adecuadamente las ayudas audiovisuales.

Usar vocabulario adecuado al grupo.

Realizar una evaluación continua durante el desarrollo de la charla y al final.

CUALIDADES QUE DEBE POSEER UN EXPOSITOR

Dominio del tema

Tener habilidad de motivar, preguntar y contestar

Modulación de voz de acuerdo al número de personas

Buena presentación y postura

Que tenga sentido del humor

<u>Pasos para la charla educativa</u>
Planeación:

- **Definir el tema y elaborar ficha metodológica**

· **Establecer el objetivo (o los objetivos)**
· **Preparar el tema**
· **Buscar, seleccionar o producir recursos audiovisuales para el tema a tratar (ayudas educativas) .**
· **Distribución del tiempo que llevará la charla.**
· **Determinar la forma de evaluarla.**

B. *<u>Etapa Ejecutiva</u>*.

· **Introducción o motivación**

- **Desarrollo del tema**
- **Manejar la +Secuencia**
- **Adaptación al grupo**
- **Uso oportuno de recursos audiovisuales**
- **´Manejo de la Expresión, tono de vos y pronunciación**
- **Resumen (Evaluación)**

C. Etapa Evaluativa.

- **Comprobación del objetivo perseguido.**

Ejemplo de una planeación:

PLAN DE CHARLA

TEMA: "Importancia de la Higiene Personal"

GRUPO: Usuarios que asisten a Consulta

FECHA: 18/Octubre/2011 **HORA:** 10:00 a.m. **TIEMPO:** 20 minutos

LUGAR: Unidad de Salud "Casa del Niño" **RESPONSABLE:** Srita Alejandra Nairovy Cruz

OBJETIVO GENERAL: Aumentar conocimientos sobre la importancia de la higiene personal como medida para prevenir enfermedades

Objetivos Específicos	Contenido	Técnicas	Ayudas Audiovisuales	Evaluación	Bibliografía
Después de impartidos los conocimientos sobre importancia de la Higiene Personal los usuarios serán capaces de: 1. Identificar la importancia de la Higiene Personal. 2. Enumerar 3 prácticas de Higiene Personal y la forma correcta de realizarlas.	1. Introducción 2. Importancia de la Higiene Personal. 3. Prácticas de Higiene Personal: - Baño diario - Cuidado de la boca y dientes - Lavado de manos y cuidado de las uñas. - Cuidado del Cabello - Aseo de Genitales	- Expositiva - Participativa	- Rotafolio - Cartel	¿Porqué es importante la higiene personal? Mencione 3 prácticas de Higiene Personal y la forma correcta de hacerlo.	Fundamentos de Enfermería Kozier Dugas 7ª. Edición págs.. 120 – 125 Panfletos Ministerio de Salud Pública.

- **Acorde al plan de acción trabajado en la competencia Caracterizar a la población, escoja una de las actividades educativas planteadas y desarrolle el proceso de charla educativa con una familia seleccionada por usted y envié la evidencia al instructor.**

3.3.8 Plan de intervenciones individuales y Colectivas: Es un plan de beneficios compuesto por intervenciones de promoción de la salud y gestión del riesgo, las cuales se enmarcan en las estrategias definidas en el Plan Territorial de Salud (PTS), y buscan impactar positivamente los determinantes sociales de la salud y alcanzar los resultados definidos en el PTS.

Objetivo del PIC: Desarrollar acciones de promoción de la salud y gestiones del riesgo colectivas e individuales de alta externalidad que aporten al logro de las metas del PDSP
Las líneas operativas del PIC son:

- **Promoción de la salud**, dirigido a toda la población en general, teniendo en cuenta los siguientes elementos:
    1. Adopción, adaptación, formulación, implementación, y evaluación de políticas públicas saludables.

2. Construcción de acuerdos sociales a través de la movilización, participación social, empoderamiento del individuo y de los colectivos,
3. Desarrollo de capacidades mediante la estrategia IEC para la salud.
4. Generación de entornos que favorezcan el bienestar y la calidad de vida de las personas
5. Servicios socios-sanitarios orientados a la garantía del derecho a la vida y la salud.

- **Gestión del Riesgo en salud:** Dirigido a la población expuesta a riesgos o daños, teniendo en cuenta los siguientes elementos:
  1. Identificación y análisis del riesgo colectivo en salud.
  2. Administración del riesgo colectivo en salud
  3. Seguimiento, monitoreo y evaluación del riesgo colectivo en salud

- ❖ Consulta o enumera 10 actividades PIC de la vigencia 2019 , realizadas en tu localidad o municipio.

Rutas Integrales de atención en salud-RIAS

3.3.9 Las RIAS en salud se establecieron como mecanismos de operatividad del Modelo Integral de atención en Salud: promoción y mantenimiento de la salud, materno perinatal, cardio-cerebrovascular, cáncer, alteraciones nutricionales, trastornos asociados al consumo de SPA y enfermedades infecciosas. De acuerdo con la ruta asignada por el instructor, construya una presentación sobre las principales características de la ruta para presentar antes sus compañeros en un tiempo máximo de 15 minutos. Construya un mecanismo de evaluación para aplicar al finalizar la exposición.

- ❖ Elabore una infografía de las RIAS de promoción y mantenimiento de la salud, socialice con sus compañeros de formación.

3.3.10 Recolección de la información en salud.

Métodos y las técnicas de recolección de datos: Son las herramientas con que cuenta el investigador para documentar la información recabada de la realidad.
Es el registro de la observación de las variables de la investigación.
El método: Es la estrategia concreta e integral de trabajo para el análisis de un problema o cuestión coherente con la definición teórica del mismo y con los objetivos de la investigación.
La Técnica: Es el mecanismo que utiliza el investigador para recolectar y registrar la información: Formularios, encuestas, pruebas psicológicas, entrevistas, etc.
Tipos de técnicas: Cualitativas: son las cualidades, Observación, Grupos focales, Entrevistas a profundidad
Técnicas cuantitativas: Observación dirigida, encuestas pueden ser cuestionarios o formularios. Hablamos cantidades.
Características de los instrumentos.
La confiabilidad: Es la capacidad de un instrumento para obtener mediciones que correspondan a la realidad que se pretende conocer. – Un instrumento es confiable si los datos que se obtienen son iguales al ser aplicados a los mismos sujetos en dos ocasiones diferentes. Es un criterio para evaluar calidad. –Si un instrumento no es confiable, tampoco es válido.
La validez del instrumento –Es el grado en que un instrumento logra medir lo que pretende medir.

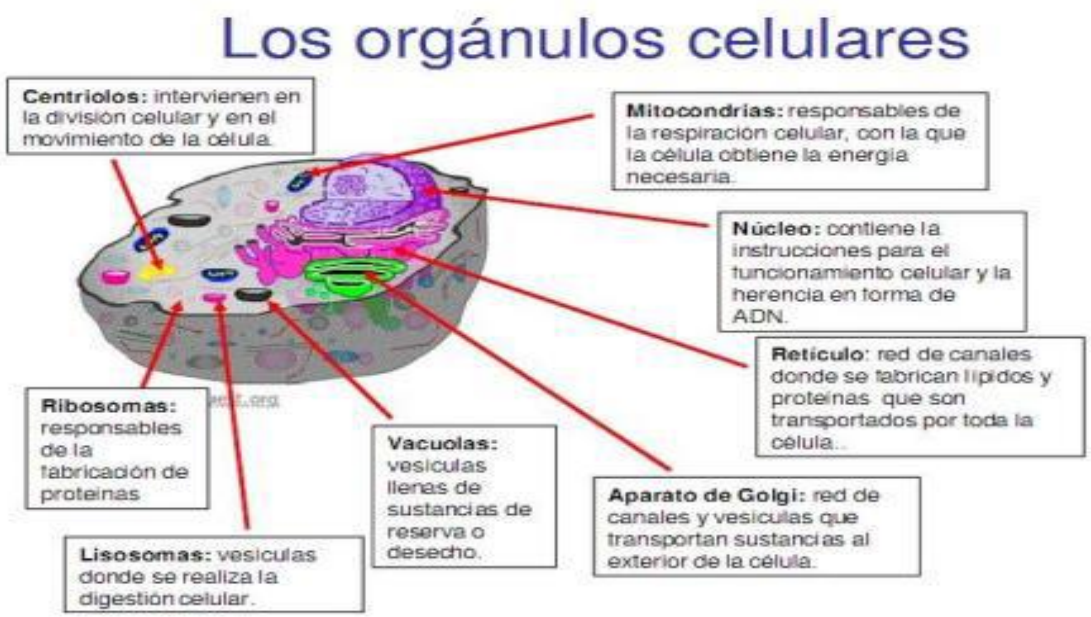
- ❖ Teniendo en cuenta los conceptos sobre métodos y técnicas de recolección de la información y por grupos de trabajo colaborativo:
  El grupo de trabajo uno elaborará un formato tipo cuestionario, para conocer cuáles son los conocimientos actitudes y prácticas de la comunidad para el manejo en casa del Covid 19.
  El segundo grupo organizará una entrevista a un líder comunitario para conocer las problemáticas de salud en la comunidad.

EL tercer grupo elabora un formato de encuesta para la caracterización de una vivienda saludable y socialízalo con tus compañeros de formación.

3.3.11 Anatomía y fisiología del cuerpo humano-

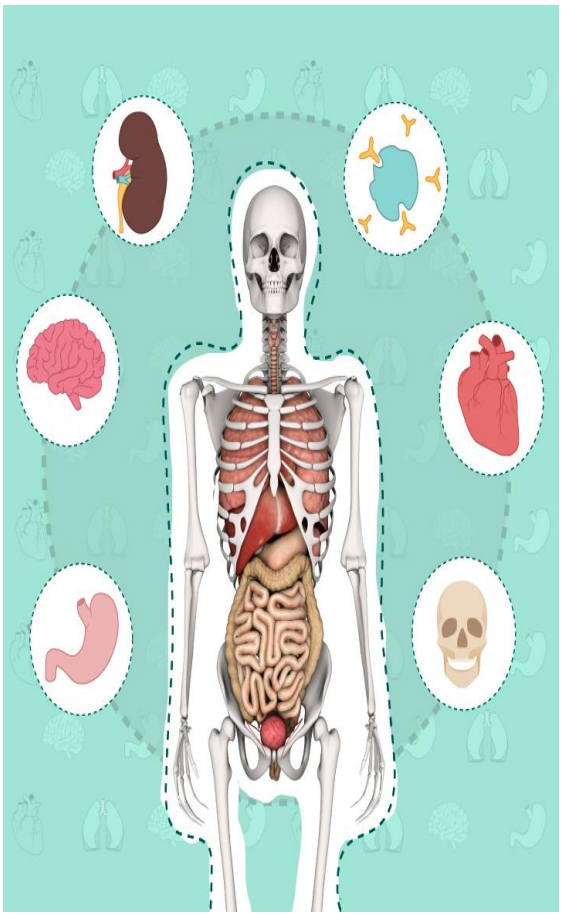
El cuerpo Humano, su funcionamiento y estructuras:

La célula es la unidad morfológica y funcional de todo ser vivo. De hecho, la célula es el elemento de menor tamaño que puede considerarse vivo. Elabore de manera individual y creativa una célula animal con sus orgánulos y sus funciones para presentar ante el grupo e instructora (utilice material de reciclaje.



https://www.youtube.com/watch?v=ELqutqMDauA

Los tejidos: se conforman de la unión de varias células, entre ellos tenemos el tejido epitelial, nervioso, muscular y conectivo.



Tejido epitelial: se compone de láminas apretadas de células que recubren las superficies, incluyendo el exterior del **cuerpo**, y sus cavidades. La piel es un **tejido epitelial**, al igual que el revestimiento del intestino delgado.

Tejido nervioso: tiene dos partes principales: El sistema **nervioso** central compuesto por el cerebro y la médula espinal. El sistema **nervioso** periférico está compuesto por todos los **nervios que** se ramifican desde la médula espinal y se extienden a todas las partes del cuerpo.

Tejido muscular: Está formado por unas células contráctiles denominadas miocitos o fibras **musculares** que **tienen** la capacidad de contraerse. El **tejido muscular** se divide en tres tipos: esquelético, cardiaco y liso.

El esquelético son músculos estriados unidos al esqueleto.
El cardiaco son contráctiles conforman los músculos del corazón.
El liso formado por células alargadas, controlado por el Sistema nervioso.

Los órganos del cuerpo humano: Un **órgano** es un conjunto de tejidos diversos que cumplen una función específica. Un **órgano** está formado por distintas clases de tejidos **como** pueden ser músculos o membranas.

Ejemplo:

Cabeza	• cerebro, ojos • oidos, lengua, dientes
Torax	• pulmones • corazón, timo
Abdomen	• intestinos, estómago, higado • pancreas, bazo, riñones, Mesenterio

Sistemas del cuerpo humano:
Están formados por el conjunto de órganos, entre los que se encuentran el sistema nervioso, endocrino, tegumentario, respiratorio, reproductor, circulatorio o cardiovascular, digestivo, muscular, esquelético, excretor e inmunitario.



ACTIVIDAD:
Realice en grupos de trabajo siluetas y dibujos relacionados con cada sistema, realice una exposición corta anotando los aspectos más importantes de cada sistema como su función en el organismo humano.

Patrones funcionales de Marjory Gordon: **Marjory Gordon** define los **patrones** como una configuración de comportamientos más ó menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo. Los patrones funcionales del ser humano son 11:

-Patrón 1: Percepción - manejo de la salud
-Patrón 2: Nutricional - metabólico
- Patrón 3: Eliminación
- Patrón 4: Actividad – ejercicio
– Patrón 5: Sueño – descanso
- Patrón 6: Cognitivo - perceptual
- Patrón 7: Autopercepción – autoconcepto
- Patrón 8: Rol - relaciones
- Patrón 9: Sexualidad - reproducción
- Patrón 10: Adaptación - tolerancia al estrés
- Patrón 11: Valores - creencias

ACTIVIDAD:

1. Tomando como referencia el manual de valoración de los patrones funcionales de Marjory Gordon escoge un patrón, cuéntanos a que hace referencia, como se valora, para que posteriormente lo socialices con tus compañeros de formación.

2. Indica que estrategias o actividades podemos realizar para la promoción de la salud por patrones funcionales teniendo en cuenta factores protectores, auto-cuidado, estilos de vida saludables a nivel individual, familiar y comunitaria.

3.3.12 Normas de Bioseguridad y protección del riesgo biológico:

Están destinadas a reducir el riesgo de transmisión de microorganismos de fuentes reconocidas o no reconocidas de infección, vinculadas a accidentes por exposición a sangre y fluidos corporales. Elementos de bioseguridad/ EPP: podemos identificar los siguientes





Elementos de bioseguridad:

- **guantes: limpios o crudos y estériles.**

• **Postura de guantes Estériles:** Es la manera de colocarse los guantes estériles sin contaminarlos, para realizar un procedimiento que requiere técnica aséptica; aunque se hayan lavado las manos muy bien, esto no indica que se encuentren estériles sino limpias, por lo cual no se debe tocar la parte externa de los guantes.

• **Objetivos:** Proteger al paciente de gérmenes patógenos que puedan traerle complicaciones.

• Proteger de microorganismos que puedan infectar a otros pacientes.

• Manejar equipo estéril en forma amplia y cómoda sin contaminarlo.

• brindar protección al personal medicoquirúrgico.

Actividad:

Ponga en práctica la siguiente técnica con previo lavado de manos según protocolo de la OMS :

- Abra el paquete de guantes estériles de tal forma que exponga los guantes sin tocarlos con sus manos.
- Toque con las manos solamente el borde doblado de los guantes por donde se introduce la mano, el dedo pulgar se debe mantener separado del doblez.
- Oriente el guante e introduzca la mano, tire del doblez, no importa cual mano enguante primero.
- Saque el segundo guante con la mano libre de igual manera que el anterior.
- Coloque los dedos de la mano enguantada debajo del doblez, manteniendo el dedo pulgar hacia atrás para no contaminarlo.

- Proceda a colocarse el guante en un movimiento, teniendo en cuenta de no tocar con los dedos enguantados la parte de la mano no enguantada.
- Ajuste los guantes a sus manos.

3.3.13 EXAMEN FÍSICO: CONCEPTO, TÉCNICA, EQUIPO, REGISTROS.

Examen físico

Mediante el examen físico se identifican los signos de enfermedad o normalidad presentes en el organismo. Construya un mapa conceptual sobre el concepto, equipo, técnica y registros que se deben tener en cuenta durante un examen físico.
Definas los conceptos de. Inspección, palpación, percusión y auscultación, mediante los equipos de valoración física realice esta actividad en el ambiente de simulación de salud.

3.3.14 VALORACIÓN NEUROLÓGICA:

La **Escala de Glasgow** es una herramienta de evaluación neurológica ampliamente extendida a nivel global. Se utiliza en líneas generales para valorar **cuál es el nivel de conciencia de un paciente con algún tipo de daño cerebral**. Gracias a esta herramienta el personal médico puede cuantificar tres parámetros clave para determinar el diagnóstico: la respuesta ocular, la respuesta verbal y la respuesta motora.

En sus inicios la Escala de Glasgow se utilizaba para **determinar la gravedad de aquellos pacientes** que habían sufrido un traumatismo craneoencefálico. Actualmente, su campo es muchísimo más amplio; esta herramienta se utiliza de manera habitual para valorar estados de alteración de la conciencia, como por ejemplo la profundidad del coma.

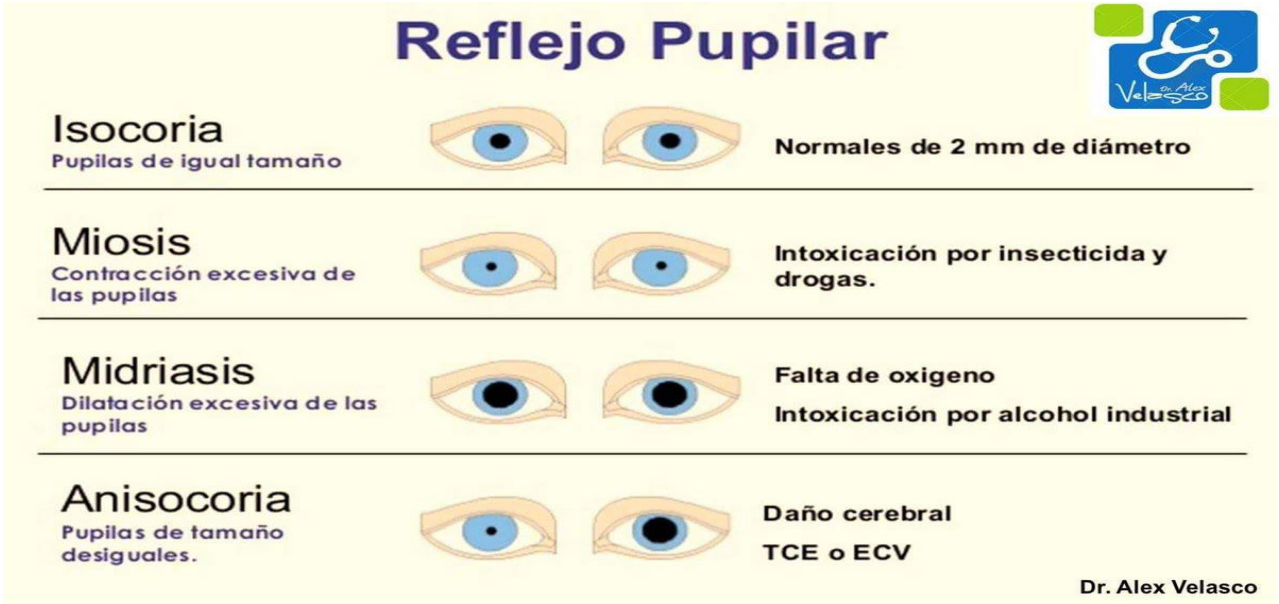
AREA EVALUADA	PUNTAJE
APERTURA OCULAR	
Espontanea	4
Al Estímulo Verbal	3
Al Dolor	2
No Hay Apertura Ocular	1
MEJOR RESPUESTA MOTORA	
Obedece Ordenes	6
Localiza el Dolor	5
Flexión Normal (Retina)	4
Flexión Anormal (Descorticación)	3
Extensión (Descerebración)	2
No hay Respuesta Motora	1
RESPUESTA VERBAL	
Orientada, Conversa	5
Desorientada, Confusa	4
Palabras Inapropiadas	3
Sonidos Incomprensibles	2
No hay Respuesta verbal	1


ESCALA DE COMA
GLASGOW
Info grafiando
@Creative_Nurse
MEJOR RESPUESTA
OCULAR
4
ESPONTÁNEA
Abre antes del estímulo
3
¡¿Se encuentra bien?!
AL SONIDO
Tras decir o gritar la orden
2
10
A LA PRESIÓN
Tras estímulo en la punta del dedo
1
NINGUNA
No abre los ojos
No hay factor que interfiera
NV
No Valorable = Cerrados por un factor a nivel local
VERBAL
5
ORIENTADO
Da correctamente Nombre, Lugar y Fecha
4
¿Se encuentra bien?!
¿Dónde estoy? ¿Qué me ha pasado?
CONFUSO
No orientado
Comunicación coherente
3
COCHE
?
PALABRAS
Palabras sueltas ininteligibles
2
zzzhhh
SONIDOS
Solo gemidos y quejidos
1
NINGUNA
No se oye respuesta
No hay factor que interfiera
NV
No Valorable = Existe factor que interfiere en la comunicación
MOTORA
6
OBECEDE ÓRDENES
Obecede con ambos lados
5
10
LOCALIZA
Lleva la mano por encima de la clavícula estimulada
4
FLEXIÓN NORMAL
Dobla brazo sobre codo rápidamente
3
FLEXIÓN ANORMAL
Dobla brazo sobre codo. Características anormales
2
EXTENSIÓN
Extiende el brazo
1
NINGUNA
No hay movimientos en brazos ni piernas.
No hay factor que interfiera



https://www.esalud.com/wp-content/uploads/2019/06/niveles-de-conciencia.png

La **valoración pupilar** es una parte importante de la exploración neurológica. Para su realización se mide la forma, tamaño y simetría, así como la respuesta a estímulos lumínicos de la **pupila**, que es el orificio que se encuentra en el centro del ojo rodeado por el iris.

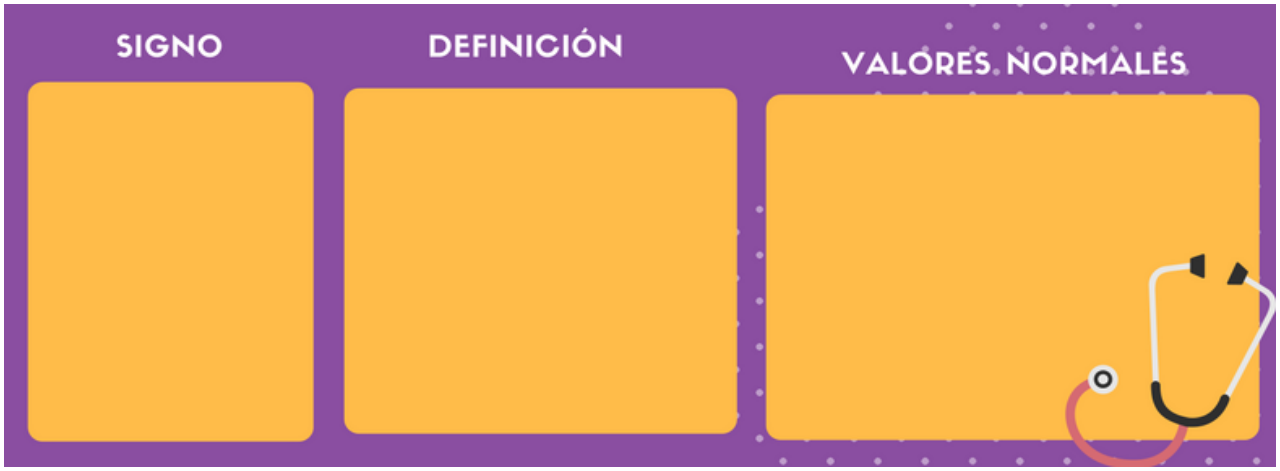


- Por medio de recortes, elabore la escala de Glasgow en un octavo de cartulina y socialícelo con sus compañeros, incluya la valoración pupilar y envíe la evidencia a su instructor.

3.3.1 Los signos vitales:

Reflejan funciones esenciales del cuerpo, incluso el ritmo cardíaco, la frecuencia respiratoria, la temperatura y la presión arterial. Por tanto, investigo y completo el siguiente esquema

Mediante el uso del ambiente de simulación, los protocoles de atención vigentes y con ayuda de sus compañeros realice un taller práctico para cada uno de los signos valorar. Repase las cifras normales y defina la terminología básica.



Los signos vitales son mediciones de las funciones más básicas del cuerpo. Los cuatro signos vitales principales que los médicos y los profesionales de salud monitorizan de forma rutinaria son los siguientes:

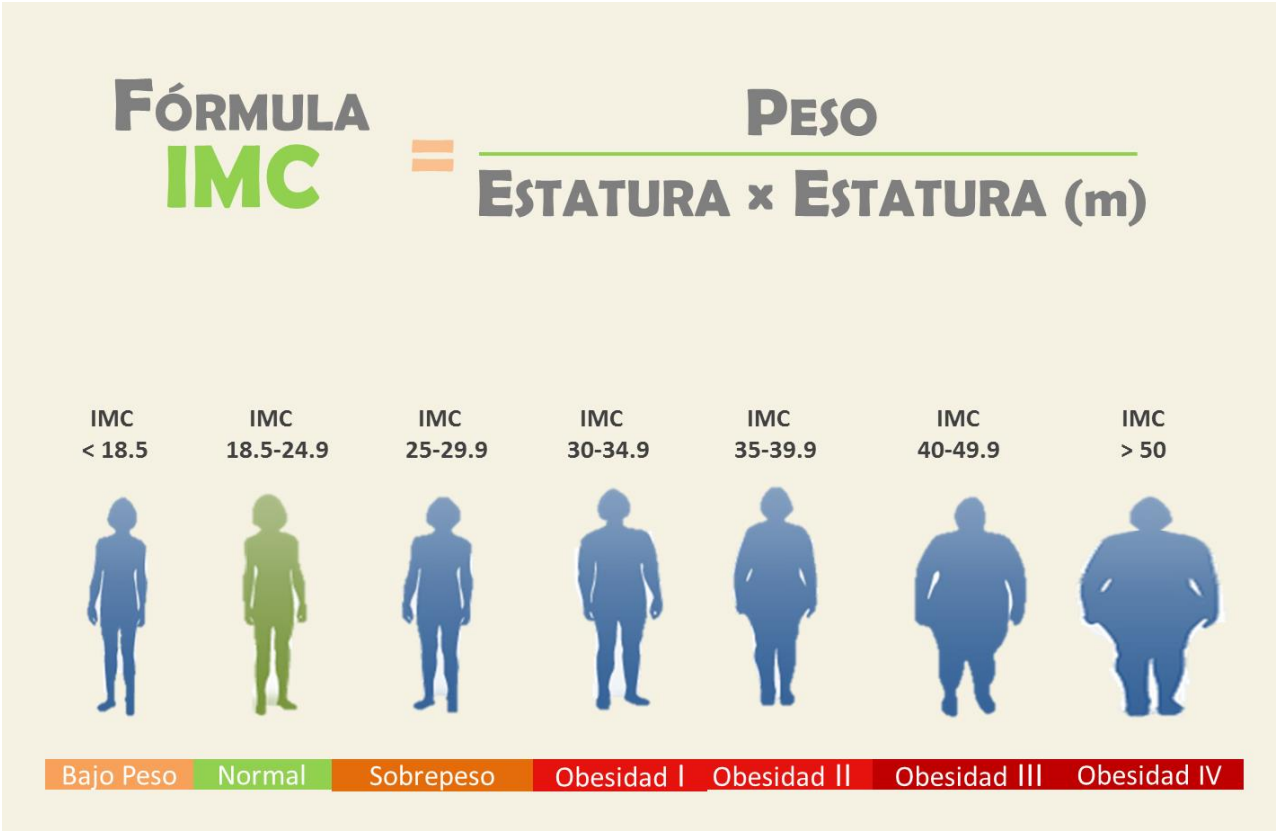
- La temperatura del cuerpo. Defina las CIFRAS NORMALES Y ALTERADAS
- El pulso.



- Las respiraciones (la frecuencia respiratoria)
- La presión arterial.

Los signos vitales son muy útiles para detectar o monitorizar problemas de salud. Los signos vitales se pueden medir en un establecimiento médico, en casa, en el lugar en el que se produzca una urgencia o en cualquier sitio.

Valoraciones de peso y talla IMC



El índice de masa corporal (IMC) es un método utilizado para estimar la cantidad de grasa corporal que tiene una persona, y determinar por tanto si el peso está dentro del rango normal, o por el contrario, se tiene sobrepeso o delgadez. Para ello, se pone en relación la estatura y el peso actual del individuo. Esta fórmula matemática fue ideada por el estadístico belga Adolphe Quetelet, por lo que también se conoce como *índice de Quetelet*

ACTIVIDAD: Realice este ejercicio con algunos compañeros de otros ambientes de formación y brinde educación y orientación según el dato ya la valoración de peso y talla. Puede hacer una tabla estadística con los datos recolectados.

GLUCOMERTRIA

https://youtu.be/wt-GhF3Gkrk

Es la medición de los niveles de glucosa en la sangre, utilizando un instrumento llamado glucómetro. Así se puede conocer los niveles rápidos de glucosa para orientar la conducta en la consulta.
Este examen se practica a las personas que requieran determinar el valor de la glucosa en sangre, especialmente a aquellas que tengan diagnóstico de Diabetes Mellitus y a mujeres en embarazo, que su médico lo haya indicado.
Preparación

Debe tomarse minutos antes de una de las comidas principales, o
Tomarse dos horas después de una de las comidas principales, o
En el momento que existan síntomas molestos como mareo, sudoración excesiva, cefalea o naúseas entre otras.



Niveles de glucosa normal: 70 -110 mg/dl

Por medio de mediciones con personas de la institución realice el análisis de los datos obtenidos, tenga en cuenta le protocolo, equipo, técnica, horario y siga las indicaciones del instructor para dar un buen dato a la comunidad. Deseche el material utilizado según color de recipiente.

3.3.15 Medidas antropométricas y técnicas para su medición.

Se refiere al estudio de las dimensiones y medidas humanas con el propósito de valorar los cambios físicos del ser humano y las diferencias entre sus razas y las sub-razas.
La antropometría es la sub-rama de la antropología biológica o física que estudia las medidas del cuerpo Humano y las estudia referentemente sin ningún tipo de porcentaje de error mínimo, ya que las medidas han de ser exactas a la par que se tomen. (ver presentación).

3.3.16 REGISTROS CLÍNICOS: CONCEPTO, PROCEDIMIENTO, NORMATIVA. FORMATOS INSTITUCIONALES.

3.4 ACTIVIDADES DE TRANSFERENCIA DEL CONOCIMIENTO.

AMBIENTE REQUERIDO
Ambiente de aprendizaje
Biblioteca
Ambientes reales y/o simulados

MATERIALES
Computadores, Cartulina, Colores. Papel periódico. Lapiceros. Lápices. Borradores. Pliegos de papel craf, marcadores permanentes, marcadores borraseco, borrador, tablero, fotocopias, guías de aprendizaje documentos como programa de formación, reglamento del aprendiz, tijeras, pegante, cinta transparente.

4. ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN

Tome como referencia las técnica e instrumentos de evaluación citados en la guía de Desarrollo Curricular

Evidencias de Aprendizaje	Criterios de Evaluación	Técnicas e Instrumentos de Evaluación
Evidencias de Conocimiento: Respuestas a preguntas escritas sobre normatividad, lineamientos y protocolos de detección temprana y protección específica	1. Reconoce acciones de protección específica, detección temprana y eventos de interés en Salud pública de acuerdo con los lineamientos normativos. 2. Direcciona la población objeto de las acciones en salud pública con la red de la prestación de servicios de salud del territorio según marco normativo.	Formulación de preguntas: Cuestionario
Evidencias de Desempeño: Observación directa sobre orientación a los servicios por curso de vida.	3. Reconocer el portafolio de servicios de la red prestadora de salud es aplicado según lineamientos de la entidad. 4. Aplica estrategias y habilidades comunicativas con la persona, familia y comunidad según requerimiento.	Observación directa: Lista de chequeo
Evidencias de Producto: Observación directa sobre rotafolio de AIEPI comunitario.	5. Reconoce los riesgos en salud en poblaciones objeto de acuerdo con resultado de la caracterización. 6. Aplica programas en salud desarrollados por ente territorial de acuerdo con priorización de necesidades. 7. Orienta a la comunidad sobre indicaciones básicas en salud teniendo	Observación directa: Lista de chequeo

	en cuenta las características de la población, enfoques, valores, etc. 8. Canaliza a la población a programas de detección temprana y protección específica de acuerdo con necesidades identificadas	

5. GLOSARIO DE TERMINOS

- **DEMANDA INDUCIDA:** La demanda Inducida es entendida como la acción de organizar, incentivar, y orientar a la población hacia la utilización de los servicios de protección específica y detección temprana y a la adhesión a los programas de control y prevención de la enfermedad, con el objeto de asegurar y garantizar un `óptimo estado de salud a la población.

- **DETECCIÓN TEMPRANA:** Es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones que permiten identificar en forma oportuna y efectiva la enfermedad (diagnóstico precoz)

- **ESTADO DE SALUD** Descripción y/o medida de la salud de un individuo o población en un momento concreto en el tiempo, según ciertas normas identificables, habitualmente con referencia a indicadores de salud.

- **GUÍA DE ATENCIÓN:** Es el documento mediante el cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones a seguir y el orden secuencial y lógico para el adecuado diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de interés en salud pública.

- **PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD.** La prevención de la enfermedad abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. Referencia: adaptada del Glosario de Términos utilizado en la serie Salud para Todos, OMS, Ginebra, 1984. La prevención primaria está dirigida a evitar la aparición inicial de una enfermedad o dolencia. La prevención secundaria y terciaria tienen por objeto detener o retardar la enfermedad ya presente y sus efectos mediante la detección precoz y el tratamiento adecuado o reducir los casos de recidivas y el establecimiento de la cronicidad, por ejemplo, mediante una rehabilitación eficaz. La prevención de la enfermedad se utiliza a veces como término complementario de la promoción de la salud. Pese a que a menudo se produce una superposición del contenido y de las estrategias, la prevención de la enfermedad se define como una actividad distinta. En este contexto, la prevención de la enfermedad es la acción que normalmente emana del sector sanitario, y que considera a los individuos y las poblaciones como expuestos a factores de riesgo identificables que suelen estar a menudo asociados a diferentes comportamientos de riesgo.

- **PROTECCIÓN ESPECIFICA:** Es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a garantizar la protección de nuestros usuarios frente al riesgo específico de desarrollar una enfermedad.

- **SALUD PÚBLICA.** La ciencia y el arte de promover la salud, prevenir la enfermedad y prolongar la vida mediante esfuerzos organizados de la sociedad. Referencia adaptada del “Informe Acheson”, Londres, 1988. La salud pública es un concepto social y político destinado a mejorar la salud, prolongar la vida y mejorar la calidad de vida de las poblaciones mediante la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y otras formas de intervención sanitaria. En la literatura sobre promoción de la salud se ha establecido una distinción entre la salud pública y una nueva salud pública, con el fin de poner de manifiesto los muy distintos enfoques sobre la descripción y el análisis de los determinantes de la salud, así como sobre los métodos para solucionar los problemas de

salud pública. Esta nueva salud pública basa su diferencia en una comprensión global de las formas en que los estilos de vida y las condiciones de vida determinan el estado de salud y en un reconocimiento de la necesidad de movilizar recursos y realizar inversiones razonadas en políticas, programas y servicios que creen, mantengan y protejan la salud, apoyando estilos de vida sanos y creando entornos que apoyan la salud. Esta distinción entre lo "antiguo" y lo "nuevo" puede no ser necesaria en el futuro conforme se vaya desarrollando y difundiendo un concepto unificado de salud pública.

6. REFERENTES BILBIOGRAFICOS

- Social, M.d (2016). Manual metodológico para la elaboración e implementación de las RIAS. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/Manual-metodologico-rias.pdf

- Social, M.d (2000) Resolución 412 (2000, 25 de febrero). [En Línea]. Bogotá. Se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Ministerio de Salud. D

- Social, M. d. (2007). Plan Decenal de Salud Pública 2014 - 2021. Bogotá.

- Cartilla Web Pautas de Crianza disponible en: http://es.calameo.com/read/002836534566a4f7373ca

- Componente Comunitario de la Estrategia AIEPI. Guía para profesionales y técnicos de los servicios de salud, disponible en: http://www.paho.org/col/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-ops-oms-colombia&alias=1227-guia-para-profesionales-y-tecnicos-de-los-servicios-de-salud&Itemid=688

7. CONTROL DEL DOCUMENTO

	Nombre	Cargo	Dependencia	Fecha
Autor (es)		**Instructora**	Centro de Formación Comercio y Servicios	Octubre de 2020

8. CONTROL DE CAMBIOS (diligenciar únicamente si realiza ajustes a la guía)

	Nombre	Cargo	Dependencia	Fecha	Razón del Cambio
Autor (es)					

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD

"Un sistema de salud al servicio de la gente"

Ministerio de Salud y Protección Social

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Política de Atención Integral en Salud

Ministerio de Salud y Protección Social.

Bogotá D.C., Enero de 2016

Ministerio de Salud y Protección Social

Alejandro Gaviria Uribe
Ministro de Salud y Protección Social

Fernando Ruiz Gómez
Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios

Carmen Eugenia Dávila Guerrero
Viceministerio de Protección Social

Gerardo Burgos Bernal
Secretaría General

Direcciones

José Luis Ortiz Hoyos	Aseguramiento en Salud, Riesgos y Pensiones
Luis Carlos Ortiz Monsalve	Desarrollo de Recurso Humano en Salud
Claudia Milena Cuéllar Segura	Epidemiología y Demografía
José Fernando Arias Duarte,	Prestación de Servicios y Atención Primaria
Elkin de Jesús Osorio Saldarriaga	Promoción y Prevención
Fernando Ramírez Campo	Medicamentos y Tecnologías en Salud (e)
Félix Régulo Nates Solano	Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas
Omar Guaje	Financiamiento

Oficinas

Germán Escobar Morales.	Calidad
Juan Pablo Corredor Pongutá	Promoción Social
Luis Fernando Correa Serna	Gestión Territorial Emergencias y Desastres
Dolly Esperanza Ovalle Carranza	Tecnología de la Información y la Comunicación

Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud:

Ángela Viviana Pérez Gómez	Subdirección Producción Guías Práctica Clínica
Carlos Eduardo Pinzón Flórez	

Comité Coordinación, Apoyo Técnico y Redacción.

Fernando Ruiz Gómez	José Fernando Arias
Mery Barragán Ávila	Catherine Helene Ramírez Gutiérrez
Álvaro López Villa	Ingrid Morales C.
Fernando Ramírez Campos	Teana Zapata J.
John Francisco Ariza Montoya	Anaveiba Arevalo G.
Catalina María Cruz Rodríguez	Camila Franco R.
	Hugo Arevalo D

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Participantes Comité Ampliado

Adriana Estrada E.
Adriana Gómez Gómez
Alejandra Castillo A.
Alexandra Rodríguez G.
Álvaro López Villa
Ana J Mejía Parra
Ana María Cobos B.
Ana María Peñuela P.
Ana Patricia Heredia V.
Andrés Eugenio Alvarado S.
Andrés José Álvarez A.
Ángela Bolaños
Anyul Milena Vera Rey
Blanca Lilia Vivi Q.
Carlos Humberto Pérez
Carmen Angulo Chaparro
Catherine Helena Ramírez
César A Castiblanco M
Claudia Milena Cuéllar
Cristina Restrepo Mora
Diego Antonio Restrepo
Dolores Amparo Valderrama
Elkin de Jesús Osorio S.
Esperanza Lara Romero
Fanny Grajales Q.
Fernando Ramírez C.
Germán Augusto Gallego V.
Gloria Esther Jiménez
Gilberto Torres T.
Gustavo Nicolás Páez
Hugo Alejandro Arévalo
Indira Tatiana Caicedo
Iván Cárdenas
Jacqueline Acosta de la Hoz
Javier Maldonado F.
John Francisco Ariza M.
Jorge Luis Sabogal S.
José Fernando Valderrama
José Fernando Arias D.
José Ivo Montaño C.
Juan Fernando Romero
Juan Manuel Rodríguez
Juliana Gómez Castro
Julio César Rivera M.
Lorena Vivian Calderón
Lorenza Becerra C.
Luis Carlos Olarte C.
Luis Gonzalo Morales S.
Luis Carlos Ortiz
Marcela Haydee Galeano C.
María Belén Jaimes
María Inés Bohórquez
María Lucía Mesa Rubio
María Mercedes Muñoz
Martha Lucía Ospina M.
Martha Esperanza Garzón L.
Martha P.Ospino G.
Mauricio Calderón
Mauricio Vera
Mery Barragán Ávila
Nancy Londoño de Montoya
Nancy Rocío Huertas Vega
Nidia Pinzón Sora
Nidia Isabel Molano Cubillos
Nubia Esperanza Bautista
Omaira Isabel Roldán S.
Orlando Scoppetta
Oswaldo Barrera G.
Patricia Caro Jiménez
Rafael Borda R
Rodrigo A Restrepo G.
Rodrigo Lopera Isaza
Rosa Helena Cárdenas
Samuel García
Sandra Tovar Valencia
Yenny Barajas Ortiz
Yolanda Inés Sandoval

CONTENIDO

1 CONTEXTO INSTITUCIONAL Y JUSTIFICACIÓN 8
1.1 Resultados en seguridad social 8
1.2 Sistema de Salud y Estado de salud 9
1.3 Características de la oferta de servicios de salud 13
1.4 La Intervención en salud pública 19
1.5 Condiciones de los recursos humanos 20
1.6 Efectos del sistema de incentivos 22
1.7 Situación financiera del Sistema 24
2 SISTEMA DE SALUD, LEY ESTATUTARIA Y PLAN DE DESARROLLO 26
3 POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD 30
3.1 Marco estratégico de la Política de Atención Integral en Salud, PAIS 32
3.1.1 Atención Primaria en Salud, APS 33
3.1.2 Cuidado de la salud 38
3.1.3 Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS) 40
3.1.4 Enfoque Diferencial 44
3.2 Modelo Integral de Atención en Salud, MIAS 45
3.2.1 Caracterización poblacional de acuerdo al PDSP 2012-2021 48
3.2.2 Regulación de Rutas Integrales de Atención en Salud, RIAS 49
3.2.3 Implementación de la Gestión Integral del Riesgo de Salud (GIRS) 58
3.2.4 Delimitación Territorial del Modelo Integral de Atención en Salud 62
3.2.5 Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud 66
3.2.6 Redefinición del rol del asegurador 76
3.2.7 Redefinición del esquema de incentivos 79
3.2.8 Requerimientos y procesos del sistema de información 82
3.2.9 Fortalecimiento *del Recurso Humano en Salud - RHS* 83
3.2.10 Fortalecimiento de la investigación, innovación y apropiación de conocimiento 88
3.3 Implementación y evaluación del MIAS 91
4 REFERENCIAS 95

TABLA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Flujo de pacientes para la prestación de procedimientos médicos según ciudad, Colombia 2012 16
Ilustración 2. Relaciones e interdependencias en el Sistema de Salud Colombiano 28
Ilustración 3. Política de Atención Integral en Salud, PAIS 31
Ilustración 4. Curso de vida y cuidado de la salud 38
Ilustración 5. Interrelación entre riesgos colectivos e individuales 42
Ilustración 6. Rutas Integrales de Atención en Salud, RIAS. 50
Ilustración 7. Ruta de Promoción y Mantenimiento 51
Ilustración 8. Representación gráfica de la Ruta Integral de Atención en Salud 57
Ilustración 9. Participación de diferentes agentes en la Gestión Integral del Riesgo en Salud 59
Ilustración 10. Proceso para la Gestión Integral de del Riesgo en Salud 61
Ilustración 11. Prestador Primario 71
Ilustración 12. Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud 74
Ilustración 13. Esquema de incentivos 80

1 CONTEXTO INSTITUCIONAL Y JUSTIFICACIÓN

1.1 Resultados en seguridad social

El Sistema General de Seguridad Social en Salud implantado por la Ley 100 de 1993, ha sido reformado en su estructura general a través de diferentes normas, en particular las leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011. Así mismo, el componente de salud pública fue desarrollado mediante la Ley 9 de 1979 en cuanto a medidas sanitarias; la Ley 10 de 1990 definió el modelo de descentralización y la ley 715 de 2001 determinó las competencias y la estructura financiera descentralizada. Adicionalmente, la Ley 1164 de 2007 reguló las condiciones del talento humano en salud. A estas normas se deben agregar la Ley 1751 de 2015 o Ley Estatutaria de la Salud y la Ley 1753 de 2015, Plan Nacional de Desarrollo. Este conjunto de normas ha determinado un modelo de aseguramiento social, con integración público--privado y dos regímenes de aseguramiento: subsidiado para aquellos sin capacidad de pago, y contributivo para la población del sector formal y los independientes con capacidad de pago. Nominalmente en Colombia toda la población accede a todas las tecnologías en salud a través de dos mecanismos administrativos: el aseguramiento y lo que se ha denominado NO POS (reembolso).

Los objetivos centrales de la reforma de 1993 hicieron énfasis en: 1. Expandir la protección financiera de las familias ante los gastos catastróficos derivados de los costos asociados a los servicios de salud y 2. Mejorar el acceso mediante la extensión del aseguramiento.

En cuanto al primer objetivo, el sistema muestra avances en protección financiera y solidaridad en la contribución[1]. Así mismo, se han logrado reducir sustancialmente las brechas de inequidad. El gasto de bolsillo en salud ha disminuido del 43% del gasto total en 1995, hasta el 14% en 2014 (Barón, 2014). Los índices de gasto catastrófico, que miden la participación relativa del gasto en salud sobre el ingreso de las familias, indican que el esquema de aseguramiento social adoptado en la reforma logró reducir muy rápidamente la fracción de gasto en salud del gasto global de los hogares, posibilitando así un efecto de conservación del ingreso a las familias, derivado del menor gasto catastrófico (Amaya & Ruiz, 2011). Tanto en grandes ciudades como en regiones apartadas, la población ha valorado los efectos positivos del aseguramiento social sobre el equilibrio de la estructura financiera de las familias (Trujillo y cols., 2012). De hecho, un reciente estudio muestra cómo Colombia tiene el menor gasto de bolsillo como proporción del gasto total entre los 10 países de

[1] Mientras el gasto de bolsillo en salud de Colombia se ubica por debajo del 15%, entre el 15 y el 30% se ubican Uruguay, Argentina y Costa Rica. Por encima del 30% están Brasil, Chile, Perú y México.

mayor nivel de desarrollo económico en Latinoamérica, menos del 50% del gasto promedio de los países analizados[2]

También es significativo cómo el país tiene una gran proporción de hogares con alta vulnerabilidad al gasto catastrófico en salud. Dmytraczenko y Cols evidenciaron que, si bien, se presenta la mayor reducción en el gasto de bolsillo en salud, Colombia continúa siendo uno de los países con mayor riesgo de afectación del ingreso como consecuencia del gasto catastrófico en salud (2015). Esta mayor protección financiera también ha posibilitado un efecto de mayor acceso derivado de la eficiencia en la respuesta de los servicios de salud, integrada bajo condiciones de competencia. El sistema colombiano tiene los mejores resultados del continente en la combinación de reducción de riesgo financiero y acceso a servicios hospitalarios de alta complejidad (Wagstaff y Cols., 2015).En cuanto a la cobertura de la seguridad social en salud, en 1990 solo el 15.7% de la población estaba asegurada (Estudio Sectorial de Salud; Yepes y cols., 1990). Transcurridos 21 años, la cobertura de la seguridad social ha alcanzado el 96,6% (2014). El régimen subsidiado cubre el 48%de la población mientras el contributivo el 43.6% y 5% está afiliada a regímenes especiales y de excepción (Fuerzas Militares, Policía Nacional, el Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio, Ecopetrol, y las universidades públicas u oficiales que se acogieron a la Ley 647 de 2001) (Base única de afiliación, 2015). Estos resultados se han logrado con baja inversión del Estado; un 6.3% del PIB, no muy diferente al gasto en salud antes de la reforma[3]. Esta proporción representa un gasto per cápita de aproximadamente US$ 500[4].

1.2 Sistema de Salud y Estado de salud

La reducción del riesgo financiero de las familias, fundamental en la seguridad social, no necesariamente es el objetivo nuclear de un sistema de salud. El objetivo central de un sistema de salud es mejorar las condiciones de salud de su población. Bajo el concepto de seguridad social, el gasto más representativo está justificado en la provisión de los servicios de salud. Sin embargo, desde el Reporte Lalonde (1974) se ha establecido que las intervenciones biomédicas tienen poco impacto en el estado de salud de las poblaciones y que sólo las intervenciones de naturaleza promocional, preventiva y ambiental que afectan el entorno y estilo de vida, producen cambios significativos en esas condiciones de salud.

[2] Cavangero, 2015

[3] De acuerdo con el estudio sectorial de salud de 1990, tomando como fuente las Cuentas Nacionales estimadas por el DANE, el gasto total en salud para 1985 era de 7.02 del PIB, siendo el gasto privado el 4.1% y el público el restante 2.9 del PIB.

[4] El gasto per cápita en salud de Colombia es sustancialmente menor que el gasto en México (US$ 700), Chile (US$ 1.200) y Argentina (US$ 1.100); países de similar nivel de desarrollo.

El país ha logrado avances importantes en el crecimiento de la expectativa de vida y la reducción de la mortalidad; el informe de Análisis de Situación de Salud 2014 (Ministerio de Salud y Protección Social) muestra la tendencia decreciente en la tasa de mortalidad ajustada por edad. Esa reducción fue del 11% entre 2005 y 2012. Los cambios más relevantes están relacionados con decrementos en la mortalidad, neonatal e infantil. La razón de mortalidad materna se redujo entre 2005 y 2012 de 70.1 a 65.9 y puede estar alrededor de 55.2.0 por 100.000 nacidos vivos en 2013, muy cerca de la meta del milenio (Estadísticas vitales DANE 2013); según el Banco Mundial la razón era de 100 por 100.000 nacidos vivos en 1990.

La tasa de mortalidad neonatal disminuyó en 26.4 % entre 2005 y 2013. La tasa cruda de mortalidad infantil decreció de 15.9 a 11.5 muertes por 1.000 nacidos vivos entre 2005 y 2013. El Banco Mundial estima la tasa de mortalidad infantil ajustada para 2015 en 15 muertes por 1.000 nacidos vivos mientras que para 1990 ese indicador se estimaba en 29 por 1.000. Todas estas variaciones son consistentes con una reducción general de la mortalidad.

El perfil de causas de mortalidad en menores de 5 años evidencia reducción en todos los grupos de causas entre 2005 y 2012. Los grupos en que la mortalidad se ha reducido más del 50% son las enfermedades del sistema respiratorio, lesiones por causa externa, enfermedades infecciosas, endocrinas, del sistema nervioso, digestivas y hematológicas. La mortalidad por cáncer infantil (4.1%) es el único grupo patológico en que se evidencia incremento. También se registra la reducción en los tres tipos de desnutrición (aguda, crónica y global). En el período 1977 – 1980 la prevalencia de carenciales por desnutrición global era de 19.4% (Mora, 1982). Para 2010, la Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN) encontró que esa prevalencia habría reducido drásticamente al 3.4%

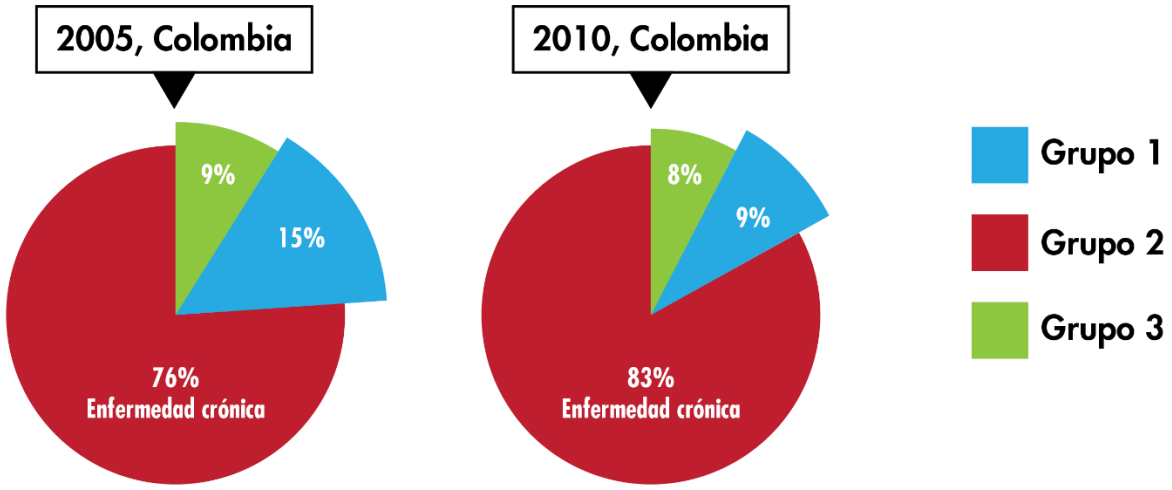
Estos resultados indican una acelerada progresión en el patrón epidemiológico, a partir de los problemas carenciales y las enfermedades trasmisibles hacia causas de mortalidad de etiología compleja, relacionada con los factores ambientales y de estilo de vida, propios de sociedades más urbanizadas.

Una limitación de las estadísticas vitales es que solo miden eventos al principio y final de la vida. Es difícil establecer la globalidad del estado de salud con variables que no miden la situación de salud en el transcurso de la vida. Este vacío se ha suplido con las mediciones de carga de enfermedad (Murray & López). La carga de enfermedad es un indicador compuesto que mide para una expectativa de vida de un territorio (país o región) los años de vida saludable perdidos por muerte prematura (APMP) o discapacidad (AVD) como consecuencia de la enfermedad o de factores de riesgo prevenibles o intervenibles.

La carga de enfermedad fue medida en el país por última vez en 2010. Por primera vez existe la posibilidad de hacer estimaciones comparativas con las cifras de 2005 (Peñaloza y Cols, 2013). Este estudio mostró una carga de enfermedad dominada por la enfermedad crónica y con menor participación proporcional de las lesiones por causa externa y las enfermedades trasmisibles. Es preocupante que en solo cinco

años la participación de la enfermedad crónica creció del 76% al 83%, lo cual indica un patrón epidemiológico pos transicional.

Gráfico 1. Progresión en Carga de Enfermedad 2005-2010, Colombia



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, y Pontificia Universidad Javeriana. Estimación de la carga de la enfermedad para Colombia, 2010.

Los resultados de la carga de enfermedad también evidencian crecimiento en expectativa de vida acotado por la muerte prematura y la discapacidad, que afectan los 74 años de expectativa en 21 años (16 por discapacidad y cinco por muerte prematura); este nivel de carga es el triple de la población australiana y revela el alto componente de demanda de servicios que afecta al sistema de salud; sobre todo en hospitales de segundo y tercer nivel, así mismo, contribuye a que el país tenga la más alta tasa de hospitalización de América Latina (8.7% de personas hospitalizadas a lo largo de un año) (Ruíz & Cols, 2013).

Cuando se evalúa el conjunto de causas de mortalidad dominantes por zona geográfica, se evidencian profundas diferencias en el comportamiento epidemiológico. En las zonas más desarrolladas con mayor grado de transición epidemiológica, las enfermedades crónicas son dominantes; en las regiones con mayor afectación del conflicto armado dominan las lesiones de causa externa; en las áreas menos pobladas y selváticas las enfermedades transmisibles aún monopolizan la carga y, finalmente, en las zonas con mayor concentración de pobreza y en Bogotá, las enfermedades materno infantiles afectan el comportamiento epidemiológico.

Mapa 1. Principal causa de mortalidad según tipo y departamento, Colombia 2014



Fuente: Ministerio de Salud. Análisis de Situación de Salud, 2014.

Los perfiles de mortalidad regional plantean la necesidad de formular respuestas diferenciadas entre las regiones del país, según la afectación de los determinantes de la salud. Las intervenciones deben adaptarse a las condiciones de servicios, a las características de la demanda y la capacidad en recursos humanos y tecnológicos en cada territorio. Esto puede justificar la implantación de modelos de atención y la prestación de servicios diferenciados según el tipo de territorio, tanto desde las autoridades sanitarias que tienen a su cargo la salud pública como desde las aseguradoras y las redes integrales de prestadores de servicios de salud. Al Ministerio de Salud esto le implica desarrollar la capacidad para dar asistencia técnica específica a los requerimientos de modelos diferenciales de atención.

Existen diferencias relevantes en el acceso efectivo y equidad entre poblaciones urbanas y rurales. Según el análisis de Ruiz & Zapata (2015) con base en la Encuesta de Calidad de Vida 2013, hay unas brechas relevantes de la zona rural comparada con la urbana: 12% menor percepción de buena salud (Índice Normalizado de Inequidad Horizontal de -0.04); 4% de menor percepción de prevalencia de enfermedad crónica (IIH: 0.13); 11% de menor uso de condón en la primera relación sexual (IIH: 0.27) 6% mayor prevalencia de baja talla (IIH: -0.19); 9% menor acceso a tratamiento para la diarrea (IIH: 0.11); 12% menor cobertura de cuatro controles prenatales (IIH: 0.28); 11% menor cobertura de parto institucional (IIH: 0.49); 10% menor acceso a servicios preventivos (IIH: 0.16); 12% menor acceso a servicios odontológicos (IIH: 0.25); 7% menor uso de servicios ambulatorios en caso de problema manifiesto de salud (IIH: 0.36); 4 días de diferencia en la oportunidad de acceso médicos especialistas (IIH: -0.003). Lo anterior contrasta con una reducida diferencia de 2% en cobertura de afiliación a la seguridad social (IIH: 0.2).

Al analizar el estado de salud según grupos poblacionales, las diferencias se acentúan. Para 2013 la tasa de mortalidad materna entre la población indígena era 6.8 veces mayor que la de población afrocolombiana y está dos veces mayor que el promedio marginal. La tasa de mortalidad infantil era 2.6 veces mayor entre los indígenas de la media nacional y 1.3 veces mayor en los afrocolombianos que entre la población nacional. Todas estas brechas indican la necesidad de respuestas diferenciadas por parte del sistema de salud.

1.3 Características de la oferta de servicios de salud

El Sistema General de Seguridad Social en Salud ha logrado avances en lo relacionado con cobertura, acceso y equidad; en paralelo se ha evidenciado una expansión en la oferta nacional de los servicios de salud con crecimiento predominante en el sector privado y en el segmento de mayor complejidad tecnológica. El crecimiento en la oferta privada se ha concentrado en los profesionales independientes, los cuales durante el periodo 2013 – 2016, a partir de la información del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, pasan de 35.107 a 35.396 (incremento del 0.823%); pese a este crecimiento, la oferta de servicios durante este periodo ha disminuido en un 0.998%.

Respecto a la capacidad instalada, para el mismo periodo se ha observado un incremento general del 6.6%; sin embargo, este comportamiento no es sostenido; en el caso de las camas se incrementa en un 6.5%, con una disminución en los prestadores públicos de 1.6%, e incremento en los prestadores privados del 12.5%. En el caso de las ambulancias el incremento global del 19.8% se encuentra ligado a los prestadores públicos (26.0% en los públicos y 14.7% en los privados). Lo más representativo en términos de capacidad instalada es la reducción entre los prestadores de su capacidad instalada en salas de parto y quirófanos; para el caso de los partos se presenta una disminución del 8.7%, siendo más representativa en los prestadores privados 20.1% y en caso de los quirófanos en términos de cantidad, disminuye en 2.3%, con un efecto dado por la disminución en los prestadores públicos en un 5.7%, en los prestadores privados disminuye en 1.3% y en los de naturaleza mixta se presenta el mismo fenómeno con una disminución del 9.5%.

Por su parte las competencias y perfiles de los recursos humanos formados para garantizar el servicio primario en salud son insuficientes para potenciar mayor capacidad resolutiva, profundizando la baja respuesta institucional y generando represamiento de demandas en salud. En la mediana y alta complejidad hay utilización inadecuada de los recursos especializados, ocasionada tanto por los incentivos hacia la inducción de demanda desde la oferta, así como por debilidad para llevar a cabo acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

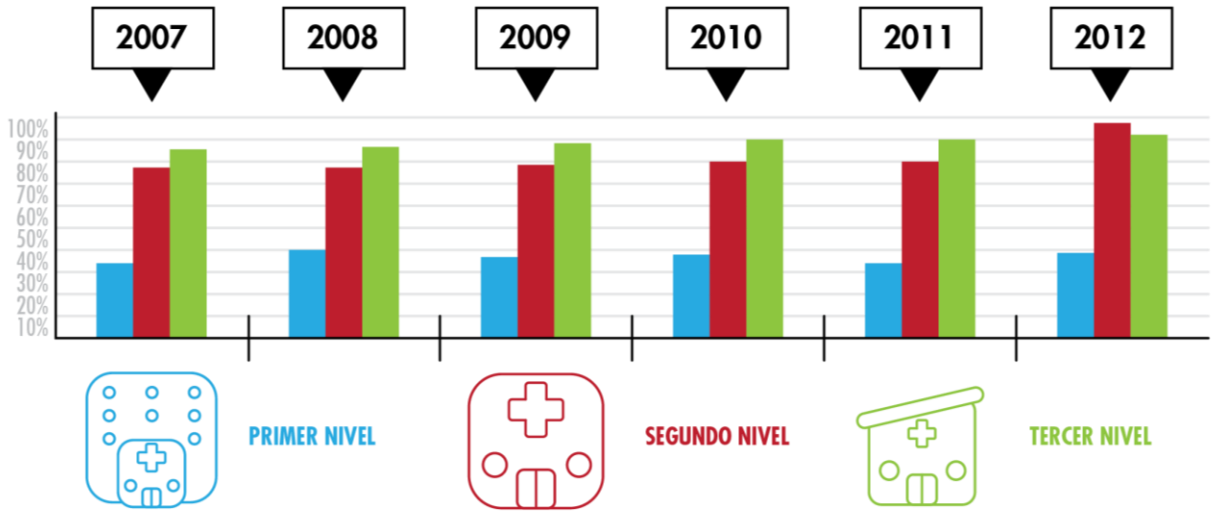
Con respecto a los prestadores públicos, se observa una disminución en la oferta de servicios de los primeros niveles de atención, a partir de la información del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, la cual ha disminuido entre 2013 y 2016 en un 2.8%; en el segundo nivel se presenta el mismo comportamiento con una disminución del 1.5%; llama la atención el crecimiento significativo de las IPS públicas de tercer nivel de atención las cuales crecen durante el mismo periodo en 9.8%. Adicionalmente, los niveles de atención básicos presentan alta obsolescencia tecnológica, deficiencia en cantidad, pertinencia y calidad del personal de salud y de infraestructura, efectos que pueden ser evidenciados en la oferta pública, donde la inversión en reposición ha sido escasa.

En síntesis, se evidencia obsolescencia tecnológica en el primer nivel, reducción de la capacidad instalada en el segundo nivel y crecimiento en la capacidad instalada de alta complejidad con ampliación de la participación de la oferta privada sobre la oferta pública.

Los niveles de ocupación en los prestadores públicos permiten evidenciar la tendencia de la atención en los niveles de atención superiores; mientras que los niveles de ocupación en el primer nivel de atención no alcanzan el 40%, los demás niveles superan el 78% en el periodo 2007 – 2012, con tasa de ocupación por encima de 97% en el segundo nivel y de 91% en el tercer nivel. La limitación en la respuesta ha sido creciente en los últimos años. En 2007, el 48% de los partos eran remitidos a los centros de mayor complejidad desde los hospitales públicos de primer nivel, para 2012 el 88% generaban esta misma situación, lo cual permite inferir el incentivo al crecimiento de la cesárea en el país, que pasó del 25% en 1998 a 46% en 2013.

Esta situación puede estar evidenciada principalmente por los débiles procesos de referencia y contra referencia, el casi inexistente intercambio de la información de registros clínicos entre prestadores y aseguradores y los deficientes procesos de articulación de los prestadores en las redes para posibilitar estos propósitos y garantizar procesos de atención en salud en condiciones de calidad.

Gráfico 2. Tasa de ocupación de hospitales públicos de primer, segundo y tercer nivel de complejidad, Colombia 2007-2011



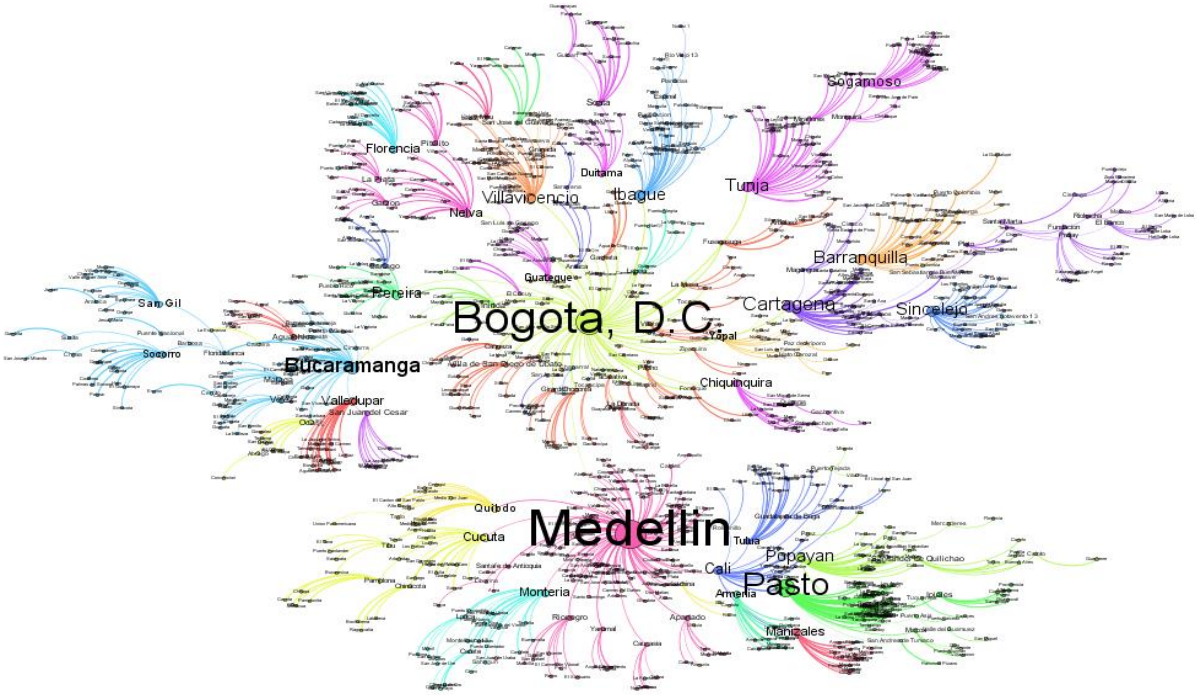
Fuente: Indicadores calculados por el MSPS a partir de la información reportada por las IPS públicas en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004.

La respuesta de la oferta es fraccionada, lo cual genera menos capacidad de resolución también en la alta complejidad. En el caso del cáncer de mama, por ejemplo, el promedio de días transcurridos entre la primera consulta y el tratamiento es de 137 días de los cuales se pierden 90 entre el diagnóstico inicial y la confirmación del diagnóstico en el centro especializado. Como resultado, en Bogotá se diagnostica el 29,1% de los casos de cáncer de mama en estadio localizado, contra 64% en USA y el 57.2% en estadio de invasión regional contra 27% en USA (Piñeros y cols., 2009). Esto revela limitaciones severas en el funcionamiento en red de las instituciones ambulatorias y hospitalarias que intervienen en la resolución del cáncer de mama. Esta situación se da con la respuesta general del sistema con efectos deletéreos sobre la salud de los pacientes.

Se evidencia una concentración de las atenciones de carácter nacional; a partir del análisis de la economía geográfica en la prestación de servicios de salud se observan cerca de 20 nodos que centralizan el flujo de procedimientos médicos para pacientes provenientes de los 1,101 municipios del país. Cuando se analiza el flujo de consulta especializada se observa que este flujo se concentra aún más en diez nodos; seis nodos, por su parte, concentran el flujo de procedimientos hospitalarios (Bogotá,

Medellín, Bucaramanga, Pasto, Cali y Barranquilla), con dominancia marcada de Bogotá y Medellín como agrupadores finales de referencia. (Páez y Cols, 2012).

Ilustración 1. Flujo de pacientes para la prestación de procedimientos médicos según ciudad, Colombia 2012



Fuente: Ministerio de Salud Páez N y Cols. Estudio Economía Sanitaria, 2012

Por último, bajo el esquema del SGSSS y con base en los actores que intervienen aún se visibiliza la existencia de "disconformidad y contradicción entre aseguradores y prestadores, por la forma en que los aseguradores definen precios y contratan a los prestadores de servicios"[5]; de manera adicional los contratos entre aseguradores y prestadores tienden a ser incompletos e inestables. Es también evidente que existen diferencias de precios entre los mercados de prestación que indican diferencias en la concentración y poder de negociación entre aseguradores y prestadores (Ruiz, 2015). En el primer nivel de atención la contratación suele corresponder a la capitación sin umbrales y límites definidos y tanto aseguradores como prestadores tienden a generar rentas sobre las asimetrías en los contratos; los primeros, mediante el uso de la autorización como mecanismo para modular la

[5] Ministerio de la Protección Social (Hoy Ministerio de Salud y Protección Social). Política Nacional de Prestación de Servicios. 2005. P.15

oferta; y los prestadores de primer nivel en la derivación de pacientes y mantenimiento de una estructura no resolutiva pero menos costosa para la prestación de servicios. Ante la carencia de una adecuada gestión del riesgo y de la enfermedad, el paciente queda a merced de su propia capacidad de gestión frente al asegurador para obtener los servicios que requiere.

Se puede concluir que el supuesto inicial de mercados de servicios modulados por el mercado no ha posibilitado una regulación extensiva de acuerdo con el interés del usuario y la consolidación del derecho a la salud de toda la población, relacionada con ciudadanos, sujetos de derechos, y operada a través de acuerdos institucionales y un contrato social aceptado por todos los agentes[6]. Este tipo de estrategias optimizadoras basadas en la competencia no regulada entre los agentes ha derivado en diferentes fallas:

- Descreme de mercado[7], contratación selectiva y racionamiento desde el asegurador
- Inducción de demanda, barreras de entrada y captura del regulador desde los prestadores de servicios de salud, IPS
- Concentración de oferta y control de la formación desde los grupos médicos
- Riesgo moral y selección adversa desde los usuarios
- Aumento de la utilización y pago de servicios de alta tecnología (inducción de demanda de alta tecnología) y baja capacidad resolutiva en el nivel primario que está en contacto directo con la población

Lo que ha llamado la atención es la persistencia de las problemáticas de la oferta a través de los años, máxime cuando el Documento Conpes 3402 de 2002 presentaba como una de las estrategias de la Política de Prestación de Servicios de Salud, el mejoramiento de la eficiencia de la oferta de servicios de salud, a través de la promoción de un modelo de atención donde hubiese una confluencia de "aseguradores y prestadores bajo el objetivo común de mejorar el acceso, reducir costos, incrementar el nivel de satisfacción de los usuarios y obtener logros en salud pública. Se implementarán mecanismos que privilegien e integren la atención primaria, la ambulatoria y la entrega de los servicios de salud pública, teniendo en cuenta las necesidades de las diferentes regiones del país y las condiciones de salud de la población"[8].

[6]La iniciativa de reforma estatutaria a la salud (2014), adaptada mediante la Ley 1751 de 2015, busca abordar este aspecto.

[7]El descreme se ha efectuado tanto entre aseguradores, como entre regímenes de aseguramiento haciendo que la operación del seguro también presente un grado de fragmentación.

[8] Departamento Nacional de Planeación, DNP. Documento Conpes 3402 de 2002. P.20

Si bien es cierto que se observa de manera global un comportamiento creciente de la oferta de servicios, este fenómeno como tal no garantiza que se cuente con las condiciones adecuadas para el sector salud, ya que los incrementos o decrecimientos no ha estado ligado a análisis de las necesidades y las condiciones propias de la demanda, y han respondido más a incentivos hacia una mayor producción de servicios de salud en términos del número de actividades realizadas, más no en la búsqueda de los resultados en salud o de una prestación de servicios de salud en condiciones de accesibilidad, , aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución; esto conduce al desajuste entre los requerimientos de la demanda y la capacidad resolutiva, con atributos de calidad, integralidad y continuidad, de los servicios de baja complejidad, con limitada eficacia en las acciones individuales y colectivas cuyo objetivo sea la promoción de la salud y la gestión del riesgo[9].

Estas limitaciones han sido determinadas por el enfoque hospitalario de servicios orientados hacia la enfermedad y su resolución en las instituciones hospitalarias de mayor complejidad. En efecto es notorio el crecimiento en la demanda de profesionales especializados. Las urgencias de las IPS de mediana y alta complejidad se han consolidado como la puerta de entrada al sistema, con severa subutilización de los servicios básicos. Este efecto es consecuencia del propio diseño de un modelo de seguridad social, donde se impulsa un enfoque de prestación orientado hacia la cobertura de las contingencias financieras para las familias derivadas del costo de la enfermedad. Este objetivo posicionó la enfermedad como objetivo del sistema por encima de las ganancias en salud y la integralidad en la atención.

Todos estos resultados muestran una tendencia sostenida a la resolución hospitalaria de la enfermedad, incremento del riesgo en salud y mayor gasto médico, lo cual genera como resultado la fragmentación de la atención médica, con los consecuentes efectos deletéreos sobre la salud y calidad de vida de personas, familias y comunidades, así como los sobrecostos generados por la estructura de costos, mucho más onerosa, de los escenarios de atención en urgencias de alta complejidad. Es también evidente que la prestación del servicio no está centrada en el paciente y cada prestador actúa de manera aislada con muchas limitaciones para el funcionamiento en red, lo cual deriva en mayor fraccionamiento y mayores costos en la atención.

Todo lo anterior puede resumirse así:

- Plataforma de prestación de servicios estructurada a partir de la disponibilidad de tecnología -y de sus diferenciales de precio- y no de los requerimientos de la demanda y el ciclo de servicio
- Incremento en los gastos en producción de servicios en los hospitales de alta complejidad derivado de problemas en el flujo de recursos y deficiencias en la

[9]Los análisis del Ministerio indican una baja tasa de utilización del nivel básico (60%) con alta tasa de uso de la alta complejidad, por encima del 90%.

gestión de las instituciones, lo cual puede conllevar a condiciones de insostenibilidad financiera

- Excesos de demanda hacia los hospitales de alta complejidad, con concentración del uso en casos que no requieren de alta tecnología
- Congestión en la puerta de entrada de urgencias con prolongados tiempos de espera en el proceso de asignación de camas hospitalarias[10]
- Baja capacidad resolutiva de los servicios básicos que los ha transformado en "centros de remisión" a los hospitales de mayor complejidad
- Limitaciones en la disponibilidad de recursos humanos, en particular en las especialidades médicas y el personal de enfermería, con concentración de recursos humanos en las grandes ciudades
- Limitaciones en la disponibilidad de información para la planificación de la oferta de servicios de salud tanto pública como privada, y no posibilidad de garantizar el seguimiento a las condiciones actuales de la prestación de los servicios de salud.

1.4 La Intervención en salud pública

Desde la gestión de la salud pública se evidencia una baja capacidad técnica y de gestión por parte de las entidades territoriales para orientar la construcción participativa de los planes de salud territorial, motivar acciones intersectoriales sobre los determinantes sociales que promuevan la salud de la población y orienten la gestión integral del riesgo en salud, ejecutar intervenciones colectivas efectivas y coordinar la articulación de las acciones de salud pública con las actividades individuales realizadas por todos los agentes del Sistema. Aunado a las falencias del modelo de salud y del ordenamiento institucional de sector salud a nivel nacional que se ve reflejado en lo territorial, como se refleja en los efectos de una doble descentralización que entregó hospitales y funciones de salud pública a entidades territoriales sin generar las capacidades para su gestión (Guerrero et al, 2013).

De ahí que la inversión en salud pública muestra condiciones de ineficiencia; una evaluación rápida sobre ejecución presupuestal encontró que para octubre de 2015 cerca del 40% de los presupuestos de salud pública de los municipios no habían sido ejecutados. También es clave reconocer explícitamente los problemas de calidad y cobertura de algunas de las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, ya que se registra una ausencia de un sistema obligatorio de la garantía de la calidad para estas acciones, así como de adecuada información que sirva para

[10]El uso extensivo de la acción de tutela para superar barreras administrativas ha reducido sustancialmente las listas de espera para procedimientos médicos; sin embargo, ante la congestión del Sistema, la tutela puede estar actuando como mecanismo de arbitraje en la oportunidad de servicios dando mayor oportunidad a aquellos que tienen mejor acceso a la justicia.

los procesos de gestión y de IVC. Los municipios de menor tamaño evidencian limitaciones en su capacidad técnica de gestión de la salud pública (coordinación, liderazgo, competencias y suficiencia del recurso humano) y hay restricciones en la escala de operación para ejecutar intervenciones en salud colectiva de manera costo-efectiva.
De otra parte, la heterogeneidad territorial y poblacional del país contrasta con un aseguramiento que interviene los riesgos de la población de manera homogénea, sin considerar los condicionantes de la dispersión poblacional y territorial sobre los desenlaces en la prestación de los servicios[11].

La proliferación de aseguradores que actúan sobre las mismas poblaciones acentúa el fraccionamiento en la respuesta asistencial, segmenta los núcleos funcionales y genera incentivos para la baja calidad de la respuesta con limitaciones en la atención al usuario y el uso del mecanismo de autorización como instrumento para la restricción de servicios. No hay diferenciación por calidad en el aseguramiento y el buen servicio termina incentivando la concentración de riesgos entre los mejores aseguradores.

Los problemas de respuesta del sistema, particularmente en el acceso, generan insatisfacción en la opinión pública, así como espacio para algunos grupos que bajo diversos intereses propenden por un cambio estructural al sistema, situación que implica el riesgo de perder las ganancias en bienestar que se han logrado a lo largo de los pasados 20 años. Es difícil considerar la posibilidad de incrementar sustancialmente el gasto en salud en el contexto macroeconómico actual y además los resultados imprevisibles, si no se acompañan de un ajuste institucional que mejore la efectividad del sistema.

El sistema ya ha recobrado el camino, reposicionando los conceptos de rectoría y salud pública como componentes esenciales. Sin embargo, este desarrollo ha avanzado solo un poco más allá de lo conceptual y tiene limitantes en la integración del aseguramiento.

1.5 Condiciones de los recursos humanos

Las condiciones presentes del talento humano en salud, RHS, en gran parte se originan en la reforma de la Ley 100 de 1993, pues esta no previó los requerimientos cuantitativos y cualitativos del RHS para su implementación, ni el impacto que tendría sobre ellos. No se definieron modelos de gestión, atención y prestación de servicios de salud, que orientaran la formación y gestión del talento humano en salud hacia el cumplimiento efectivo de los objetivos del Sistema. Estos procesos han respondido

[11] Es evidente que la mayor concentración de la carga de enfermedad y problemas nutricionales se encuentra en zonas apartadas y con mayor concentración étnica. El esquema de competencia en el aseguramiento ha permitido una micro-segmentación de los pooles poblacionales en dichas comunidades haciendo imposible la generación de escalas efectivas y eficientes para la intervención integral de riesgos comunes en dichas comunidades.

más a los criterios y perspectivas de cada institución, que al cumplimiento de los objetivos del sistema de salud y satisfacción de las necesidades de la población.

En relación con la formación del RHS, el país ha tenido un aumento progresivo y sostenido a través del tiempo, lo cual se explica por el incremento significativo de la oferta educativa observada a partir de la década de los 90s. Este fortalecimiento de la oferta de talento humano permitió dar respuesta a la demanda de servicios de salud generada por el crecimiento acelerado de la afiliación al SGSSS en los últimos años. Si bien, la titulación de médicos generales y enfermeras se ha incrementado en los últimos años[12], la tasa de formación de especialistas se ha mantenido estática e incluso ha bajado en la proporción de nuevos especialistas por habitantes que ingresan al mercado laboral (Minsalud, 2014). Esto ha impedido la expansión de la oferta, en particular en grandes y medianas ciudades (Matallana y Cols, 2013), más cuando, el perfil del RHS ha tendido a la híper especialización y alta tecnología.

La formación de talento humano en salud ha respondido a estas realidades, lo cual ha conllevado a la pérdida progresiva de competencias de algunas profesiones en áreas como salud pública, comunicación, gestión, comprensión del contexto, humanización y calidez en la atención y, en algunos casos, en las áreas clínicas. Se agrega que durante los años posteriores a la reforma no se dio la formación de competencias asociadas a la educación y promoción de la salud, APS, procesos de gestión y coordinación de programas e intervenciones de carácter familiar y comunitario. Así mismo, existe una enorme deuda en la formación con respecto a las culturas médicas tradicionales de los grupos étnicos y la implementación del enfoque intercultural.

Las brechas entre los resultados de la formación y las necesidades del desempeño determinan baja capacidad resolutiva de los profesionales de la salud, no solo para la atención sino para la prevención de la enfermedad y el cuidado paliativo. El perfil del médico general y las especialidades médicas básicas muestran obsolescencia y subutilización en los servicios, así como los odontólogos generales, bacteriólogos y enfermeros, han perdido la mayor parte de la capacidad y competencias para resolver las necesidades de salud en el primer nivel de atención, así como para la coordinación de programas e intervenciones comunitarias dada la tendencia a perfiles de formación hospitalocéntricos. Algunos perfiles han desaparecido; entre ellos, el promotor de salud, los gestores en salud, los agentes comunitarios y los auxiliares de salud pública. El sistema pone su capacidad de respuesta principalmente en los médicos especialistas y auxiliares de enfermería.

Se destaca que el aumento de la demanda de servicios de salud especializados, intensivos en el uso de tecnología, ha estado acompañado del detrimento de la capacidad resolutiva los servicios de baja complejidad para la atención en salud. Esta dinámica, que se alimenta de manera mutua y progresiva, contrasta con la baja

[12] La tasa de médicos por 1.000 habitantes pasó de 12 a 18 entre 2000 y 2014, mientras que la de enfermeras cambió de 5 a 10.

disponibilidad de médicos especialistas en muchas regiones y con un aumento lento de la oferta educativa para su formación.

En cuanto al modelo de aseguramiento, la segmentación del sistema de salud, la participación del sector privado y la descentralización transformaron el mercado laboral del sector salud en un campo complejo y dinámico, donde confluyen y se superponen diversos regímenes laborales y mecanismos de gestión del recurso humano, que han afectado negativamente sus condiciones laborales y de ejercicio profesional.

Así, la gestión e incentivos del talento humano se han enfocado más a mejorar la productividad y controlar el gasto de las instituciones en el corto plazo, que, en desarrollar políticas institucionales de largo plazo dirigidas a mejorar los resultados en la salud de las personas, la calidad de los servicios y el desarrollo personal y profesional del talento humano en salud.

Lo anterior, aunado a las diferentes problemáticas que se han venido presentado en el diagnóstico, han profundizado la fragmentación del proceso de cuidado integral de la salud, lo cual se evidencia en: i). Débil capacidad de resolución en los servicios de baja complejidad, tanto en el campo de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, como de la atención, ii). Baja capacidad del sistema hospitalario de alta tecnología para responder a la demanda, iii). Fragmentación de la atención, con puertas de entrada ubicadas en las urgencias de alta complejidad, iv). Baja oportunidad e integralidad en la atención con carencias muy relevantes en las redes de servicios de salud, en la mayor parte del territorio nacional, v). "Compartimentación", dispersión, y debilidad de la regulación en lo que hace referencia a los servicios de baja complejidad, vi). Escasa conformación de equipos multidisciplinarios de salud que garanticen el cuidado integral y permanente de la salud y vii). Inequidad en el acceso y los resultados en salud.

1.6 Efectos del sistema de incentivos

Una adecuada estructura de incentivos es esencial para el adecuado funcionamiento de cualquier sistema de salud. Los incentivos tienen la capacidad de modular los intereses de los agentes públicos y privados. Casi todos los sistemas de salud tienen sistemas de incentivos que buscan mejorar la calidad, eficiencia y efectividad de las intervenciones de los agentes institucionales que componen el sistema de salud. Estos incluyen las formas de pago a los profesionales que prestan los servicios, el pago a los prestadores ambulatorios y hospitalarios o el pago a los aseguradores.

El diseño del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) contempló la posibilidad de contratación selectiva por parte del asegurador como mecanismo para mejorar la eficiencia y posibilitar el acceso al integrar y utilizar eficientemente la oferta pública y privada de prestación de servicios. De acuerdo con las proyecciones del estudio sectorial de salud el nivel de ineficiencia del seguro social era de tal dimensión que, para una proyección de crecimiento de cobertura del 50% en 2000 y cubriendo solamente el 27.3% de la población colombiana, hubiese requerido al

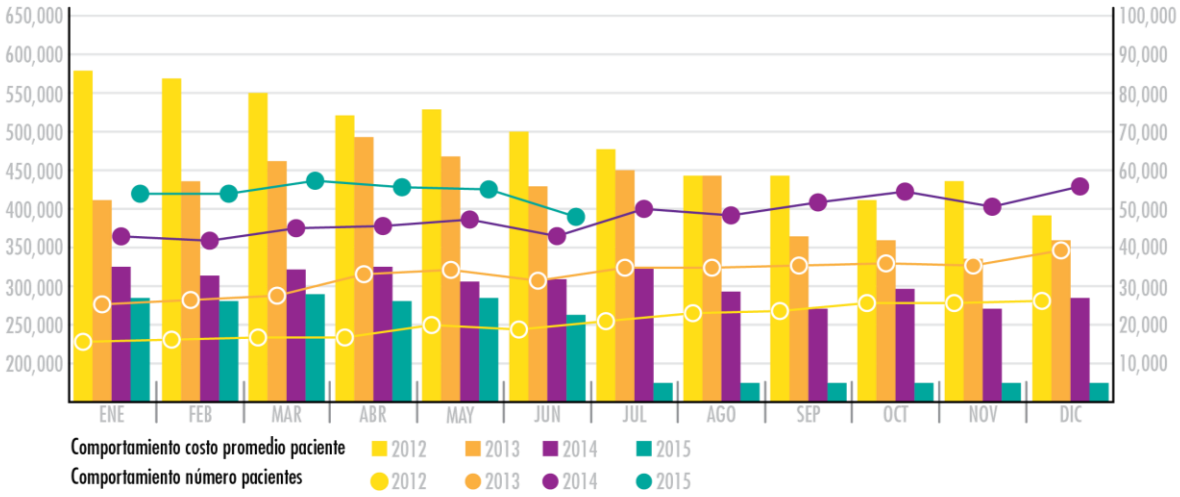
menos un 3.54% adicional de crecimiento en la participación de salud en el PIB (Velandia y Cols, 1990).

El mecanismo de contratación selectiva ha generado grandes ganancias en eficiencia y controlado la presión inflacionaria en el POS, lo cual posibilitó la cobertura universal del aseguramiento sin crecimiento del gasto en salud, con una cobertura de la población subsidiada a más del 50% de los colombianos. De hecho, un estudio reciente evidenció que el nivel de crecimiento constante de los precios de contratación de hospitales no cambió de manera significativa desde 1995 hasta 2013 (Ruiz, 2015).

Sin embargo, la regulación de la contratación, el cumplimiento de las normas adoptadas y los mecanismos de pago de servicios ha sido insuficiente, lo cual ha llevado a estrategias negativas desde el asegurador para compensar los precios. Estos incluyen el racionamiento de servicios, las redes incompletas, la retención de pagos a los hospitales y el financiamiento desde los proveedores.

La no existencia de normas que hagan transparente la contratación y el precio ha llevado a la contratación incompleta, la inexistencia o parcialidad de la red que garantice el derecho y uso de la integración vertical. A ello se han sumado barreras negativas desde los prestadores como reducción de demanda, porcentajes de contratación forzada, la diferenciación selectiva de servicios y la creación de barreras a través de la captura del asegurador. Sin embargo, lo más precario ha sido la extensión de mecanismos contra cíclicos de pago, como el pago per cápita en la baja complejidad y el pago por evento en la mediana y alta complejidad, mecanismos de pago que incentivan la baja capacidad de resolución de los niveles básicos y la inducción de demanda en la alta complejidad.

ráfico 3. Comportamiento frente a control de precios y respuesta de la demanda, EPS seleccionadas Colombia 2013



Fuente: 4 EPS (3 EPS datos de servicios facturados y 1 EPS servicios autorizados). Cálculos ACEMI.

Entre los efectos de mayor impacto se encuentra la presión derivada de la innovación tecnológica y el costo asociado a la entrada de terapias innovadoras, usualmente protegidas por derechos de propiedad que permiten el monopolio e impacto en el costo médico. Los incentivos van hacia el sobrecosto en un sistema de salud abierto con limitadas restricciones e incentivos de mercadeo muy poderosos. Intervenciones como la regulación de precios ha posibilitado ahorros importantes. Sin embargo, incentivar la disminución de la demanda desde el prestador, puede amenazar los avances obtenidos.

Es necesario avanzar en mecanismos de pago que consoliden incentivos hacia el establecimiento de condiciones de contratación y pago justas, estables y que cuentan con las garantías que no afecten el desarrollo de las actividades propias de los agentes y el logro de resultados en salud.

1.7 Situación financiera del Sistema

El sistema de salud colombiano se fundamenta en un esquema de aseguramiento, cuyas bases datan de la Ley 100/1993 por medio de la cual se crea el SGSSS, estableciéndose además el aseguramiento en salud como el mecanismo para garantizar el derecho a la salud, consignado en la Constitución de 1991. El aseguramiento en salud se estructuró en dos regímenes de afiliación con el fin de brindar cobertura a la totalidad de la población del país:

- Régimen Contributivo -RC-, orientado a dar cobertura en salud a los trabajadores dependientes e independientes del sector formal de la economía y a sus familias, es decir a la población con capacidad de pago. Se financia con las contribuciones de las empresas y los trabajadores mediante cotizaciones que se encuentran ligadas a la nómina o valor de los ingresos para el caso de los trabajadores independiente. Una reciente reforma a su estructura de financiamiento (Ley 1607/2012, implementada desde 2014) determinó la sustitución de fuente de las cotizaciones para empleadores de trabajadores que devenguen menos de 10 salarios mínimos (SMLMV) por un impuesto a las utilidades denominado Impuesto sobre la Renta para la Equidad -CREE.
- Régimen Subsidiado -RS-, encaminado a dar cobertura en salud a la población pobre y vulnerable sin capacidad de pago, es decir que no puede participar del Régimen Contributivo. La financiación de los subsidios proviene, principalmente, de la solidaridad del Sistema (contribución cruzada desde los trabajadores del sector formal de la economía) y de aportes del Gobierno Nacional y los gobiernos locales (orden departamental y municipal).

En línea con la evolución de poblaciones y de UPC, el costo asociado al reconocimiento de la prima de riesgo de los afiliados al sistema reportó una tendencia creciente en el período 2005-2015 tanto en el RC como en el RS. Analizando de manera agregada los dos regímenes de afiliación, esta tendencia creciente se acentúa en años en que

el énfasis de política pública fue alcanzar la cobertura universal del RS (2005-2008, con crecimiento promedio anual de 15,4%), actualizar y unificar el POS (2011-2013 con crecimiento promedio anual de 19,7%). Tras alcanzarse estos objetivos de política, el incremento del costo del aseguramiento en salud se moderó, ubicándose en tasas levemente superiores a 9% tanto en 2014 como en 2015.

A pesar de esta moderación, el costo del aseguramiento en salud continúa siendo un reto para las finanzas públicas y del SGSSS. De acuerdo con la información más reciente de cuentas de la salud, el crecimiento real del costo del aseguramiento al SGSSS fue 6,7% en 2014 en medio de un contexto de menor espacio fiscal determinado por la caída de la renta petrolera. Esta presión refleja un fenómeno común de los sistemas de salud basados en esquemas de aseguramiento: el mayor incremento relativo del valor (precio) y el consumo (frecuencias) de los bienes del sector salud respecto de otros bienes de la economía debido a las nuevas tecnologías y al ajuste en la demanda de servicios. En el caso colombiano, las presiones sobre la prima de aseguramiento de equilibrio en condiciones de sostenibilidad continuarán debido a que para 2016 empezará a regir una nueva actualización integral del POS y, de acuerdo con la Ley Estatutaria, a partir de febrero de 2017 se manejará un plan de beneficios implícito.

Así, teniendo en cuenta los costos futuros y en el marco de la Ley Estatutaria, es necesario considerar los siguientes aspectos:

- El esquema de aseguramiento es compatible con la Ley Estatutaria. Seguirá existiendo un plan de beneficios y una prima
- La Ley es compatible con existencia de límites razonables
- Las exclusiones no se financian con recursos públicos
- Existen dos años para definir el nuevo plan a partir de exclusiones
- Autonomía médica no implica ausencia de regulación
- La formalización laboral debe ser progresiva
- La política farmacéutica es política de estado (MSPS, 2015).

En este contexto, la sostenibilidad financiera es un medio, no un fin, para materializar el derecho. Existen dos componentes para la sostenibilidad: el financiamiento (se requieren fuentes nuevas dado que los recursos no son infinitos) y la transparencia, la cual tiene que ver con el uso racional de medicamentos, la auto-regulación médica, el buen uso de los recursos públicos, los controles a los recaudos y el papel de las EPS en la gestión de riesgos (MSPS, 2015).

Debido al déficit de recursos previsto en los escenarios de sostenibilidad financiera del SGSS para los años 2016 y 2017 ($ 0.7 billones y $5 billones respectivamente), el MSPS está explorando alternativas para la consecución de mayores recursos para el financiamiento del sector salud por el orden de $4.18 billones, provenientes de la propuesta de revisión de la evasión y la elusión de aporte al sistema de salud ($ 1.69 billones), la modificación de los porcentajes de cotización de aportes a salud de parte de los empleados con mayores ingresos ($0.6 billones) y el impuesto a las bebidas azucaradas ($1.89 billones) (MSPS, 2015).

2 SISTEMA DE SALUD, LEY ESTATUTARIA Y PLAN DE DESARROLLO

La Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria de la Salud) tiene por objetivo "garantizar el derecho a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección". Fue promulgada como un nuevo contrato social entre el Estado y la sociedad, con el fin de compaginar tanto la naturaleza como el contenido del derecho fundamental a la salud y constituye una oportunidad para reorientar las prioridades del Sistema, así como su operación hacia el beneficio del ciudadano. La Ley Estatutaria hizo un giro esencial cuando situó el derecho a la salud en el ámbito del Sistema de Salud y no del Sistema de Seguridad Social en Salud y reconoció además su carácter de derecho social fundamental. Adopta así mismo, un enfoque colectivo de la salud presente tanto en las acciones de promoción y prevención para todas las personas (art. 2°), como en las obligaciones del Estado (art. 5°). Destaca en cabeza de este, la formulación y adopción de "políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales" (art. 5°, lit. c). Los principios (art. 6°) resaltan además la universalidad y equidad del derecho, así como de una política destinada a reducir las desigualdades de los "determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida" (art. 9°, art. 20).

Se entiende entonces que además de los derechos que se reconocen a las personas (art. 10°), se incluyan una serie de deberes que relievan el carácter colectivo del derecho en la medida en que, de diversas maneras, resaltan que el acto individual repercute en la comunidad y que, por ende, es preciso que su subordine a un interés general, en correspondencia con lo previsto en el artículo 1° de la Constitución Política. Solo de esta manera es posible comprender la dimensión integral del derecho y el carácter de sistema que se le ha dado (art. 4°). Tratándose de un derecho social es necesario contextualizar ese carácter bajo un criterio de permanente interrelación entre las personas y el entorno y es el reto que plantea la Ley 1751 de 2015. No sobra tener en cuenta que la Observación General 14 de 2000, que inspiró la adopción de varias de las disposiciones de la Ley Estatutaria dispone:

> *Con independencia de que los grupos en cuanto tales puedan presentar recursos como titulares indiscutibles de derechos, los Estados Parte están obligados por las obligaciones colectivas e individuales enunciadas en el artículo 12. Los derechos colectivos revisten importancia crítica en la esfera de la salud; la política contemporánea de salud pública se basa en gran medida en la prevención y la promoción, enfoques que van esencialmente dirigidos a los grupos.*[13]

Así mismo, en el objeto define al Sistema como el conjunto "articulado y armónico de principios y normas; políticas públicas; instituciones; competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes; financiamiento;

[13] Resaltado fuera del texto.

controles; información y evaluación, que el Estado disponga para la materialización y garantía del derecho fundamental de la salud" (Artículo 4, Ley 1751 de 2015).

En su artículo segundo integra los componentes colectivo e individual de la atención en salud y sitúa, como núcleo del derecho, la "igualdad de trato y oportunidades en el acceso" definiendo como sustrato el continuo de la atención en la "promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas". Es un evidente distanciamiento del modelo de prestación de la Ley 100 de 1993, donde el sujeto del derecho se encontraba en la cobertura de las prestaciones médicas, de manera aislada, sin contextualización en su integralidad ni en su interacción con las intervenciones colectivas propias de las obligaciones del Estado en lo que concierne a la Salud Pública.

El artículo octavo obliga al Estado a la definición de un modelo integral de atención, comprendido en el ámbito de la reducción de desigualdades y los determinantes sociales cuando plantea que los servicios deberán "ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, el sistema de provisión, cubrimiento o financiación, definido por el legislador".

Si bien la Ley Estatutaria mantiene los principios e instrumentos para la protección de la enfermedad, amplía de manera sustancial el contexto de la salud al incluir las acciones intersectoriales requeridas para afectar los determinantes sociales (Artículo 9) y sitúa la evaluación técnica y social del Sistema en su efectividad para "mejorar las condiciones de salud de la población" (Artículo 7). Esto implica reivindicar las intervenciones que propendan por ganancias en salud a través de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Con esta visión reafirma[14] de manera explícita el autocuidado como el primer deber de las personas y lo extiende al cuidado de su familia y de la comunidad, e incentiva la autonomía profesional.

Por su parte la Ley del Plan de Desarrollo 2014 – 2018 (Ley 1753 de 2015) retoma el marco de la Ley Estatutaria de Salud. En el artículo 65 se faculta al Ministerio de Salud y Protección Social para definir la Política de Atención Integral en Salud, con el enfoque de atención primaria, salud familiar y comunitaria, articulación de actividades colectivas e individuales, con enfoque poblacional y diferencial. Dicha Ley especifica que se contará con rutas de atención, se fortalecerá el prestador primario y la operación en redes integrales de servicios. La política de atención integral en salud se convierte en el puente entre seguridad social y Sistema de Salud.

Para la aplicación de la Política de Atención Integral en Salud es necesario disponer de un marco de referencia sobre la arquitectura y funcionalidad del Sistema de Seguridad Social en Salud, con el fin de diseñar los mecanismos que permitan su adaptación a los objetivos del Sistema de Salud, tal como está planteado en la Ley Estatutaria de Salud. Adicionalmente, es necesario, abordar dos importantes

[14] Ley 100 de 1993, art 153 y Ley 1438 de 2011, art 13

condicionantes del Sistema: el modelo de financiamiento y su descentralización administrativa.

El sistema colombiano es uno de los más descentralizados que existen. Es descentralizado en su estructura funcional tanto en el sentido vertical (del Estado al asegurador y al prestador) como en el sentido horizontal, entre los diferentes agentes que lo conforman. Dada esa estructura, su mayor vulnerabilidad proviene de la fragmentación en la interacción entre los agentes. Por esa razón el rol regulador del Estado es central para mantener un funcionamiento armónico y orientado hacia sus objetivos.

La ilustración 2 muestra la estructura del Sistema de Salud a partir del modelo básico propuesto por Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000). El Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS planteó cambios en la estructura de financiamiento, pero también cambios sustanciales en la provisión de servicios, la cual fue descentralizada en las funciones de salud pública, las redes de prestación y el aseguramiento.

Uno de los mayores problemas del sistema es la desconexión entre las funciones de salud pública y las del aseguramiento. En los sistemas centralizados esta dicotomía existe de manera diferente ya que la salud pública y el aseguramiento se manejan en la interacción entre la entidad político administrativa territorial y un único representante de la seguridad social o de manera unificada, cuando no existe la seguridad social. En Colombia la fragmentación se origina en la coexistencia autónoma de más de 1,011 entidades territoriales, 10,051 instituciones prestadoras de servicios de salud y 70 aseguradoras.

Ilustración 2. Relaciones e interdependencias en el Sistema de Salud Colombiano



Fuente: Adaptación de los actores al marco conceptual del WHO World Health Report 2000

A partir de los objetivos divergentes de los agentes, se requiere que la regulación provea normas que conduzcan a objetivos comunes, centrados en la producción efectiva de salud como el objetivo central de todo el Sistema de Salud y la seguridad social, para así superar el reto de una historia que muestra fragmentación desde la propia regulación. La dualidad población (individuo) y salud (enfermedad) debe ser el núcleo y objetivo final de cualquier política derivada del Sistema de Salud. Esto también implica una jerarquía en la que la comunidad está primero que el individuo y los objetivos para lograr salud se superponen sobre la atención de la enfermedad, considerada de manera aislada. Los objetivos de los individuos deben primar sobre los de los agentes y el Estado debe regular desde una norma básica de equidad que plantea la Ley Estatutaria.[15]

Por esta razón, el artículo 65 del Plan de Desarrollo 2014-2018 (Ley 1753 de 2015) señala la definición de una Política de Atención Integral en Salud. Esta política busca definir las bases que permitan la acción coordinada de las normas, reglamentos, agentes y usuarios hacia las acciones e intervenciones que permitan la injerencia oportuna y efectiva del sistema en la resolución de los problemas colectivos e individuales que no permitan o afecten las ganancias en salud de la población colombiana.

Como componente sustancial de la política está la acción del Estado a partir de su facultad para regular el financiamiento del Sistema. Esta regulación tiene como objetivo central la salud de la población y determina las acciones principales de respuesta del Estado que determinan el derecho a la salud, de acuerdo con los principios y definiciones de la Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751 de 2015). No puede entenderse el derecho a la salud solamente como el derecho de cada individuo. Es evidente que los individuos también compiten por su propio interés. Por tanto el derecho a la salud debe entenderse primero como una norma social, después como el derecho de cada ciudadano.

La respuesta del Sistema parte del reconocimiento comprensivo de normas y reglamentos que definen la integralidad a partir de ámbitos territoriales y poblaciones en las que se integre la intervención desde los determinantes de la salud, la promoción, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico y tratamiento oportunos, la rehabilitación y paliación de la enfermedad.

Por esa razón, debe existir una política regulada e integral de atención que se adapte a las condiciones de los territorios y las poblaciones y que sea obligatorio para todos los agentes del Sistema bajo las condiciones de gestión y adaptación continua a los cambios en los determinantes y las variables de salud, a los resultados en salud y de

[15] No puede entenderse que los individuos o grupos sociales tiene un único interés que se enfrenta a los intereses de los agentes. Los individuos suelen tener intereses divergentes y alinearse con determinados agentes en el agenciamiento de sus intereses, lo cual determina afectación de otros individuos e inequidad. Es el papel del Estado evaluar y regular frente a esos intereses.

la evaluación sobre el impacto de las intervenciones ejecutadas y sus desenlaces en el estado de salud de la población.

3 POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD

El objetivo general de la Política de Atención Integral en Salud es orientar el Sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes hacia 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" (Ley 1751, Estatutaria de Salud), para así garantizar el derecho a la salud, de acuerdo a la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

La integralidad definida en la política comprende la igualdad de trato y oportunidades en el acceso (principio de equidad) y el abordaje integral de la salud y la enfermedad, consolidando "las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas" (Ley 1751 de 2015).

Esta política también se inscribe en el numeral b del artículo 5 de la Ley Estatutaria de Salud, que dice que el Estado se obliga a "formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho (…), asegurando la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del Sistema" lo cual expande el ámbito regulatorio del Estado de la mera regulación de las relaciones entre los agentes y la sitúa en el ciudadano, su derecho expresado en el acceso integral como justificación sustancial para la implantación de un Modelo Integral de Atención regulado. Esto implica, en la formulación de la Ley, subordinación de los agentes del Sistema de Seguridad Social a ese modelo regulado y la implantación del Sistema de Salud como mecanismo central del Estado para operar la garantía del Derecho.

El marco de referencia expuesto, plantea la preeminencia del Sistema de Salud sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en la formulación y aplicación de las políticas de salud. En un Sistema de Salud, la articulación y armonización de principios, normas, políticas, procedimientos, financiamiento, controles y demás acciones del Estado para garantizar el acceso integral, conforma el núcleo de su intervención. En el Sistema de Seguridad Social ese núcleo es definido desde la garantía de las prestaciones para las contingencias financieras que puedan tener las familias frente al gasto en salud. En el desarrollo del SGSSS planteado por la Ley 100, la regulación se dirigió hacia asegurar la sostenibilidad del sistema, en un ámbito de Ley Estatutaria el acceso y equidad pasan adquieren un estatus preponderante.

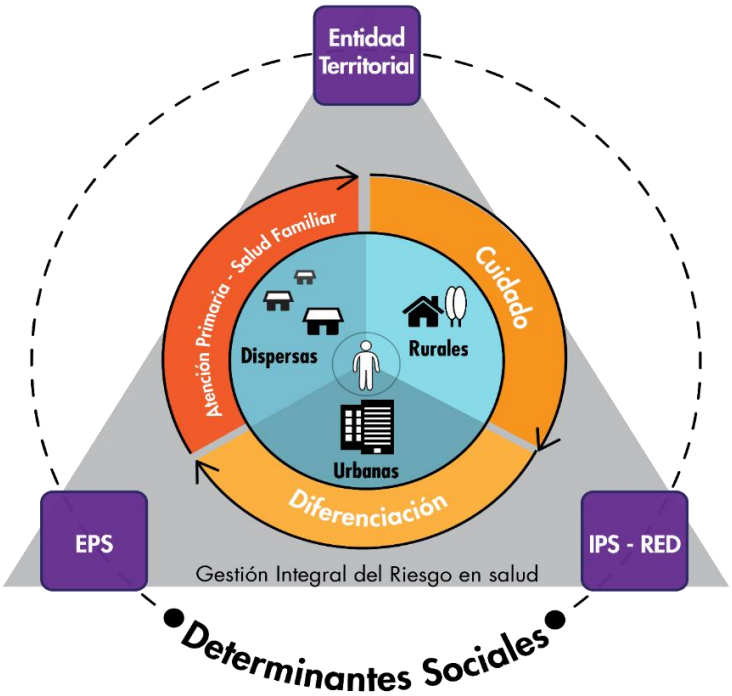
En la Ley Estatutaria esa acción regulatoria se dirige hacia garantizar un acceso integral y equitativo, mediante la conjunción de los objetivos, procesos de atención y mecanismos financieros en el bienestar del individuo y la preservación de su mejor estado de salud. La estructura institucional derivada de la Ley 100 de 1993 debe adaptarse a los objetivos planteados por la Ley Estatutaria. En el ciudadano esa

acción regulatoria debe tener resultados concretos: acciones de salud pública integradas con prestaciones integrales que intervengan desde los riesgos colectivos

Lo anterior no supone desaparecer una seguridad social cuyos efectos en protección financiera son evidentes, pero sí implica necesariamente el cambio en las prioridades del Estado como regulador y la subordinación de las prioridades e intereses de los agentes a los objetivos de una regulación que centra el sistema en el ciudadano, su familia y su entorno. Sí requiere la transición en el concepto de competencia regulada como único arreglo institucional en el aseguramiento y la prestación hacia el fortalecimiento de la rectoría pública. La aplicación de los pilares de la Política de Atención Integral en Salud (Ley 1753 de 2015), requiere el desarrollo de nuevos sistemas de incentivos, de ajustes progresivos para apoyar el desarrollo de capacidades institucionales, de desarrollar nuevas competencias en el talento humano responsable del cuidado de la salud y de transformar los procesos de gestión territorial, coordinación y gerencia de las instituciones.

La política exige la interacción coordinada de las entidades territoriales a cargo de la gestión de la salud pública, los aseguradores y los prestadores de servicios. Esa coordinación implica la implementación y seguimiento de los planes territoriales de salud, los planes de desarrollo territoriales acorde con el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 con los instrumentos derivados del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018.

Ilustración 3. Política de Atención Integral en Salud, PAIS



Fuente: MSPS. 2015

La Política de Atención Integral en Salud está conformada por: 1. Un marco estratégico que transforma los principios y objetivos en estrategias, y 2. Un modelo operacional que, a partir de las estrategias, adopta los mecanismos e instrumentos operativos y de gestión que orientan la intervención de los diferentes agentes del Sistema. Esto requiere la adopción de los instrumentos y la adaptación de dichos agentes a los objetivos de la política y el desarrollo de procesos que instrumenten la política más allá de sus propios objetivos institucionales.

3.1 Marco estratégico de la Política de Atención Integral en Salud, PAIS

La Política de Atención Integral en Salud debe contener las estrategias e instrumentos que permitan la transformación del modelo institucional de la Ley 100 de 1993 a los objetivos de un Sistema de Salud centrado en la población y sus relaciones a nivel familiar y comunitario.

La política recoge el marco de determinantes sociales adoptado por el PDSP 2012-2021. Bajo ese contexto, el Estado reconoce que los problemas de salud son generados o potenciados por las condiciones ambientales, sociales, culturales, políticas, económicos, educacionales, de hábitat y genéticos que afectan a las poblaciones en los diferentes ámbitos territoriales que conforman la nación. Los determinantes sociales de la salud consolidan tanto los factores protectores de las condiciones de salud como las causas primarias de la enfermedad. De acuerdo con la Ley Estatutaria de la Salud, el legislador deberá definir procesos para su intervención, y su abordaje se considera intersectorial, financiado con recursos diferentes a los destinados a proveer servicios. Toda política nacional o territorial de salud debe partir del análisis de los determinantes y se deben considerar como factores condicionantes de las intervenciones planteadas desde la PAIS. La política además supone la interacción coordinada de las entidades territoriales a cargo de la salud pública, los aseguradores y los prestadores de servicios.

Considerados los determinantes, son cuatro las estrategias centrales de la Política de Atención Integral en Salud: 1. La atención primaria en salud con enfoque de salud familiar y comunitaria, 2. el cuidado, 3. La gestión integral del riesgo en salud y 4. El enfoque diferencial de territorios y poblaciones.

1. La atención primaria en salud (APS) es la estrategia básica y es la integradora entre las necesidades de la población, la respuesta del sistema y los recursos disponibles en la sociedad como elemento esencial para la viabilidad en la progresividad del ejercicio del derecho. Una APS con enfoque de salud familiar y comunitaria que sirve de interfaz entre la necesidad de desarrollo de nuevas competencias del recurso humano y equipos interdisciplinarios empoderados en el desarrollo de sus capacidades para dar una respuesta social dirigida hacia la persona, la familia y la comunidad.

2. El cuidado debe ser entendido como las capacidades, decisiones y acciones que el individuo y el Estado adoptan para proteger la salud del individuo, la de su familia, la comunidad y el medio ambiente que lo rodea, es decir las responsabilidades del ciudadano consigo mismo y con la comunidad. No es posible esperar resultados en salud si el propio individuo y la comunidad no adoptan conductas y prácticas que los protejan frente a los riesgos de salud.
3. La gestión integral del riesgo en salud, como estrategia de articulación entre la salud pública, el aseguramiento y la prestación de servicios de salud. Su finalidad es la minimización del riesgo y el manejo de enfermedad.
4. El enfoque diferencial en la atención, adaptando el modelo a las particularidades de los territorios, las características de la población y las estructuras de servicios disponibles considerados como factores críticos de éxito en el desempeño del Sistema de Salud.

Estas estrategias permiten la articulación y armonización del aseguramiento, la prestación de servicios de salud y el desarrollo de las políticas y programas en salud pública de acuerdo con la situación de salud de las personas, familias y comunidades, soportada en procesos de gestión social y política de carácter intersectorial, las cuales deben aplicarse con cada uno de los contextos poblacionales y territoriales específicos, así como contar con un enfoque diferencial. El instrumento que adopta las estrategias y las transforma en procesos se consolida como un modelo de atención integral en salud.

3.1.1 Atención Primaria en Salud, APS

La atención primaria como estrategia básica

La Atención Primaria en Salud es una estrategia que busca, mediante tecnologías y métodos sociales, clínicos y científicos, proveer asistencia esencial, continua e integral a las personas, familias y comunidades en condiciones de cercanía como "primer elemento de asistencia sanitaria" que se garantiza por ser de alta calidad, costo efectiva y prestación de servicios multidisciplinarios (OMS, 1978). La atención primaria tiene un alcance mayor que el componente asistencial de los servicios curativos tal como lo plantea la OMS en su informe de 2008, e involucra la territorialización, el fortalecimiento de la participación social efectiva que empodera a la población en la toma de decisiones, la gestión intersectorial y la integralidad de los servicios individuales y colectivos con un enfoque de salud familiar y comunitaria[16]

[16]WHO-World Health Organization. Atenção primária à saúde: mais necessária que nunca. The World Health Report 2008. Geneva: WHO; 2008

De acuerdo con definiciones de la OPS/OMS, cada país adopta una definición de APS con base en sus particularidades. En el caso colombiano, la Ley 1438 de 2011 establece como definición: "La Atención Primaria en Salud es la 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, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema de Salud. Hace uso de métodos, tecnologías y prácticas científicamente fundamentadas y socialmente aceptadas que contribuyen a la equidad, solidaridad y costo efectividad de los servicios de salud. Constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana"[17].

"La Atención Primaria en Salud se regirá por los principios de: universalidad, interculturalidad, igualdad y enfoque diferencial, atención integral e integrada, acción intersectorial por la salud, participación social comunitaria y ciudadanía decisoria y paritaria, calidad, sostenibilidad, eficiencia, transparencia, progresividad e irreversibilidad"[18]

Este enfoque tiene las siguientes connotaciones (Martín Zurro, A. & Cano Pérez, J.F., 2008):

- Se orienta a fomentar la salud y calidad de vida de la población y no solo a la recuperación de la enfermedad
- Privilegia la promoción de la salud sobre el tratamiento de la enfermedad, promoviendo la cultura del auto cuidado y la responsabilidad del Estado con la acción sectorial e intersectorial de manera continua, pertinente y oportuna, para la afectación de determinantes sociales de la salud
- Deriva su acción de los principios de intersectorialidad, colaboración y participación, sobre los dominios de lo profesional y de la recepción pasiva de servicio
- Se suministra preferentemente con la participación de equipos de salud multidisciplinarios, integrales y pertinentes desde la esfera sociocultural, más que a partir de la práctica individual
- Incluye de manera transversal los diferentes componentes del sistema, la interculturalidad y tiene en cuenta las prácticas tradicionales, alternativas y complementarias
- Promueve la atención integral, integrada y continua

[17] Ley 1438 de 2011 capítulo III, artículo 12

[18] Ley 1438 de 2011 capítulo III, artículo 13.1

- Fortalece la capacidad resolutiva de los servicios básicos de salud, así como la pertinencia y oportunidad con mecanismos diferenciales de prestación del servicio en zonas dispersas y alejadas.
- Fomenta la construcción intersectorial de planes y modelos territoriales de salud con orientación familiar y comunitaria, que responden a las particularidades regionales
- Requiere de la adscripción poblacional y territorial a equipos de personal de salud multidisciplinario.

La estrategia de Atención Primaria en Salud busca generar bienestar y abordar el riesgo de salud desde las condiciones de la comunidad y de cada uno de sus integrantes. Superpone los objetivos de las personas y la comunidad sobre los de los agentes y reorienta su intervención.

Para la Política de Atención Integral en Salud existe un doble circuito donde se intersectan: 1. Las acciones de cuidado que el individuo y la comunidad emprenden para mantener la salud y las intervenciones del Estado, tanto de tipo prestacional (dirigidas al individuo) como colectivas (dirigidas a la comunidad) y 2. Un segundo circuito de resultados esperados, donde se ponderan las ganancias en bienestar con la reducción de los riesgos en salud de la comunidad o persona. Finalmente, es la estrategia que permite construir el sistema de salud verticalmente desde el individuo hacia las instituciones del sistema y horizontalmente con la integralidad de las intervenciones que generan salud.

En el caso colombiano la estrategia de Atención Primaria en Salud tendrá un énfasis en el enfoque de la salud familiar y comunitaria.

Enfoque de salud familiar y comunitaria

El enfoque de salud familiar y comunitaria es el conjunto de herramientas conceptuales y metodológicas que orienta, a través de procesos transdisciplinarios, el cuidado integral de la salud de la población de acuerdo con sus potencialidades, situación social y sanitaria, y el contexto territorial. Ubica las acciones del modelo de salud de acuerdo a la situación, curso de vida y entornos donde vive y se recrea la población. Orienta la articulación de acciones individuales, colectivas y poblacionales para aportar a la garantía del goce efectivo del derecho a la salud de toda la población. Para su implementación requiere la gestión en tres componentes: i) Desarrollo del talento humano en salud; ii) articulación y reorganización de servicios de salud; y iii) planeación y gestión territorial.

El enfoque de salud familiar y comunitaria reconoce a la familia y la comunidad como sujetos de atención en salud, entiende que la atención de salud debe ser un proceso continuo que se centra en el cuidado de las familias, se preocupa de la salud de las personas antes que aparezca la enfermedad, les entrega herramientas para el autocuidado, la gestión y la promoción. Su énfasis está en promover estilos de vida

saludables, en fomentar la acción multisectorial y en fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria para mejorar las condiciones de salud. En caso de enfermar, se preocupa porque las personas sean atendidas en las etapas tempranas de la enfermedad, para controlar su avance y evitar su progresión a fases de mayor daño y de tratamientos más complejos.

Con la orientación de este enfoque, y de acuerdo con la Política de Atención Integral en Salud, las poblaciones son adscritas, atendidas y acompañadas de manera integral por equipos multidisciplinarios de salud (EMS) vinculados a prestadores primarios, en el marco del componente primario de las redes integrales, que lideran el cuidado de la salud a través de planes integrales de cuidado de la salud, con dimensiones a nivel personal, familiar y comunitario. Estos planes integrales de cuidado de la salud incluyen atenciones y acciones para promover la salud, prevenir, manejar, rehabilitar y paliar la enfermedad en las personas, las familias y comunidades, como sujetos de atención en salud, de acuerdo a las potencialidades y necesidades existentes[19].

La salud familiar y comunitaria se opera bajo procesos transdisciplinarios[20] de gestión y prestación de servicios sociales y de salud e involucra no solo al médico familiar, sino también a otras profesiones, ocupaciones, agentes comunitarios, saneamiento básico y los ingenieros y actores sociales que participan en el cuidado de la salud, integrando acciones individuales y colectivas para aportar a la garantía del goce efectivo al derecho a la salud de toda la población. En el desarrollo del enfoque de salud familiar y comunitaria se afectan procesos de determinación social de la salud.

Los elementos fundamentales de este enfoque en la prestación de servicios son:

- Se centra en la situación de las personas, familias y comunidades, facilita el reconocimiento y análisis de su situación como eje para la planeación y construcción de modelos territoriales y rutas específicas de atención, así como el ejercicio pleno del derecho a la salud
- Promueve la valoración social de la salud para contribuir a la percepción social del riesgo y destaca la importancia de la participación para la comprensión de la necesidad de corregir prácticas, tanto personales como familiar y sociales en lo referente al cuidado
- Orienta el proceso de adscripción poblacional y territorial a equipos integrales y transdisciplinarios del personal de salud, quienes deberán responder por las acciones de salud del nivel primario en función de indicadores de proceso y resultados

[19] Zurro A.M., Solá G.J. Atención familiar y salud comunitaria. Elsevier España. 2011.

[20]Este Ministerio define el proceso transdisciplinarios como el ejercicio de construcción colectiva y creativa en el que participan diferentes disciplinas y corrientes de pensamiento, y que optimizando los aportes disciplinares, trasciende sus límites, y genera nuevo conocimiento que enriquece a todos los participantes.

- Tiene un énfasis en lo promocional y preventivo, con enfoque familiar y comunitario de los cuidados, en articulación de las acciones individuales con las intervenciones colectivas, poblacionales e intersectoriales
- Integra la comprensión de los fenómenos y sus formas de afrontarlos, a partir del reconocimiento, mapeo y análisis de las relaciones familiares y comunitarias, y de la población con los servicios de salud y los territorios
- Garantiza la continuidad, cuidado y seguimiento a los procesos y rutas integrales de la atención en salud, desde los cuidados primarios, hasta las modalidades de atención especializada del componente complementario
- Trabaja en red tanto sanitaria como social para lograr la complementariedad que requieren las necesidades explícitas e implícitas en salud, incluyendo la activación de los programas sociales complementarios para personas y familias con necesidades de atención social enfocada
- Mejora la capacidad de resolución de los problemas desde el cuidado ambulatorio
- Abre espacios para la participación en salud y la intersectorialidad
- Actúa de acuerdo con los riesgos para la salud de las personas que cuida
- Orienta la organización, formación y gestión de equipos integrales y transdisciplinarios de salud en el componente primario y en su relación continua con el talento humano del componente complementarios y el responsable de las acciones de salud pública en el contexto de las redes integrales de servicios de salud en función de poblaciones adscritas en territorios concretos
- Garantiza una gran capacidad resolutiva para la mayoría de los problemas de salud en el componente primario, el cual podrá incluir prestaciones de baja y mediana complejidad

El objetivo del enfoque de la salud familiar y comunitaria es coordinar el proceso de cuidado primario de la salud, integrando las diferentes intervenciones que se deben realizar con la población para resolver la mayor parte de los problemas de salud que no requieren alta tecnología médica. Es decir, este enfoque mejora la capacidad resolutiva y la calidad de la prestación de servicios de salud en el componente primario y permite controlar la remisión al componente complementario sin demérito de la calidad y continuidad de la atención.

Así mismo, la población obtiene una mayor cercanía al equipo de salud, con una comprensión que incluye, pero trasciende a la persona y liga la comprensión del riesgo y la enfermedad a los determinantes familiares, sociales y territoriales. La población adscrita a un equipo de salud mejora su confianza en los servicios de salud a partir de los resultados positivos los cuales incluyen no solo un óptimo grado de resolución, sino también la gestión sectorial e intersectorial para garantizar

continuidad e integralidad, incorporando servicios de salud pública, de altos niveles de complejidad y de otros sectores.

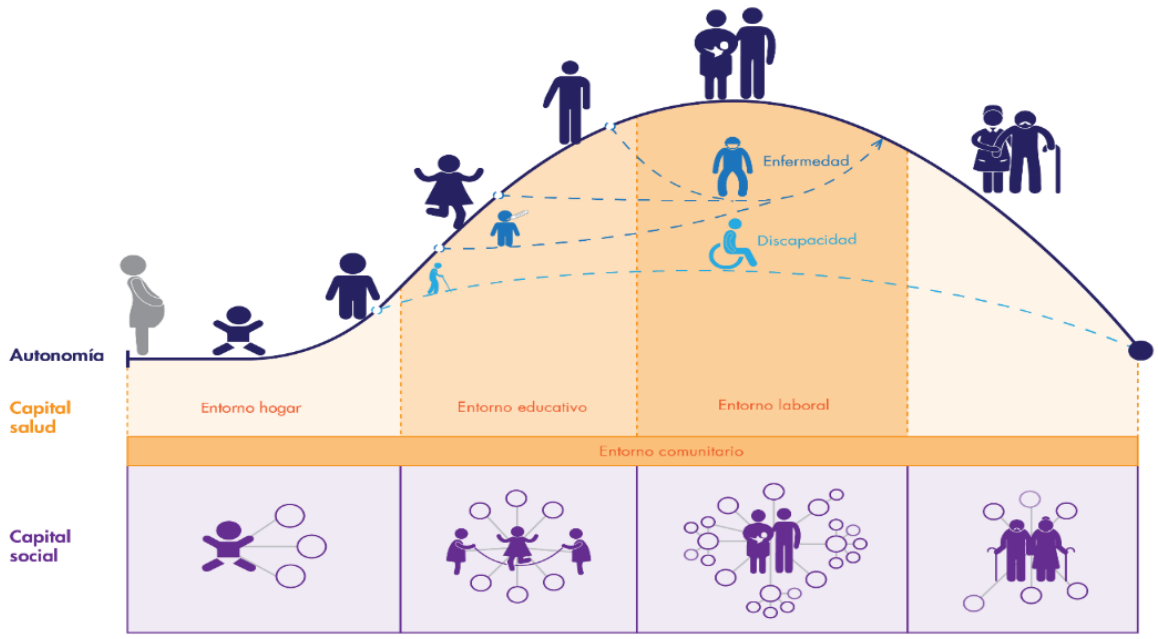
El enfoque de salud familiar y comunitaria se desarrolla a través del programa de salud y medicina familiar y comunitaria que orienta la reorganización del Sistema de Salud en función de la situación socio sanitaria de las personas, familias y comunidades, mediante un proceso transdisciplinario y un campo de articulación que integra acciones individuales, colectivas y poblacionales, para lo cual se requieren procesos de gestión en los componentes de desarrollo del talento humano, armonización y reorganización de servicios de salud y planeación y gestión territorial.

3.1.2 Cuidado de la salud

Comprende las capacidades, decisiones y acciones que el individuo toma para proteger su salud, la de su familia, la comunidad y el medio ambiente que lo rodea. Se sustenta en el autocuidado e involucra una condición dinámica que integra en diferentes momentos de su vida su capacidad para acumular autonomía, capital de salud y capital social. También involucra el deber de la sociedad y de los sistemas de salud de realizar acciones que permitan ganancias en salud.

Según la definición de la Organización Mundial de la Salud, *"el autocuidado comprende todo lo que hacemos por nosotros mismos para establecer y mantener la salud, prevenir y manejar la enfermedad"*. (OMS, 1998)

Ilustración 4. Curso de vida y cuidado de la salud



Fuente: MSPS. 2015

Entre los diferentes grupos de acciones relacionadas con el autocuidado figuran:

- Higiene general y personal
- Nutrición: tipo de alimentos y calidad
- Estilo de vida: ejercicio y recreación
- Factores ambientales de la vivienda y hábitos sociales
- Factores culturales y sociales
- Manejo del estrés
- Desarrollo personal y proyecto de vida
- Uso de tecnología
- El cuidado de los niños, adolescentes y mayores
- La capacidad de tomar decisiones oportunas para gestionar su salud y buscar ayuda médica en caso de necesidad

Más allá del autocuidado, el concepto de cuidado involucra dimensiones familiar, comunitaria e institucional. Integra la forma en que los servicios de salud se aproximan a la población. El cuidado se relaciona con el curso de vida de la persona, su acumulación de capital de salud y de capital social; el primero le permite el libre desarrollo de su personalidad y poder realizar todas las actividades que a lo largo de la vida la persona desea emprender. El segundo, consolida la red de apoyo y de socialización de la persona que es fundamental en las diversas etapas del transcurso de su vida. Y el tercero, el capital de salud, es variable, acumulativo y relacionado con las decisiones de la persona; por ejemplo, si se decide fumar a lo largo de la vida existirá un alto riesgo (primario) de desarrollar enfermedad o restricciones pulmonares que limitarán el capital de salud. El capital social se inicia como una dotación ligada a los padres al nacer, pero se desarrolla a lo largo de la vida, de acuerdo con las decisiones de la persona. La capacidad y oportunidad para tomar estas decisiones hace parte de la capacidad de autocuidado y dentro del modelo de determinantes sociales está ubicado fuera del ámbito de los servicios de salud, aunque las acciones de promoción de la salud apuntan a incrementar esa capacidad.

El capital de salud puede perderse transitoria o permanentemente por una enfermedad o limitarse por la discapacidad. En esos casos el sistema debe proveer los medios para facilitar la superación o adaptación al déficit permanente. En este caso hay un límite con los servicios sociales que en la inmensa mayoría de las sociedades están ubicados fuera del Sistema de Salud ya que incluyen otros sectores como el de infraestructura, trabajo y educación. Sin embargo, hay algunos servicios sociales que se deben brindar de manera integrada con el servicio de salud.

El autocuidado se ha relacionado con la resiliencia de la persona, que implica su capacidad para recuperar las circunstancias traumáticas de la vida y la forma en que el cuerpo humano incorpora los efectos del ambiente, las interacciones sociales y los traumas psicológicos y corporales. En el contexto de la Ley Estatutaria de Salud el primer deber de la persona con el servicio de salud es "propender por su autocuidado, el de su familia y el de su comunidad" (Autocuidado).

No es posible proyectar efectos positivos de la atención primaria, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad si no se logra incrementar el nivel de cuidado en el individuo. No se pueden reducir riesgos de enfermedad si no se logra que el individuo asuma decisiones frente al hábito de fumar, la adecuada nutrición, las conductas riesgosas en el ámbito laboral, la escuela o las conductas sexuales.

El cuidado no es solo un objetivo de las intervenciones del Sistema. Debe ser un conjunto de nociones que el individuo construye a lo largo del curso de vida y con base en la información que obtiene en su familia, la escuela, pero por encima de todo en la cotidianidad. Es por esa razón que el cuidado se conecta con la valoración del individuo del Sistema de Salud. Su utilización y el seguimiento de las intervenciones colectivas e individuales que este le proporciona.

3.1.3 Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS)

Cualquier sistema que opere con separación entre la financiación y la prestación de servicios requiere un articulador que transforme los recursos en función de sus objetivos, actúe como agente del prestador para reducir el riesgo de los componentes del sistema.

En los sistemas que involucran el esquema de aseguramiento público o privado la aplicación de modelos de atención bajo el enfoque de atención primaria y salud familiar y comunitaria, puede convocar la participación de un tercer agente -el asegurador- cuya actividad se centra en la mancomunación, manejo efectivo y seguimiento de los riesgos de salud, así como en la gestión de sus efectos económicos. El aseguramiento de tipo privado busca la reducción del gasto catastrófico y sus efectos financieros, lo cual supone una adecuada gestión del riesgo y la definición de una prima ajustada (definida como "actuarialmente justa"). En los sistemas de salud de países en desarrollo el aseguramiento privado no es aplicable de manera extensiva, por las limitaciones en el ingreso de los más pobres, lo que puede generar importantes desigualdades entre grupos sociales.

En contraste, el aseguramiento social se orienta hacia la resolución del riesgo financiero a partir de la intervención del riesgo en salud de acuerdo con procesos regulados y que buscan equidad y universalidad[21]. En esquemas de aseguramiento social el asegurador debe hacer un esfuerzo adicional para lograr la efectiva

[21]La progresión del aseguramiento en salud se inicia con esquemas de aseguramiento de tipo indemnizatorio a partir de los siniestros ocasionados, como extensión de la concepción de los seguros generales. Durante la década de los 90 se introduce la administración gerenciada ("managed care") que busca reducir el riesgo a partir de la modulación de la oferta de servicios hacia la mayor eficiencia. Una nueva etapa se ha abierto en los últimos años que involucra la modulación de la demanda a través de la gestión del riesgo en salud. Un ejemplo son los programas de manejo de enfermedad ("disease management").

mancomunación de poblaciones y grupos de riesgo, lo cual implica gestionar los riesgos de salud de la población asegurada.

La integración entre atención primaria y gestión del riesgo en salud es una oportunidad para la definición de modelos de atención en salud de tipo aseguramiento social[22]. La gestión de los riesgos individuales y colectivos en salud es la llave que integra el aseguramiento a los objetivos de reducir la carga de enfermedad, más allá de las acciones de tipo asistencial.

La Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS) es una estrategia para anticiparse a las enfermedades y los traumatismos para que no se presenten o si se tienen, detectarlos y tratarlos precozmente para impedir o acortar su evolución y sus consecuencias. Esto implica la acción coordinada de actores sectoriales y extra-sectoriales en la identificación de las circunstancias y condiciones que inciden en su aparición y desenlace, originadas en los individuos, los colectivos y en el entorno donde viven, estudian, trabajan o se recrean; la clasificación de las personas según se vean afectadas por estas circunstancias y condiciones, así como el diseño y puesta en marcha de acciones integrales y efectivas para eliminarlas, disminuirlas o mitigarlas.

El objetivo de esta estrategia es el logro de un mejor nivel de salud de la población, una mejor experiencia de los usuarios durante el proceso de atención, y costos acordes a los resultados obtenidos.

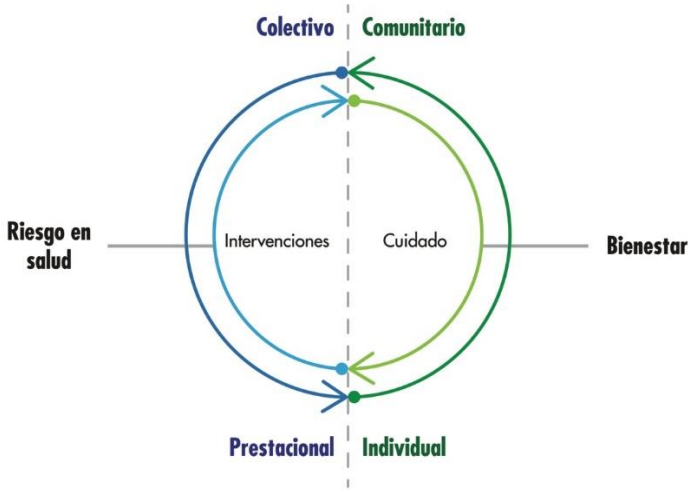
La GIRS comprende un conjunto de acciones dirigidas a minimizar el riesgo de ocurrencia de enfermedad y a reducir la severidad de las consecuencias de la enfermedad, una vez ésta se ha presentado. El riesgo se entiende como "la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser también el empeoramiento de una condición previa o la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera podido evitarse" (Resolución 1841 de 2013, p. 51).

La Gestión Integral del Riesgo en Salud tiene un componente colectivo y otro individual. El colectivo es ejecutado principalmente por la entidad territorial, articulada con las acciones adelantadas por otros sectores y con las acciones de gestión individual del riesgo que ejecuta el asegurador, integrando las intervenciones preventivas que, con base en evidencia, se pueden aplicar de manera efectiva a conglomerados de población indivisibles para actuar sobre algunos de los determinantes proximales y distales de la salud para disminuir la probabilidad de aparición de nueva morbilidad; o controlan la probabilidad de ocurrencia de eventos

[22]Desde la teoría del seguro el aseguramiento social implica la reciente controversia si el gasto en salud de personas con bajos ingresos y necesidades no expresadas de consumo constituye un gasto redundante que deba ser considerado abuso moral ("moral hazard") (Pauly, 1968) o simplemente un efecto acceso derivado de una transferencia de ingreso de la población sana y con mejores ingreso o desde subsidios (Nyman, 2003)

producidos por deficiencias en los servicios de salud. Se diferencia de la promoción de la salud en que su objetivo no es solo obtener ganancias en bienestar sino reducir la probabilidad de efectos negativos en el riesgo, la enfermedad y sus consecuencias.

Ilustración 5. Interrelación entre riesgos colectivos e individuales



Fuente: MSPS. 2015.

La gestión colectiva del riesgo puede ser más costo-efectiva que la gestión individual en tanto que las escalas de intervención suelen ser mayores frente a los recursos. Sin embargo, puede perder efectividad en la medida que el riesgo es poco frecuente o la idiosincrasia del riesgo, la enfermedad o el individuo tiene mayor peso. Cuando se manejan poblaciones agrupadas alrededor de riesgos específicos lo más conveniente es que se deban combinar ambos enfoques.

El enfoque individual para la gestión del riesgo, es responsabilidad primaria del asegurador e involucra el análisis de la historia natural del riesgo en salud, lo cual parte desde los factores biológicos, los determinantes sociales que afectan a los individuos, su estilo de vida y el impacto de los entornos institucionales y sociales con los que interactúa y los factores incrementales asociados a la enfermedad y discapacidad. Esto incluye acciones orientadas hacia la minimización del riesgo de padecer la enfermedad y el manejo integral de la enfermedad una vez se ha presentado. La gestión individual del riesgo también involucra la reducción de riesgos derivados de la gestión clínica de la enfermedad y el manejo de la prevención secundaria y terciaria en la enfermedad crónica y la multi-enfermedad.

El riesgo en salud tiene dos componentes para el asegurador (Castaño, 2014):

1. *Riesgo primario*, relacionado con la probabilidad de ocurrencia de enfermedades y en algunas ocasiones de su severidad. Se interviene mediante:

   a. Coordinación de las acciones de promoción de la salud con la entidad territorial
   b. Prevención primaria, secundaria y terciaria
2. *Riesgo técnico*[23], relacionado con la probabilidad de ocurrencia de variaciones no soportadas en evidencia en el proceso de atención, referido principalmente a decisiones y conductas asumidas por el prestador, con sus efectos sobre la salud del paciente y el consumo de recursos. Se puede modular a través de:
   a. Organización y gestión del proceso de atención
   b. Estructuras de incentivos orientadas a la gestión clínica y los resultados en salud

La gestión del riesgo utiliza métodos de clasificación de riesgos y la apropiación de métodos de seguimiento de cohortes de usuarios y aplicación de estrategias costo efectivas para la identificación de personas en riesgo y el monitoreo sobre los efectos de las intervenciones implementadas.

Los elementos y procesos de la gestión integral del riesgo en salud son:

- Tamización, identificación y seguimiento de personas en riesgo de enfermedad
- Conformación de cohortes para seguimiento de personas de acuerdo a riesgos de enfermedad.
- Análisis de riesgo de la población con enfoque diferencial
- Caracterización y clasificación del riesgo de las personas
- Conformación de grupos de riesgo
- Planeación de la atención según grupos de riesgo con enfoque diferencial
- Implantación de intervenciones hacia la apropiación social del riesgo
- Intervención sobre la apropiación individual del riesgo
- Definición de rutas integrales de atención en salud para los diferentes grupos de riesgo
- Modificación del riesgo a través de acciones costo efectivas aplicadas por personal de salud y prestadores de servicios
- Clasificación y seguimiento según métodos de diferenciación según riesgo y tipo de intervención clínica
- Monitoreo y seguimiento de intervenciones y sus efectos
- Orientación del gasto hacia la prevención efectiva
- Vigilancia de la gestión del riesgo
- Gestión de la calidad de los procesos de atención
- Coordinación administrativa- técnica de los servicios

[23] Desde la teoría del aseguramiento podría asimilarse esta definición de riesgo técnico a la de riesgo actuarial del seguro.

La Gestión Integral del Riesgo es una estrategia que se opera de manera intencionada, con procesos y protocolos definidos de intervención, sistemas de clasificación de riesgos y sistemas de monitoreo y evaluación de resultados. Naturalmente se liga con sistemas de incentivos para los pacientes y los agentes del sistema, tales como el pago por resultado/desempeño.

3.1.4 Enfoque Diferencial

El enfoque diferencial es la estrategia que permite a la política de atención reconocer y organizarse frente a las diferencias de las personas y colectivos frente a los determinantes sociales. Estos determinan condiciones de vulnerabilidad y potencialidad asociadas a factores físicos, psíquicos, sociales, psicosociales, culturales (creencias y valores), económicos, ambientales, entre otros. Es una dimensión relativa, pues cada persona tiene su propio nivel y tipo de vulnerabilidad en función de situaciones socioeconómicas, culturales, políticas, religiosas, de género y personales.

Diferenciación poblacional: La vulnerabilidad es entendida como un gradiente que incrementa la probabilidad de ser afectado diferencialmente por un riesgo de cualquier naturaleza y, en este sentido, está vinculada con la capacidad de enfrentarlo. La vulnerabilidad puede originarse en condiciones permanentes, como la ancianidad, la discapacidad o la pobreza estructural-cuando no se interviene -, la discriminación por pertenecer a algún grupo poblacional (grupos étnicos) o deberse a condiciones transitorias, como la dependencia durante la niñez, la juventud, la ancianidad, el desplazamiento forzoso o victimización por el conflicto, los grupos étnicos, población privada de la libertad o la caída drástica de ingresos por crisis económica. En otros términos, se ha expresado como la baja capacidad de los individuos, grupos, hogares y comunidades para prever, resistir, enfrentar y recuperarse del impacto de eventos de origen interno o externo, que inciden en las necesidades, capacidades, problemáticas y potencialidades de la población.

Existen poblaciones vulneradas y vulnerables. La población vulnerada se asimila a la condición de pobreza; es decir que ya padecen una carencia efectiva que implica la imposibilidad actual de sostenimiento y desarrollo y una debilidad a futuro a partir de esta incapacidad (víctimas del conflicto armado); y las poblaciones vulnerables son aquellas para las cuales el deterioro de sus condiciones de vida no se ha materializado aún, sino que aparece como una situación de gran probabilidad en un futuro inmediato a partir de las condiciones de fragilidad que los afecta. En ese sentido, el enfoque diferencial es dinámico y se transforma permanentemente según

las características de la población, sus modos de vida y sus contextos socios culturales, económicos y políticos[24].

Esta diferenciación también incluye el fortalecimiento de potencialidades de personas y grupos específicos, como grupos étnicos, población con discapacidades, niños, niñas, mujeres gestantes, personas con discapacidad, adultos mayores, víctimas, desmovilizados, entre otros, y que aportan al cuidado de la salud, tanto de modo intramural como extramural, principalmente a nivel familiar y comunitario, en el marco de procesos de construcción intercultural.

Diferenciación territorial: La aplicación del modelo integral de atención debe adaptarse a las condiciones de la población y del territorio y su contexto, hay que tener en cuenta las necesidades específicas culturales, territoriales, geográficas, ambientales, del conflicto armado y la vulnerabilidad económica y social en que se encuentran poblaciones, tales como las víctimas del conflicto armado, grupos étnicos en ciertas regiones del país, población con discapacidad, habitantes de la calle, población dispersa en el territorio nacional, mujeres y hombres jefes únicos de familia, población según el curso de vida (niñez, adolescencia, adultez y personas mayores), esto implica la adaptación de la oferta de servicios a esas particularidades específicas.

Existen diferencias marcadas a nivel nacional en relación a las entidades territoriales tanto en las condiciones del territorio como en las necesidades de la población lo que implica un problema operacional. Esto hace necesario ajustar el Sistema de Salud al contexto territorial. La selección del modelo territorial es esencial para la superación de las limitaciones del Sistema y la eficacia del modelo integral de atención en salud. El territorio es la unidad básica a partir de la cual se integra el Sistema de Salud y su capacidad de respuesta. Las poblaciones necesariamente están encausadas a ese territorio y comparten unos riesgos de salud sujeto de acciones de gestión de la salud pública y gestión del riesgo a cargo de la autoridad sanitaria territorial y del asegurador, respectivamente. Estas intervenciones se dan en diferentes entornos: hogar (que no es igual a familia), educativo, comunitario, laboral y el institucional, incluyendo funciones públicas de protección de poblaciones, los servicios sociales y los cuidadores que ejecutan dicha protección.

Es de anotar que en un territorio pueden coexistir diferentes ámbitos territoriales ej.: Sumapaz, zona rural-dispersa de Bogotá, Distrito Capital de Bogotá.

3.2 Modelo Integral de Atención en Salud, MIAS

La Política de Atención Integral en Salud requiere un modelo operacional que, a partir de las estrategias definidas, adopte herramientas para garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la

[24]Ministerio de Salud y Protección Social. Enfoque diferencial de discapacidad en el contexto de la atención a las víctimas del conflicto armado en Colombia. Jaime Collazos y Claudia Suárez. Documento de trabajo. 2012

población bajo condiciones de equidad y comprende el conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que direccionan de manera coordinada las acciones de cada uno de los agentes del sistema, en una visión centrada en las personas.

El propósito del MIAS es por tanto 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. Esto implica generar las interfaces entre los agentes institucionales, las normas y los procedimientos del Sistema y su adaptación a los diferentes ámbitos territoriales. Lo anterior exige la interacción coordinada de las entidades territoriales, los aseguradores, los prestadores y las demás entidades, que, sin ser del sector, realicen acciones sobre los determinantes y riesgos relacionados con la salud. No obstante, esta integralidad no implica unicidad ya que las características de las poblaciones y de los territorios tienen diferencias.

Desde el gobierno como rector, la implementación de un nuevo modelo de atención exige poner a disposición de los agentes un conjunto de herramientas (políticas, planes, proyectos, normas, guías, lineamientos, protocolos, instrumentos, metodologías, documentos técnicos) que integran los objetivos del Sistema de Salud con los de la Seguridad Social, orienten la respuesta del Sistema y alineen su regulación.

Es por ello que se requiere la conducción de una autoridad sanitaria que lidere y oriente las estrategias, acciones, intervenciones y tecnologías que serán implementadas de manera coordinada y articulada con los diferentes agentes del SGSSS y otros sectores que aportan a la garantía del derecho a la salud y al desarrollo humano.

El Modelo Integral de Atención en Salud propuesto, trasciende la dimensión técnico instrumental de las acciones en salud, transformándola en medios que propicien la "expansión de la libertad", fundamento ético de las acciones en salud, donde prima la concepción de la persona como "sujeto con capacidad de gestión de su propia vida".

El Modelo pone en el centro a las personas, su bienestar y desarrollo, propone intervenciones que comprenden acciones de promoción de la salud, cuidado, protección específica, detección temprana, tratamiento, rehabilitación y paliación a lo largo del curso de su vida, con oportunidad, aceptabilidad, pertinencia, accesibilidad, eficiencia, eficacia y efectividad. Es por ello que incluye tanto las acciones orientadas a generar bienestar, como las dirigidas hacia el mantenimiento de la salud, la detección de riesgos y enfermedad, la curación de la enfermedad y la reducción de la discapacidad. Esto implica que la norma básica para la evaluación de los efectos del Modelo sean las ganancias en equidad, tanto en estado de salud como en acceso integral a los servicios, buscando el cierre de brechas entre grupos

poblacionales considerados en sus diferencias socioeconómicas y en sus contextos territoriales.

Para abordar la integralidad desde la promoción hasta la paliación planteada por la Ley Estatutaria de Salud, es necesario interpretarla desde la perspectiva de no fragmentación, de acuerdo con el artículo octavo en el que se especifica el alcance como la cobertura integral en salud y enfermedad la cual involucra el suministro de servicios y tecnologías "de manera completa" y que comprende "todos los elementos esenciales (…) respecto de la necesidad específica de salud".

Dado que la cobertura de seguridad social se ha entendido como listado de prestaciones o servicios independientes contenidos en un paquete de beneficios es necesario consolidar la integralidad requerida por la Ley Estatutaria. Por tal razón, el Modelo, mediante las estrategias previstas, enlaza las acciones intersectoriales y sectoriales, colectivas e individuales, incluyendo los procesos clínicos para mejorar la capacidad integral de respuesta del Sistema, lo cual implica que la prestación médica deja de ser la unidad básica de la atención; así mismo, las nuevas unidades deben comprender la totalidad del proceso clínico y deben explicitarse en resultados intermedios, finales, ganancias en salud o reducción de la discapacidad.

Para ello es necesario armonizar tanto las definiciones como los procesos en la delimitación de los grupos de riesgo, de las unidades de servicio, las unidades de contratación y pago, así como las unidades de evaluación de resultados en salud. El MIAS se define entonces como un conjunto de herramientas técnicas que facilitan la reestructuración institucional de las intervenciones en salud colectiva, incrementan la capacidad resolutiva de los servicios y permiten el flujo de información, usuarios y servicios de una manera efectiva, acorde con las funciones y competencias de las diferentes entidades.

El modelo cuenta con diez componentes operacionales que inician desde el conocimiento y caracterización de la población y sus grupos de riesgo, con base en la definición de Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) –unidades básicas de regulación a partir de las cuales despliegan adaptan los demás componentes-, los requerimientos de las redes integrales de prestadores de servicios de salud y su adaptación en el territorio, el rol de los aseguradores en los territorios donde esté autorizado para operar, sus funciones y requerimientos para la habilitación técnica, las características del recurso humano en salud , los esquemas de incentivos y pago; así como los reportes obligatorios de información requeridos y los retos de investigación, innovación y apropiación del conocimiento. Otros instrumentos regulatorios deben adaptarse a las RIAS, lo que incluye tanto el plan de beneficios como el plan de intervenciones colectivas.

La responsabilidad reguladora central del MSPS, en cuanto a la atención en salud, es: 1. La actualización permanente de las RIAS a partir de la evidencia y las guías de práctica clínica. 2. La asistencia técnica a los territorios en cuanto a la implementación del modelo. 3. La evaluación de los resultados obtenidos lo cual debe afectar los esquemas de incentivos, la propia habilitación de las EAPB y las redes integrales de

servicios de salud. Las entidades territoriales, las EAPB y las redes de prestación deben concurrir en la ejecución del modelo, cada una dentro de sus funciones, pero mediante una acción integral y armonizada a partir del comportamiento epidemiológico del territorio y la caracterización de la población de cada EAPB en el respectivo territorio.

3.2.1 Caracterización poblacional de acuerdo al PDSP 2012-2021

Para la operación del MIAS es necesario organizar las poblaciones según el curso de vida y los grupos de riesgo que pueden afectar la salud de las personas. Entre las competencias que les otorga la Ley, los agentes del Sistema deben llevar a cabo esta actividad de manera que la planeación de los servicios que se le prestará a la población sea coherente con sus necesidades y con las metas propuestas en el Plan Nacional de Salud Pública 2012-2021 (PDSP).

Las direcciones territoriales de salud, deben partir del Análisis de la Situación de Salud Territorial, ASIS[25] para identificar, conocer y priorizar las necesidades poblacionales; los aseguradores, por su parte, mediante la caracterización poblacional de EAPB[26] y de la información para la gestión del riesgo en salud de los afiliados o declaratoria del estado de salud, deben priorizar las necesidades y problemas en su población afiliada, contrastándolas con las prioridades establecidas por el MSPS y por cada entidad territorial en el ASIS, orientando así los grupos objetivo que debe gestionar. Con estos insumos las entidades territoriales formulan el Plan Territorial de Salud (PTS)[27], acorde al Plan de desarrollo territorial. Una vez establecidas las prioridades deben ajustar y ejecutar el Plan de Intervenciones Colectivas; así mismo liderar los procesos de gestión de la salud pública[28]. Tanto el ASIS como los planes territoriales tienen representatividad municipal, departamental y distrital.

En todo caso, el abordaje de las poblaciones seguirá el enfoque de curso de vida el ubica en el centro a las personas, familias y comunidades con el propósito de ampliar sus opciones, fortalecer sus capacidades y generar oportunidades para que elijan el tipo de vida que quieren valorar. Permite entender la relación dinámica de factores que ocurren más temprano en la vida y sus consecuencias posteriores en la salud y

[25]MSPS: *Guía Metodológica para el Análisis de la Situación de Salud, ASIS.* Es la herramienta que posibilita la definición de perfiles territoriales de salud de la población y el establecimiento de prioridades

[26] MSPS. *Guía conceptual y metodológica para la caracterización poblacional de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud, EAPB.* Esta herramienta permite que cada EAPB, priorice las necesidades de sus afiliados.

[27] MSPS. *Pase a la equidad, herramienta que permite desarrollar el plan de salud*

[28] MSPS. Resolución 3518 de 2015

cómo las experiencias acumulativas pueden definir las trayectorias para el desarrollo humano y social, así como el impacto en los resultados en salud.

Además de la agrupación de las poblaciones, desde sus competencias los agentes del Sistema deben conformar grupos de riesgo teniendo en cuenta aquellas condiciones (enfermedades y lesiones) que se consideren prioritarias para el Sistema. Los grupos de riesgo corresponden a grupos de población con características similares en términos de eventos de interés en salud pública, que comparten la historia natural de la 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: a) Grupos sociales de riesgo; b) Enfermedades de alta frecuencia y cronicidad; c) Enfermedades prioritarias en salud pública; d) Enfermedades con tratamientos de alto costo; e) Condiciones intolerables para la sociedad; f) enfermedades de alto costo) [29].

Las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB) están obligadas a realizar la caracterización de su población afiliada de acuerdo con las normas que expida el MSPS. Esta caracterización debe organizarse de acuerdo con los grupos de riesgo definidos dentro del MIAS. La caracterización debe hacerse para todos los ámbitos territoriales (municipales y departamentales) donde la EAPB esté habilitada y debe alimentar los PTS. Esta interacción entre ente territorial y EAPB debe ser requerimiento en el cumplimiento de los estándares de habilitación de la EAPB. Tanto entidad territorial como EAPB y e integrantes de las redes de prestación de servicios deben concurrir en la formulación del plan territorial de salud.

3.2.2 Regulación de Rutas Integrales de Atención en Salud, RIAS

Las 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. Estas condiciones, además, serán suficientes en tanto cubran las condiciones diferenciales de los territorios y de los diferentes grupos poblacionales.

A partir de la RIAS, se consolidan las acciones tanto del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) como del Plan de Beneficios (PB), incluyendo las guías de práctica clínica asociadas a estos. Las intervenciones incluidas se basan en la mejor evidencia

[29] MSPS. Definición de grupos de riesgo. Herramienta metodológica para definir los grupos de riesgo

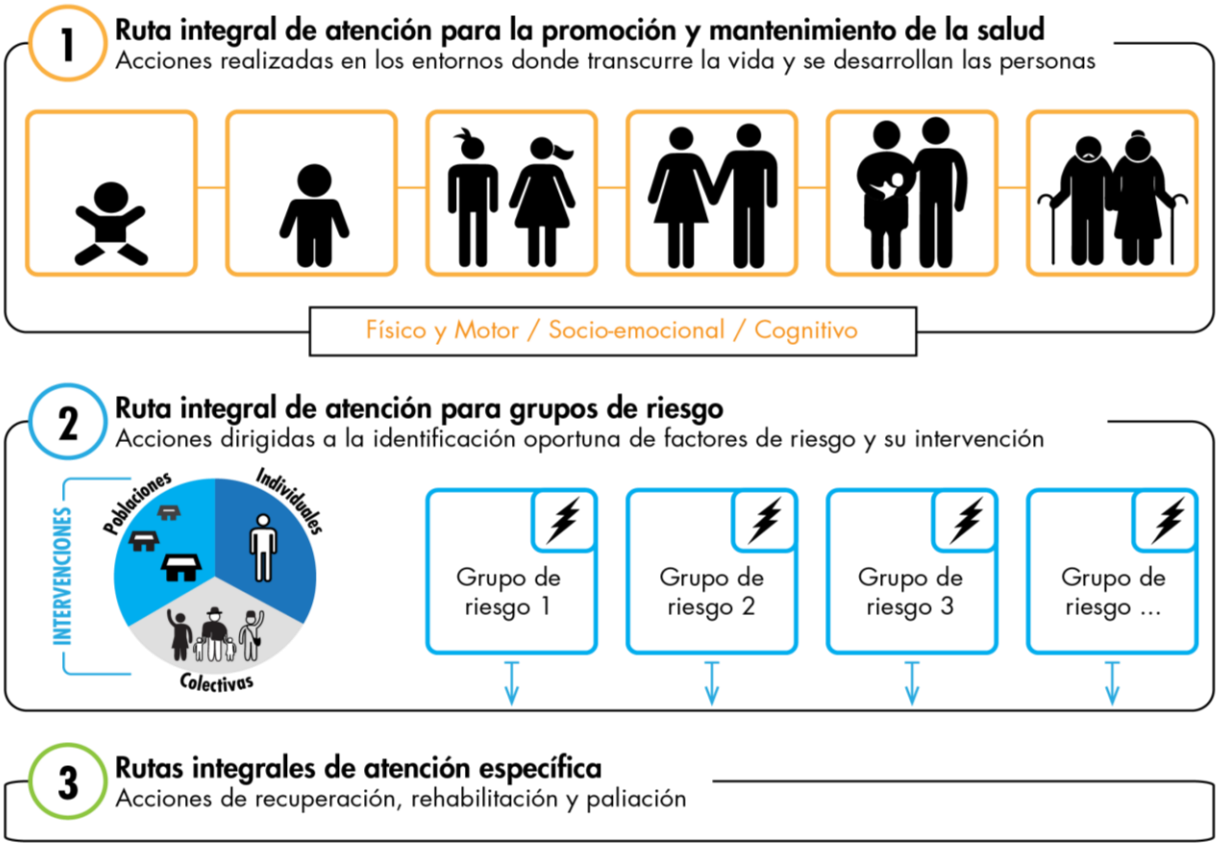
disponible. El conjunto de RIAS, PIC; PB y GPC deben cubrir la mayor parte de las contingencias de salud de la población.

Las RIAS son el instrumento regulatorio básico para la atención de las prioridades en salud, la definición de las redes integrales de prestación de servicios, la gestión integral del riesgo en salud, la definición de mecanismos de pago orientados a resultados, los requerimientos y los flujos de información y el logro de los resultados en salud en cuanto a equidad y bienestar social.

Los objetivos sociales últimos de la RIAS son las ganancias en salud y la reducción de la carga de enfermedad. Sin embargo, el objetivo transversal del modelo es la legitimidad del Sistema a través de la consolidación de la confianza del ciudadano, la pertenencia, aceptabilidad, oportunidad de la atención para la garantía del derecho a la salud.

El MSPS ha planteado tres tipos de RIAS, que se describen a continuación:

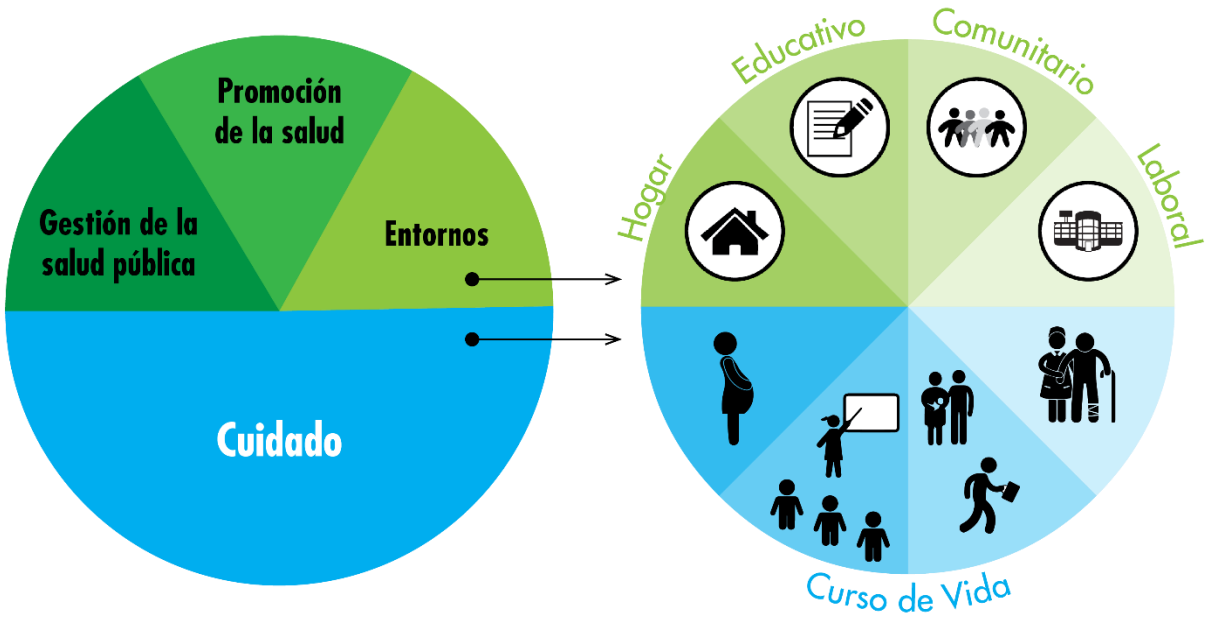
Ilustración 6. Rutas Integrales de Atención en Salud, RIAS.



Fuente: MSPS, 2015.

1. **Ruta de promoción y mantenimiento de la salud:** Comprende las acciones y las interacciones que el Sistema debe ejecutar para el manejo de riesgos colectivos en salud y la protección de la salud de la población, promoviendo entornos saludables para lograr el bienestar y el desarrollo de los individuos y las poblaciones. Así mismo, incluye las acciones que desde el cuidado se debe proporcionar desde y hacia el individuo para el goce o recuperación de la salud comprendiendo también aquellas que se espera que el propio individuo realice para prevenir los riesgos o mejorar su recuperación de la enfermedad.

Ilustración 7. Ruta de Promoción y Mantenimiento



Fuente: MSPS, 2016.

2. **Ruta de grupo de riesgo:** Esta ruta incorpora actividades individuales y colectivas, que pueden ser realizadas en los entornos saludables, en el prestador primario o complementario, y que están dirigidas a la identificación oportuna de factores de riesgo y su intervención, ya sea para evitar la aparición de una condición específica en salud o para realizar un diagnóstico y una derivación oportuna para el tratamiento.
3. **Ruta específica de atención:** esta ruta aborda condiciones específicas de salud, incorpora actividades individuales y colectivas que pueden ser

realizadas en los entornos, en el prestador primario y complementario, orientadas al tratamiento, rehabilitación y paliación según sea el caso.

El desarrollo de la RIAS responde a los grupos de riesgo definido para el país (16) y a los eventos específicos priorizados por cada agrupación, los cuales se presentan a continuación:

Tabla 1. Rutas Integrales de Atención en Salud.

Para grupos de riesgo y para eventos

GRUPOS DE RIESGO	EVENTOS ESPECÍFICOS
1.Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	Diabetes mellitus Accidentes cerebro-vasculares Hipertensión Arterial Primaria (HTA) Enfermedad Isquémica Cardiaca (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 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 Inmuno-prevenibles
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 auto-inmunes	Enfermedades neurológicas, Enfermedades del colágeno y artrosis

Fuente: MSPS. 2015

Características de las Rutas Integrales de Atención en Salud:

- Describen explícitamente los elementos clave de la atención basada en la evidencia, las mejores prácticas, y las expectativas de los usuarios
- Permiten la integración organizada, mediante la secuenciación de las acciones multidisciplinares de índole poblacionales, colectivas e individuales y las funciones de los agentes del Sistema de Salud para el abordaje de los grupos poblacionales, grupos de riesgo y los eventos en salud.
- Fortalecen la comunicación entre los agentes del Sistema relacionados en la ruta (usuarios, familiares, prestadores de servicios de salud, entidades administradoras de planes de beneficios, entidades territoriales, entre otros).
- Documentan, monitorean y evalúan los resultados y las diferencias, y
- Facilitan la identificación de los recursos humanos, de infraestructura y financieros apropiados.
- Definen el conjunto de responsabilidades de los diferentes tipos de prestadores y los conjuntos de servicios contratados en cada nivel de atención así como la

correspondencia entre el mecanismo de pago y los servicios que recaen en cada prestador dentro de la red de prestadores de servicios.

- Especifican resultados esperados de las intervenciones colectivas e individuales dentro de la integración procesual de la atención. Por tanto, especifican resultados esperados de la contratación integral de conjuntos de servicios para la aplicación de mecanismos agregados de pago como pagos por desempeño o resultado clínico, entre otros.

Las RIAS, incorporan en su desarrollo estos conceptos: 1, Curso de vida; 2. Ciclo vital; 3. Determinantes proximales de la salud; 4. Atención integral en salud; y 5. Autocuidado de la salud.

También las RIAS incorporan: 1. Intervenciones de gestión de la salud pública; 2.Intervenciones de promoción de la salud; 3. Intervenciones individuales; 4. Hitos; 5. Indicadores de seguimiento y evaluación; 6. Responsables sectoriales.

Las RIAS incluyen cuatro componentes que se integran como segmentos del continuo de la atención:

1. **Gestión de la Salud Pública**: se enmarca en el ejercicio de la rectoría y apunta a la generación de gobernanza en salud, buscando que las respuestas sectoriales, intersectoriales y comunitarias se desarrollen de manera articulada y orientadas al manejo de los Determinantes Sociales de la Salud. Se incorporan los procesos de la gestión de la salud pública: coordinación intersectorial, desarrollo de capacidades, gestión administrativa y financiera, gestión del aseguramiento, gestión del conocimiento, gestión del talento humano, gestión de las intervenciones colectivas, gestión de la prestación de servicios individuales, participación social, planeación integral en salud, vigilancia en salud pública e inspección vigilancia y control.
2. **Promoción de la salud**: contribuye a garantizar el derecho a la vida y la salud mediante la formulación, implementación y evaluación de políticas públicas saludables, el desarrollo de capacidades, movilización social, creación de entornos saludables, y el desarrollo de acciones sectoriales e intersectoriales/transectoriales y comunitarias, dirigidas a la reducción de inequidades y a la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud.
3. **Acciones en los entornos**: los entornos son escenarios de la vida cotidiana en los cuales los sujetos se desarrollan, donde constituyen su vida subjetiva, construyen vínculos y relaciones con la vida social, histórica, cultural y política de la sociedad a la que pertenecen. Las actividades que aquí se desarrollan procuran generar entornos saludables, entendidos estos como aquellos que favorecen el desarrollo humano sustentable y sostenible; promueven el desarrollo de capacidades; contribuyen al bienestar individual y colectivo. Para lograr este objetivo se proponen acciones sectoriales e intersectoriales.
4. **Acciones individuales**: son intervenciones dirigidas al individuo, cuyo objetivo es el cambio de comportamiento en los hábitos de vida, el establecimiento de la salud, la rehabilitación o paliación, a través de

intervenciones integrales en salud, dirigidas por equipos multidisciplinarios, sectoriales e intersectoriales, que se pueden desarrollar en el prestador primario, prestador complementario o en los entornos.

El Ministerio de Salud y Protección Social, y el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS), desarrollaron conjuntamente un proceso sistemático para elaborar validar y estandarizar las RIAS[30]. Como resultado se consolidan los siguientes instrumentos técnicos que deben ser asumidos y aplicados por los agentes del sistema dentro de sus competencias:

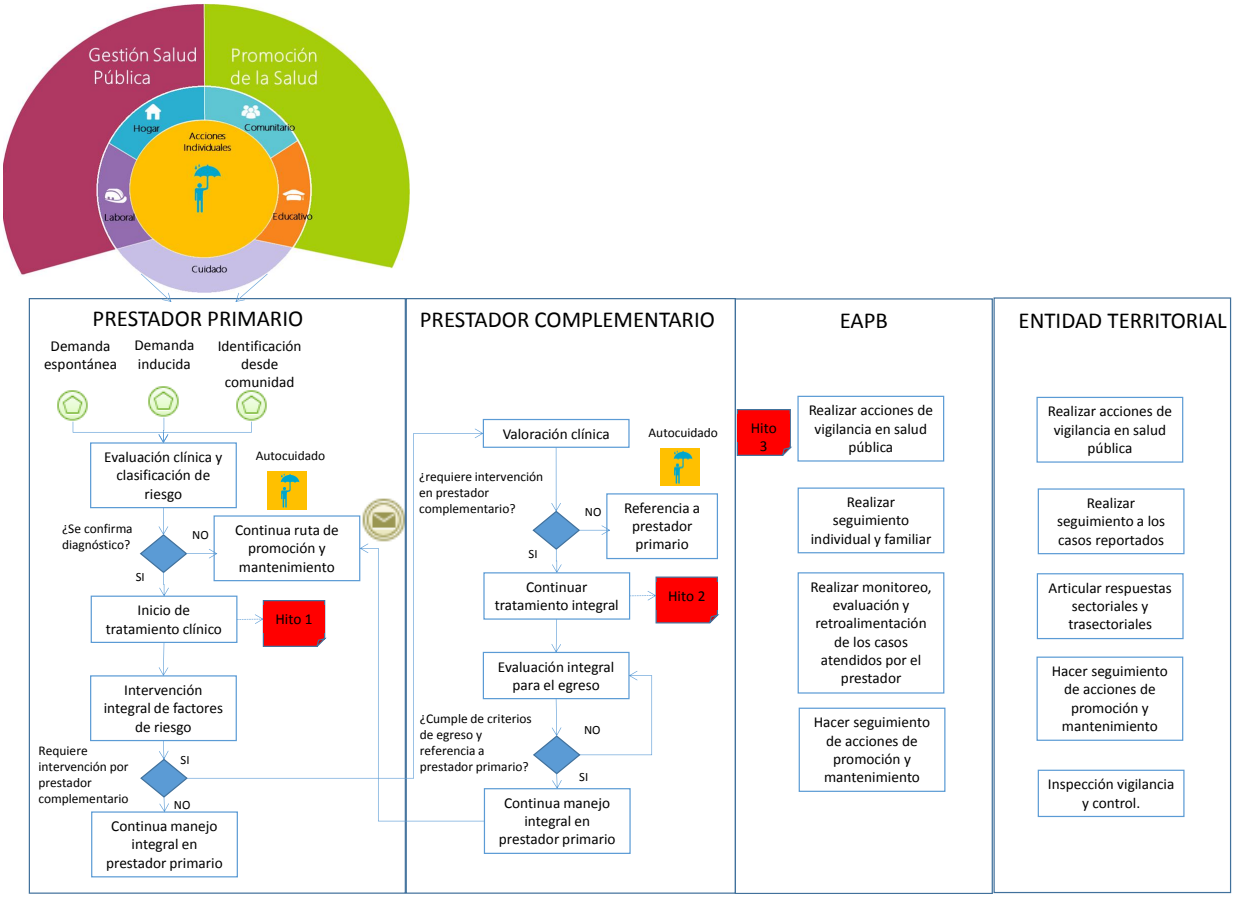
- **Matriz de intervenciones**: contiene todas las acciones poblacionales, colectivas e individuales que contempla la RIAS. Está conformada por 5 secciones específicas, así: 1) análisis situacional; 2) evidencia científica; 3) acciones de la RIA; 4) hitos; 5) implementación.

- **Diagrama de la ruta integral de atención en salud**: explicita las acciones de la gestión de la salud pública, promoción de la salud y las acciones dirigidas a los entornos en donde el individuo se desarrolla integralmente. Muestra también las acciones individuales específicas para cada grupo poblacional, de riesgo priorizado o condición específica de salud. Es importante resaltar que las acciones de la gestión de la salud pública, promoción de la salud y aquellas dirigidas a los entornos, no tienen un comportamiento secuencial, ya que estas se desarrollan en un *continuum* a través del tiempo en diferentes niveles de acción, y que su sostenimiento y permanencia son los que facilitaran el logro de los objetivos en salud para las poblaciones, comunidades e individuos.

Las intervenciones propuestas se podrán ejecutar en los entornos, en el prestador primario, prestador complementario, entidad territorial o la entidad administradora de planes de beneficios, lo que se refleja en la ilustración 8. Representación gráfica de la RIAS.

[30] Manual Metodológico para la construcción de Rutas Integrales de Atención en Salud, Ministerio de Salud y Protección Social, 2015.

Ilustración 8. Representación gráfica de la Ruta Integral de Atención en Salud



Fuente: MSPS. 2015.

- Bajo el MIAS se entiende que existen situaciones que, desde las prioridades del país o situaciones de especial vulnerabilidad de la población o poblaciones particulares en riesgo, justifican la intervención regulada del Estado en la intervención del Sistema sobre esos grupos de riesgo. Esta regulación incluye la definición y clasificación de grupos de riesgo, de las condiciones de manejo de los pacientes, el seguimiento y monitoreo de su evolución, la adquisición y pago centralizado de los insumos y medicamentos requeridos y todo el conjunto de acciones que garantice el manejo de los riesgos y de la enfermedad en condiciones de equidad y calidad. Esto no exime a los responsables institucionales de sus funciones, sino que, por el contrario, los incluye de una manera organizada y sistemática.
- La intervención de los grupos de riesgo como programas de salud pública no solamente incluye las patologías de mayor relevancia en salud pública por sus efectos epidemiológicos, también se podrán definir programas sobre riesgos de

baja frecuencia - enfermedades huérfanas, hepatitis C o enfermos en situación de especial vulnerabilidad-, cuyo objetivo sea proteger poblaciones que desde el enfoque diferenciado deban ser sujeto de protección. El MSPS podrá implantar programas especiales en los cuales se puedan definir las condiciones y procesos para garantizar el acceso efectivo y equitativo a los servicios y tecnologías.

3.2.3 Implementación de la Gestión Integral del Riesgo de Salud (GIRS)

La Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS) comprende la coordinación, monitoreo y ajuste de todas las acciones intencionales y planificadas dentro de cada grupo de riesgo a partir de las RIAS[31]. Las intervenciones están dirigidas a anticiparse en la ocurrencia de los eventos de interés en salud pública, controlar los riesgos para la salud del individuo, prevenir las enfermedades y los traumatismos, así como la discapacidad ocasionada por la enfermedad. Se busca que los riesgos no se materialicen y por tanto los eventos no se presenten; si ello ocurre, se pretende, como resultado de la GIRS, lograr que su evolución y consecuencias sean menos severas. La GIRS tiene por tanto un componente colectivo a cargo de la entidad territorial, uno individual que es función primordial de la EAPB y que se entrelaza con la gestión clínica que ejecutan los prestadores conformados y organizados en la red integral de prestadores de servicios de salud y el cuidado por parte del individuo

La Gestión Integral del Riesgo en Salud se hace operativa mediante:

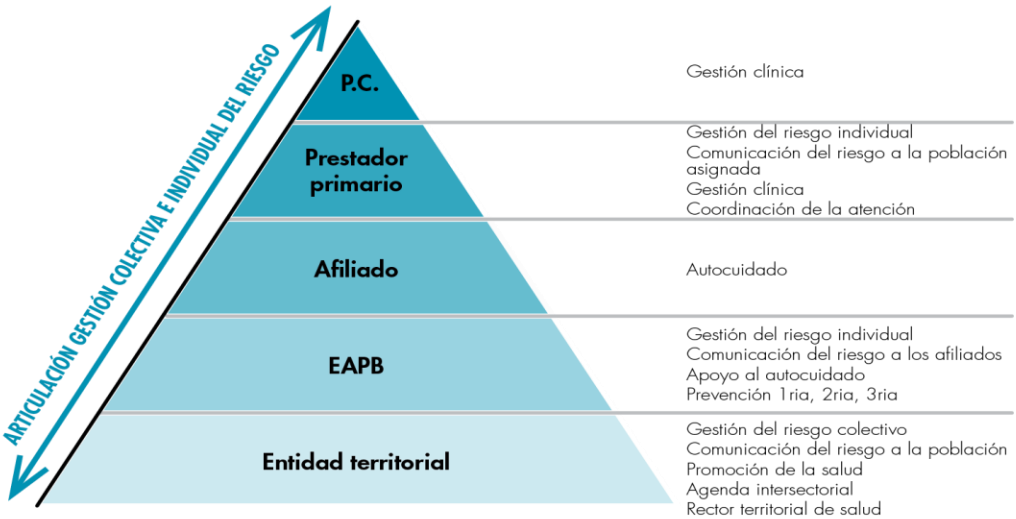
- La identificación y ponderación de los riesgos de salud pública existentes en cada ámbito territorial, la priorización de grupos de riesgo y eventos de atención, planeación en el territorio y armonización de la intervención entre el ente territorial, las EAPB y las redes de IPS; cada uno de ellos dentro de sus respectivas funciones y competencias.
- La recolección, análisis y sistematización de evidencia sobre las potenciales acciones para la detección de riesgo, los condicionamientos de severidad de la enfermedad y el monitoreo de las intervenciones colectivas y de gestión clínica que se implementen para la reducción del riesgo o la gestión adecuada de la enfermedad.
- El desarrollo, implementación y adaptación de las RIAS, protocolos y sistemas de monitoreo y atención a lo largo de los procesos de gestión clínica en las redes integrales de servicios.
- La identificación de las circunstancias y condiciones que inciden en la aparición y desenlace de la enfermedad de carácter individual y colectivo, o referidas al entorno donde se vive, trabaja o deambula.

[31] Por tanto la GIRS compete al propio individuo en la gestión de sus riesgos y los de su familia bajo el concepto central del cuidado, al ente territorial, al asegurador y a la red de prestación.

- La clasificación de las personas que se puedan afectar por las circunstancias y condiciones detectadas.
- El seguimiento de cohortes de grupos de riesgo con el objetivo de monitorear el adecuado manejo y aplicación de las RIAS, minimizar el riesgo de eventos de enfermedad o la gestión de los casos según clasificación.
- La selección y puesta en marcha de acciones para eliminar, disminuir o mitigar esas circunstancias o condiciones.
- El desarrollo de conocimiento sobre los riesgos de la población, la efectividad de las intervenciones, la aplicación de modelos predictivos de riesgo, la efectividad de los procesos de servicio y los mecanismos de interacción entre la entidad territorial, las EAPB y la RED, así como en el manejo e interoperabilidad de la información entre los agentes del sistema.

En la Gestión Integral del Riesgo en Salud participan varios agentes:

Ilustración 9. Participación de diferentes agentes en la Gestión Integral del Riesgo en Salud



Fuente: MSPS, 2015.

1. La entidad territorial, como ente rector de la salud, articula y coordina los agentes del sistema y de los demás sectores que tengan a su cargo directa o indirectamente acciones en salud, en el marco de sus competencias y funciones, para dar respuestas a las necesidades y problemas de salud de la población de su jurisdicción

   La entidad territorial ejecuta la gestión colectiva del riesgo, es la responsable de la identificación, análisis e intervención de riesgos colectivos en salud, de la comunicación del riesgo a la población y del análisis de la percepción que esta tiene del mismo, con el fin de implementar estrategias promocionales y preventivas que se pueden aplicar de manera efectiva a conglomerados de población indivisibles buscando actuar sobre algunos de los determinantes proximales y distales de la salud para disminuir la probabilidad de aparición de nueva morbilidad y controlar la probabilidad de ocurrencia de eventos producidos por deficiencias en los servicios de salud. La Gestión del Riesgo Colectivo se materializa a través de intervenciones que en su mayor parte están definidas en el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), las cuales se articulan con las acciones adelantadas por otros sectores y con las acciones de gestión individual del riesgo que ejecuta el asegurador.

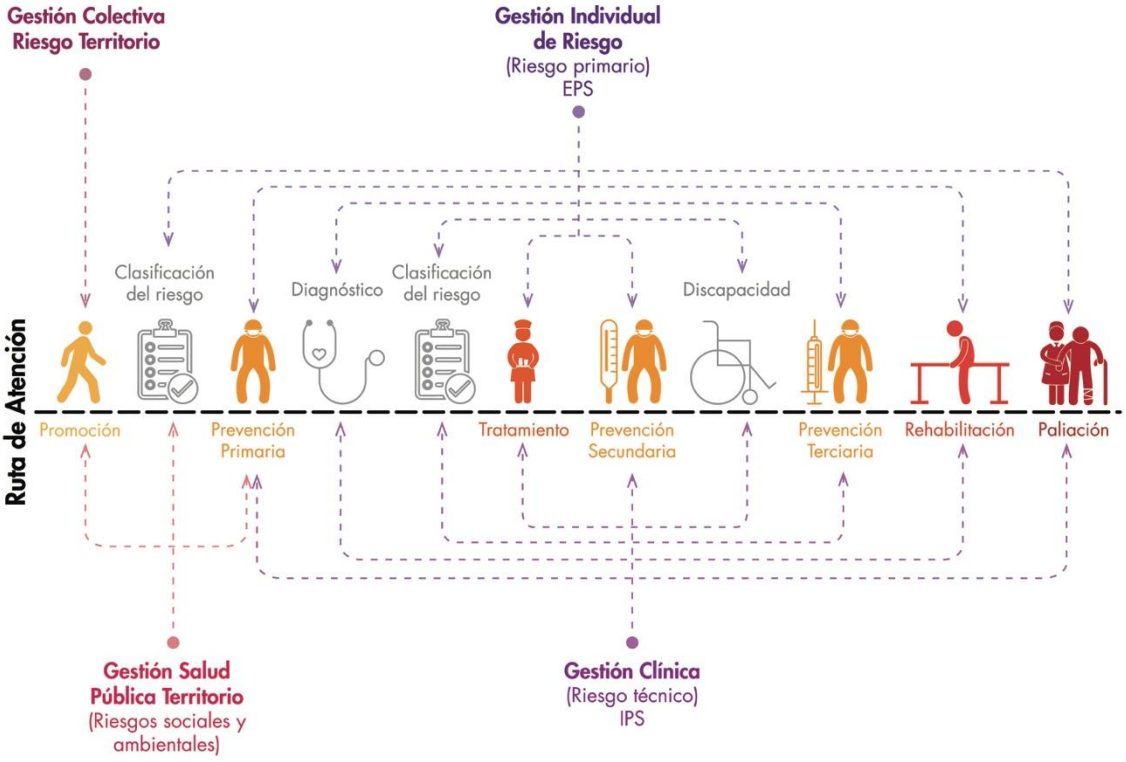
2. Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) coordinan la gestión individual del riesgo en salud. Esto implica identificar, analizar, gestionar y comunicar el riesgo en salud a sus afiliados, con el fin de implementar y monitorear las acciones orientadas a la minimización del riesgo de padecer la enfermedad y el manejo integral de la misma una vez se ha presentado. Incluye el desarrollo de estrategias para apoyar el autocuidado de los afiliados y sus familias y la realización de acciones para la reducción de riesgos derivados de la gestión clínica de la enfermedad. Las EAPB son responsables del seguimiento de cohortes de grupos de riesgo y de la ejecución del componente individual de los programas de salud pública.
3. La red de servicios ejecuta la mayor parte de las acciones de gestión individual del riesgo a partir de la gestión clínica de los pacientes. Esto implica superar la intervención basada en prestaciones discontinuas y como red asumir una integralidad en la intervención a partir de los grupos de riesgo que dan origen a las RIAS. Los prestadores primarios deben manejar la integralidad del riesgo de cada individuo y familia de su población asignada, comunican el riesgo en salud y realizan las intervenciones clínicas incluidas en las RIAS tanto de naturaleza preventiva como diagnóstica y terapéutica.
   a. A partir de la adscripción de la persona a la IPS y al médico con enfoque familiar, se coordinan y articulan las intervenciones individuales y colectivas y la continuidad del proceso de atención. El prestador primario debe asumir la contra

referencia del paciente una vez este egresa del prestador complementario y debe asegurar la continuidad del tratamiento. Los prestadores complementarios son responsables del manejo del paciente cuando las condiciones de su enfermedad requieren de tecnología médica especializada no disponible en el prestador primario; y también de la reducción de los riesgos derivados de la gestión clínica de la enfermedad y el manejo de la prevención secundaria y terciaria en la enfermedad crónica y multi-enfermedad.

b. Todos los integrantes de una red de servicios deben contar con procesos de servicio, referencia e información que permitan a sus integrantes disponer de las mejores condiciones para una gestión clínica adecuada y la disponibilidad de información a las EAPB para el seguimiento de grupos de riesgo.

4. El afiliado, la familia y los cuidadores son responsables de propender al autocuidado, el cuidado de su familia y el de su comunidad. Para ello debe contar con información que debe ser suministrada por los agentes institucionales del Sistema.

Ilustración 10. Proceso para la Gestión Integral de del Riesgo en Salud



Fuente: MSPS, 2016.

La Gestión Integral del Riesgo en Salud se estructura a partir de grupos de riesgo y se operativiza a través de RIAS para los grupos y eventos más frecuentes. Es

necesario al adoptar las rutas definir conjuntos mínimos de información que los diferentes agentes deben disponer para gestionar el riesgo de acuerdo con los objetivos de salud contenidos en las mismas.

En algunos casos, para las enfermedades y condiciones de interés en salud pública la Gestión Integral del Riesgo en Salud debe atender lineamientos de carácter nacional, en otras cosas, debe integrarse con las prioridades definidas en los Planes Territoriales de Salud. En todo caso las GIRS, deben basarse en los grupos de riesgo y en los requerimientos de las RIAS.

3.2.4 Delimitación Territorial del Modelo Integral de Atención 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 genero) y de la oferta en cuanto a la disponibilidad efectiva de servicios.

Para hacer una operación efectiva del MIAS es necesario armonizar las funciones de los dos tipos de entidades territoriales, municipio y departamento, con las escalas requeridas para garantizar la efectividad del Modelo. Esto implica la homologación en el encuadre territorial del modelo y de la operación de los tres agentes del sistema (Ente territorial, EAPB y Redes de prestación) con la población del territorio. La operación de las redes integrales de prestadores de servicios de salud debe considerar el ámbito territorial (Departamento o Distrito) para garantizar las condiciones de disponibilidad, suficiencia, y completitud. El aseguramiento debe garantizar una operación y habilitación departamental con el fin de integrar las escalas y procesos de la red integral de prestadores de servicios de salud habilitada en el ámbito territorial (Departamento o Distrito) donde está la aseguradora autorizada para operar.

En cuanto a las funciones y recursos de salud pública, estos recaen con preponderancia en los municipios, lo cual acarrea dificultades para disponer de escalas costo efectivas para muchas intervenciones colectivas. El plan departamental de salud debe considerar estas limitaciones y plantear intervenciones integradas entre municipios para mejorar costo efectividad en las intervenciones que evidencien ese tipo de problemática.

El nuevo modelo de atención reconoce tres tipos de ámbitos territoriales:

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.

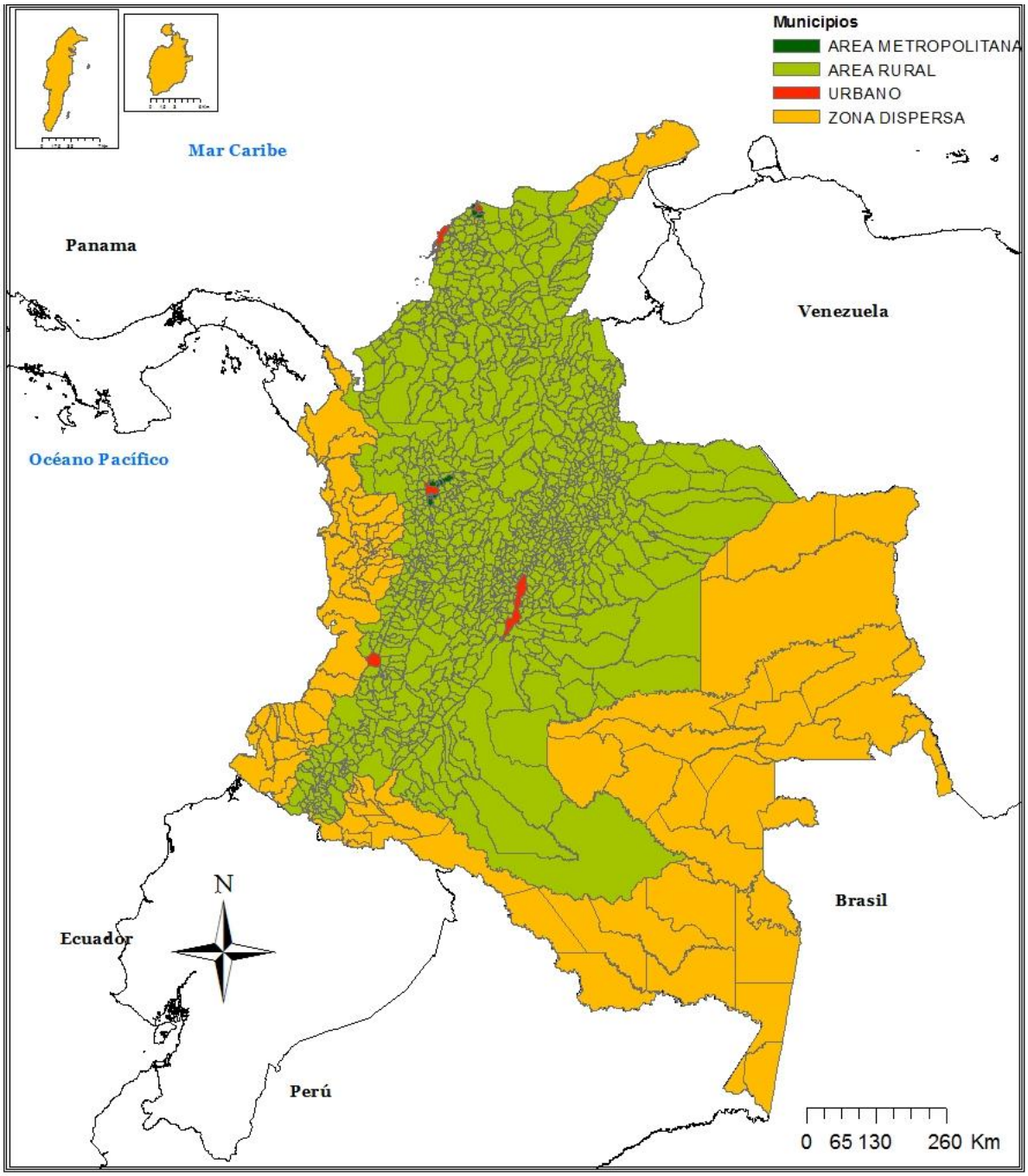
Ámbitos territoriales dispersos: en estos municipios la densidad poblacional es muy baja, la disponibilidad y accesibilidad a los servicios es muy limitada por la baja densidad poblacional, limitaciones en la oferta de servicios y de recurso humano especializado, carencia de vías de acceso, barreras 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.

De acuerdo con la categorización se plantearán los modelos de operación del MIAS bajo condiciones diferenciales en:

1. Adaptación de las RIAS al conjunto de acciones colectivas y tipo de tecnologías, recursos y resultados esperados de la intervención del Modelo.
2. Conformación y organización de las redes integrales de prestadores de servicios de salud, teniendo en cuenta que en los ámbitos donde no se pueda asegurar la disponibilidad completa de servicios se debe considerar la complementariedad con otros territorios.
3. Criterios diferenciales para la habilitación y autorización de funcionamiento y de operación de los aseguradores buscando las mejores escalas de mancomunación que permitan la atención de los afiliados en condiciones de continuidad y oportunidad en la atención.

Dado que debe existir una armonización entre las condiciones de operación del aseguramiento y la prestación que superen la fragmentación de la respuesta asistencial que actualmente existe, el entorno territorial de habilitación de la red de prestación debe corresponder al del aseguramiento bajo condiciones de la habilitación de una única red de prestación de servicios. Esto plantea un requerimiento de escala en la capacidad instalada de la red que debe resolverse de acuerdo con el artículo 65 del Plan de Desarrollo 2014-2018.

Mapa 2. Territorialización para la prestación de servicios y el aseguramiento



Fuente: MSPS. 2015

Se adoptan los siguientes criterios y definiciones para la calificación de municipios y departamentos en ámbitos territoriales:

1. Se consideran ámbitos territoriales dispersos aquellos departamentos en los cuales más del 90% de los municipios sean clasificados como dispersos, así como las agrupaciones de municipios del andén pacífico y la alta guajira, ubicados en departamentos con mayor participación de municipios no clasificados como dispersos. Para la clasificación de los municipios se toma como referencia el Estudio de Geografía Sanitaria[32].
   Los departamentos que cumplen ese criterio son: Chocó, Putumayo, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Amazonas, Guainía, Guaviare, Vaupés y Vichada. Los departamentos con conglomerados de municipios dispersos en el andén pacífico son Valle, Cauca, Nariño y Guajira. En los tres departamentos del pacífico, el modelo de atención adaptado a zonas dispersas solo aplica para los municipios del andén pacífico clasificados como tales. En la Guajira se incluyen únicamente cinco municipios con alta dispersión de la alta guajira: Riohacha, Uribia, Manaure, Maicao y Albania.
   Las condiciones específicas de habilitación de los aseguradores y de las redes integrales de prestadores de servicios de salud serán definidas con base en el plan territorial de salud departamental.
2. Se consideran ámbitos urbanos los definidos en el Artículo 65 del Plan de Desarrollo 2014-2018, como tal con el criterio de población mayor a 1 millón de habitantes. Estos ámbitos territoriales tendrán definidos igualmente condiciones específicas de habilitación de los aseguradores y de las redes integrales de prestadores de servicios de salud. Las ciudades que conservan esta categoría son: Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla y Cartagena. Adicionalmente se incluyen las áreas metropolitanas de Barranquilla y Medellín, reconocidas oficialmente. También puede considerarse ámbito urbano Bucaramanga con su área metropolitana, ya que al agregarla se cumple el criterio de ley de 1 millón de habitantes. Para las ciudades que tengan

[32] Para el estudio se analizaron diferentes variables geográficas, de la demanda y de la oferta de servicios de salud que permiten clasificar los municipios de acuerdo con sus condiciones de dispersión territorial

definida legalmente un área metropolitana, el modelo urbano podrá ser extensivo a los municipios que conformen dicha área.

3. Se consideran ámbitos territoriales con alta ruralidad aquellos departamentos que no cumplieron con los criterios de clasificación de departamentos dispersos. Estos departamentos incluyen aquellos cuyas capitales estén ubicadas en la categoría dos, pero sus redes y EAPB podrán diferenciarse en cuanto a autorización de funcionamiento de las EAPB y habilitación de red, de aquellas que sirven a sus respectivas capitales. Esta categoría incluye los restantes 24 departamentos.

El total de unidades de habilitación territorial de redes sería de ocho ámbitos territoriales dispersos, cinco urbanos y 24 de alta ruralidad, para un total de 39 unidades de habilitación territorial de redes y operación de EAPB. En el mapa 1 se presenta la clasificación de municipios según las tres categorías.

Es evidente que los prestadores complementarios de la red podrán pertenecer a redes de las tres diferentes categorías de ámbito territorial y podrán ser complementarios en las redes de otros departamentos en tanto que no todos los departamentos cuentan con la totalidad de los servicios requeridos para el modelo de atención. Los prestadores primarios deben evidenciar una capacidad instalada concomitante con los requerimientos al prestador primario y podrán suplementarse dentro del propio departamento en la prestación de los servicios primarios. Así mismo deben organizarse como sub redes en condiciones de complementariedad de los servicios y cercanía geográfica con el usuario.

3.2.5 Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud

Una Red Integral de Prestación de Servicios (RED) se define 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 en un componente primario y 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, resolutiva a la población; contando con los recursos humanos, técnicos, financieros y físicos para garantizar la gestión adecuada de la atención así como resultados en salud.

La RED se define a partir de 1.las necesidades de la población ubicada en un ámbito territorial; 2. La caracterización de riesgo de las aseguradoras para su población afiliada en el respectivo entorno territorial y consecuente con: 3. Los requerimientos de las RIAS y 4. Los resultados de la definición de grupos poblacionales y grupos de riesgo del territorio donde esté autorizada para operar la red.

Esto implica que las redes, para su planificación, dimensionamiento, desarrollo e implementación, deben tener explícitos los criterios y procesos que propicien una prestación de servicios de salud configurada desde los requerimientos de la demanda y su correspondiente arreglo institucional y no al arbitrio de los agentes institucionales del Sistema.

Cada RED debe consolidarse para una población y un entorno territorial de referencia, su conformación debe sustentarse en los resultados del ASIS del territorio, la caracterización de las aseguradoras y debe atender las prioridades del Plan Territorial de Salud. Por esta razón, su proceso de configuración debe incorporar los conceptos del Asegurador en cuanto a los riesgos individuales de la población asegurada, los de la entidad territorial frente a los determinantes y riesgos colectivos de las poblaciones y del conjunto de prestadores en lo concerniente a los procesos de gestión clínica de pacientes, referencia y contra referencia dentro de la propia red.

Toda red integral deberá tener dos componentes prestacionales:

Componente primario de prestación, 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. Gradual y progresivamente, este componente deberá resolver mínimo el 80% de los problemas de salud de la población

El componente primario deberá estar conformado y organizado de la siguiente manera:

- Como un conjunto de servicios habilitados (servicios primarios) por diferentes prestadores (públicos, privados o mixtos) en un territorio, que como contribuyen a la adecuada operación de las redes organizadas y gestionadas por los aseguradores y entidades territoriales, de acuerdo a su función de atención integral en salud, para su población objeto.

- Como prestadores primarios habilitados (públicos, privados o mixtos), es decir, que cuentan con el conjunto de procesos y servicios primarios habilitados, y cumplan además con los estándares y criterios definidos por el MSPS para dar alcance a los objetivos planteados, para la atención integral en salud en lo concerniente al componente primario de la red (capacidades y condiciones soportadas en instrumentos, procesos, procedimientos e insumos); y que contribuyen a la adecuada operación de las redes organizadas y gestionadas por los aseguradores y entidades territoriales para asegurar la atención integral de acuerdo a sus competencias.

- Como una combinación de las anteriores, dependiendo de la disponibilidad, suficiencia y completitud de la oferta existente en el territorio para garantizar la implementación de la RIAS y de las demás necesidades y problemas en salud de la población.

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

Prestador Primario

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; los prestadores primarios contribuyen a soportar los procesos de gestión individual del riesgo en salud agenciadas por los aseguradores, así como algunas intervenciones colectivas, a cargo de las entidades territoriales, en lo pertinente a cada caso[33], y en función de la conformación y organización de la red de prestación de servicios de salud de la aseguradora. El prestador primario debe contar con capacidad para identificar y analizar todas las necesidades en salud de toda su población adscrita, resolver los problemas más frecuentes y gestionar las respuestas que requieren de la intervención de los prestadores del componente complementario o de otros sectores. Adicionalmente, lidera la planeación del trabajo intersectorial y la participación comunitaria que requiere el cuidado primario de su población adscrita.

Toda persona que esté afiliada al sistema de seguridad social debe estar adscrita en un prestador primario y adscrito a un equipo de salud que dentro de ese prestador garantice la cobertura de los riesgos asignados al prestador primario dentro de las Rutas Integrales de Atención. Por tanto también existe adscripción del afiliado al prestador primario que en condiciones de cercanía a su lugar de residencia le asigne el asegurador dentro de la red de servicios habilitada. El afiliado en su condición de usuario debe tener garantía de suficiencia dentro de la red de servicios que le

[33] 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.

corresponda. El asegurador debe proveer al afiliado la opción de cambio de médico adscrito dentro del componente primario de la red. El ministerio de salud definirá los requerimientos de número máximo de afiliados por médico adscrito de acuerdo con las condiciones del territorio, la oferta de servicios disponible y las características de la demanda, incluyendo el perfil epidemiológico de la población..

En el ámbito individual presta servicios definidos como primarios, que incluyen promoción de la salud, protección específica y detección temprana, prevención de la enfermedad, urgencias y cirugía de baja y mediana complejidad, consulta externa de odontología general, medicina general, medicina familiar, pediatría, ginecoobstetricia, medicina interna y cirugía. De acuerdo con las necesidades de la población, los prestadores primarios podrán incluir otras especialidades básicas.

En el ámbito colectivo, familiar y comunitario, al prestador primario le corresponde, la planeación, ejecución y evaluación de las intervenciones, procedimientos, actividades e insumos definidos por las RIAS, que incluyen contenidos en el plan de salud pública de intervenciones colectivas (PIC) y las disposiciones establecidas para la gestión de la salud pública, en coordinación con las competencias y funciones de las direcciones territoriales de salud.

El talento humano de los prestadores primarios estará organizado en equipos multidisciplinarios en salud (EMS), que tendrán familias adscritas para las cuales liderarán el proceso de cuidado primario, a través del plan integral de cuidado primario. La conformación de los EMS estará dada por i) perfiles y competencias definidas a nivel nacional; ii) las condiciones y características de cada contexto territorial e institucional; ii) el desarrollo progresivo de los modelos territoriales de salud; iii) el mejoramiento continuo de la oferta y disponibilidad de talento humano en cada territorio (cantidad y calidad).

Para incrementar la capacidad resolutiva del prestador primario, además de la intervención familiar y comunitaria, es necesario incrementar su capacidad tecnológica. Factores críticos para ese propósito son: 1. Ampliación de las competencias de todo el equipo de atención primaria, en particular el médico general hacia sus capacidades en medicina familiar; y 2. Ampliación de las capacidades tecnológicas mediante la introducción de pruebas rápidas diagnósticas, además de las plataformas de telemedicina y sistemas de información.

La IPS primaria de adscripción debe asumir además la responsabilidad de la coordinación y seguimiento del usuario en los demás componentes de la red primaria y en la red complementaria. La historia clínica del usuario adscrito en la IPS primaria debe mostrar la totalidad del recorrido del paciente en el Sistema de Salud.

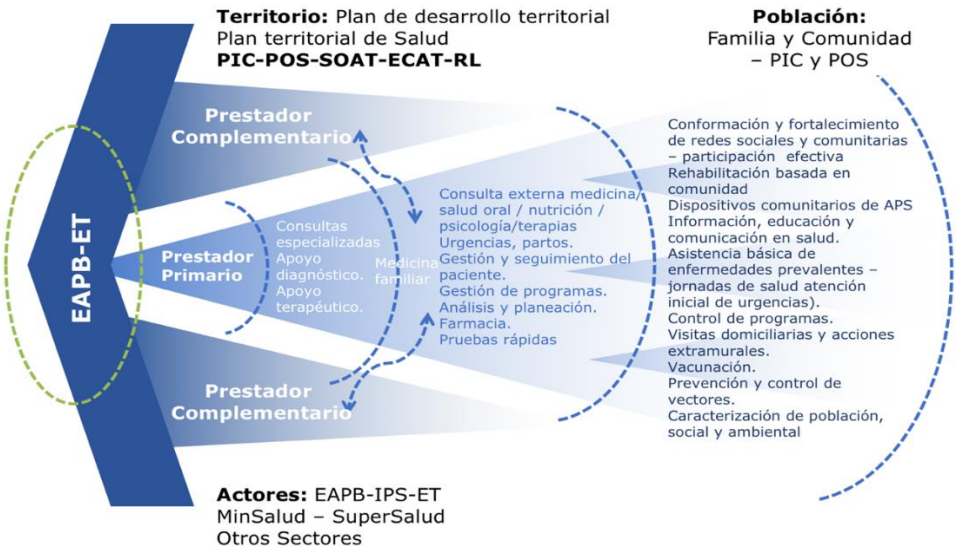
Funciones del prestador primario: se requiere la definición y delimitación del alcance y funciones del prestador primario en cuanto a sus condiciones de resultados esperados en salud, actividades de promoción, prevención, manejo clínico y terapéutico que deben llevar a cabo en el territorio nacional a partir de los requerimientos definidos en los tres tipos de RIAS.

Los resultados esperados del prestador primario incluyen:

- Resultados en salud para la población a su cargo en relación con el manejo de los riesgos para la salud, el manejo de las enfermedades y lesiones agudas, y el manejo de la enfermedad crónica
- La prestación de servicios a conjuntos homogéneos de condiciones y enfermedades considerando el curso de vida y las patologías más frecuentes de acuerdo con el comportamiento epidemiológico de la población y la priorización de condiciones a intervenir
- La estandarización de conjuntos homogéneos de pruebas y procedimientos médicos y quirúrgicos a partir de las RIAS y sujetos potenciales de autorización integral
- La definición de las actividades principales a desarrollar a partir del enfoque adoptado de salud familiar y comunitaria. Debe incluir acciones de inducción de demanda, protección específica, atención institucional y domiciliaria, gestión clínica del riesgo en salud, valoración y seguimiento comunitario y coordinación con las entidades territoriales
- Mecanismos de articulación del componente primario y componente complementario de la red, incluyendo, esquemas definidos por el asegurador para la Referencia y contra referencia de pacientes, manejo compartido de historia clínica, telemedicina, tele asistencia y cuidado en casa, así como manejo comunitario del riesgo y la enfermedad
- Características y competencias esperadas para los equipos de salud familiar y comunitaria del prestador primario.
- Conjuntos mínimos de recursos, tecnologías médicas y medicamentos e insumos correspondientes a las intervenciones y capacidades a su cargo
- Conjuntos mínimos de datos de información que debe mantener y reportar en las actividades de promoción de la salud, atención clínica y gestión del riesgo en salud.
- Esquema de incentivos para fortalecer la capacidad de resolución y la atención integral de los pacientes.
- Mecanismos de seguimiento y evaluación de los resultados y actividades que realiza tanto individualmente como en el componente primario de la red de atención.

Esos desarrollos deberán contemplar las adaptaciones necesarias para los tres tipos de ámbito territorial y las situaciones en las cuales se requiera la atención diferenciada de poblaciones prevista en las diferentes normas legales (víctimas, mujeres y niños sujetos de protección especial, indígenas, afrodescendientes, colones entre otros).

Ilustración 11. Prestador Primario



Fuente: MSPS. 2015

El prestador primario no necesariamente comprende a un único prestador de servicios que desarrolla todas las actividades de atención primaria. Más bien comprende a un componente dentro de la red integral de prestadores de servicios de salud l, el cual, de acuerdo a las condiciones de oferta y demanda, adopta su infraestructura, recursos y procesos de acuerdo con diferentes capas de prestación. Estas incluyen:

- Capa de atención comunitaria que implica acciones extra murales brindadas por diferentes conformaciones de personal, de acuerdo con el tipo de ámbito territorial (urbano, rural, disperso) y las condiciones específicas de la comunidad, el territorio y el comportamiento epidemiológico.
- Capa de atención básica que incluye todas las capacidades de consulta externa médica general, enfermería, nutricional, urgencia de primer nivel, atención de parto, farmacia y pruebas rápidas.
- Capa de consulta especializada de nivel primario la cual es orientada a partir de la capacidad de medicina familiar y disponibilidad de especialidades médicas básicas. Estas especialidades deben contar con el apoyo diagnóstico, terapéutico y tecnológico correspondiente.

El Prestador Primario estará articulado con el resto del componente primario de la red y con el componente complementario de la red, como parte de dichas redes integrales de prestadores de servicios de salud, las cuales requieren la integración en los procesos de información clínica y los flujos de servicios y pacientes al interior

de la red y entre sus componentes. Toda red deberá tener un nodo de gestión que se encarga de evaluar y coordinar los procesos de prestación a su interior. Es función de la entidad territorial y de la Superintendencia de Salud velar por las condiciones de suficiencia de la RED.

Conformación, organización y gestión de las redes integrales de prestadores de servicios de en salud Las redes para su conformación, organización y gestión deben tener en cuenta los siguientes elementos a ser garantizados, según las competencias de los actores que intervienen:

- La valoración y dimensionamiento de la demanda de la población en el territorio determinado, a partir de la caracterización y estimación de las necesidades de la población, teniendo en cuenta:
  - Las estimaciones ex ante para las actividades de protección específica y detección temprana para los grupos de riesgo definidos de la población
  - La demanda efectiva de servicios de salud, de acuerdo a la metodología definida por el MSPS
  - El análisis de disponibilidad y suficiencia de la RED, teniendo en cuenta los recursos humanos, técnicos, financieros y físicos requeridos, a partir de sus servicios habilitados en el ámbito territorial (departamento o distrito) definido en función de las necesidades de la población (incluyendo, eventos en salud priorizados), lo cual implica:
  - La identificación de la capacidad instalada reportada para la atención de la prioridad
  - El análisis del estado actual de los servicios habilitados en términos de disponibilidad en un territorio.
- La interrelación y estimación del diferencial entre oferta y demanda (según capacidad instalada disponible y reportada, frente a la demanda asociada con dicha capacidad instalada)
- La definición del portafolio de servicios que se podrá garantizar en el territorio, a partir de los servicios habilitados por los prestadores de servicios de salud ante la respectiva entidad territorial competente, lo cual implica a su vez, precisar los déficits de oferta en el territorio, que deban ser cubiertos mediante nuevas inversiones y los instrumentos que promoverán su desarrollo, como aquellos que eventualmente puedan ser garantizados a través de la oferta disponible en otro territorio[34]. Con base en esto, se deberán definir los procesos y procedimientos

[34]Por parte de las aseguradoras respectivas, y a partir de la oferta de servicios de salud habilitados en cada territorio, en la conformación, organización y gestión de la red de prestación de servicios de salud se deberá valorar tanto la disponibilidad, como la suficiencia

para la atención bajo modalidades intramurales, extramurales, telemedicina y otras pertinentes para cada territorio, que deberán ser gestionados por los respectivos aseguradores en la atención individual y por las entidades territoriales en las atenciones colectivas

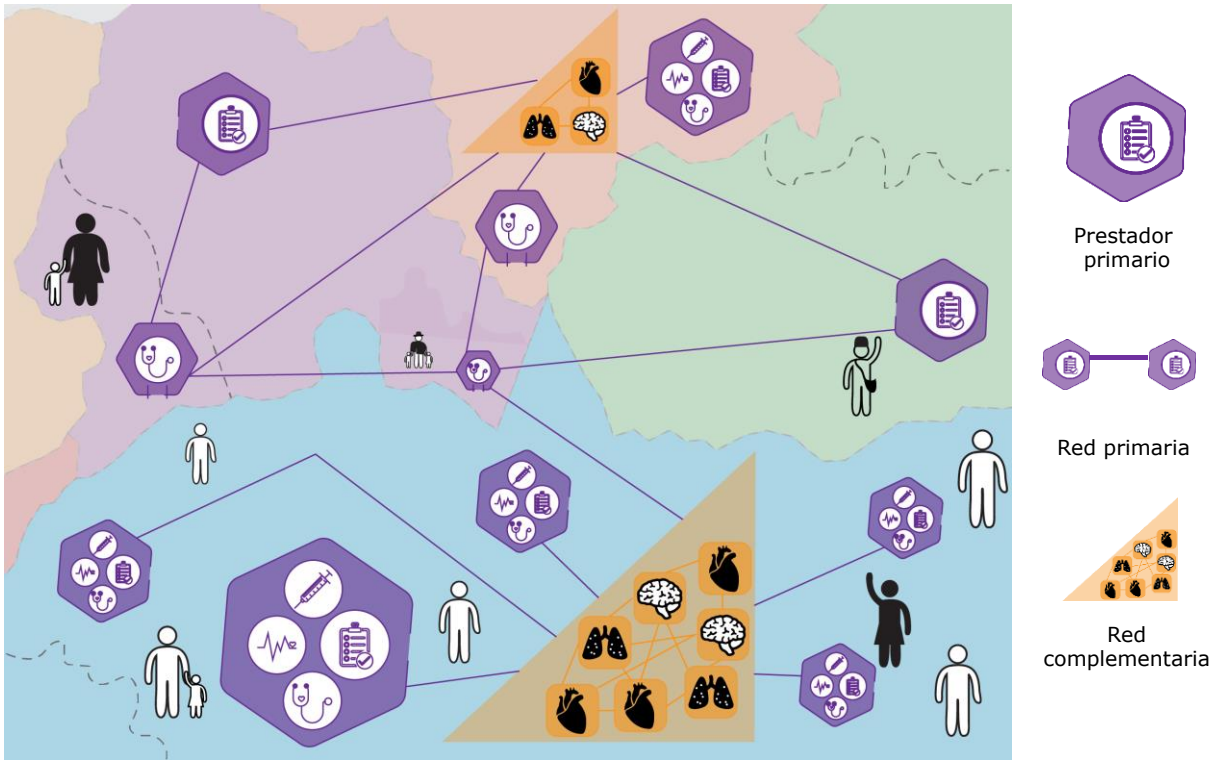
- La conformación y organización de la RED en sus componentes primario y complementario, incluyendo la priorización de servicios habilitados a considerar para la prestación de servicios en función de la demanda del asegurador y la entidad territorial
  - Para el componente primario la unidad de análisis de conformación es el municipio y los criterios incluyen para las acciones individuales la capacidad de adscripción de afiliados con relación al recurso humano y tecnológico disponible en el entorno territorial del municipio para ámbitos territoriales de alta ruralidad, de cercanía al lugar residencia de los afiliados en los ámbitos urbanos y de capacidad de respuesta a los riesgos en los ámbitos territoriales dispersos; para las acciones colectivas la capacidad de realizar las acciones promocionales y el PIC
  - En el componente complementario los criterios se relacionan con la confluencia entre oferta disponible y los flujos de demanda, criterios que al final configuran el territorio de referencia de la RED.
- La definición de procesos, procedimientos y mecanismos administrativos y asistenciales para la gestión del flujo de pacientes, el Sistema de referencia y contra referencia, la red de urgencias, contratación, recepción de cuentas, reconocimiento y pago de servicios de Prestadores, capacitación y actualización continua para promover el desarrollo de competencias del personal encargado de la operación de la red, y la gestión de los reportes obligatorios de información
- La definición de procesos, procedimientos y mecanismos administrativos y asistenciales para la adecuación y coordinación de los sistemas de referencia y contra referencia al interior de las redes conformadas por los aseguradores; y con las respectivas entidades departamentales y distritales de salud, en lo referente a la red de urgencias, mediante los respectivos Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias, CRUE.
- La definición de procesos, procedimientos y mecanismos administrativos para la contratación, recepción de cuentas, reconocimiento y pago de servicios a prestadores.
- La adaptación de la conformación y organización de la RED de acuerdo al ámbito territorial autorizado en su operación. Esto incluye su adaptación en cuanto al tipo

y completitud de los servicios, con el propósito de garantizar que se presten en condiciones de accesibilidad, oportunidad, continuidad, integralidad, capacidad de resolución y calidad.

de recursos humanos y comunitarios que intervienen, conformación de equipos asistenciales, tecnologías médicas apropiadas, transporte y ubicación de los servicios de alta complejidad.

- El establecimiento de estrategias para la capacitación del personal de salud de las entidades territoriales, los aseguradores y de los prestadores que integran la respectiva red, en los ámbitos de gestión requeridos para su adecuado funcionamiento y los procesos operativos, técnicos, jurídicos, administrativos y financieros que la soportan.
- Los mecanismos de articulación que las redes conformadas tendrán con las respectivas entidades departamentales y distritales, en el ejercicio de su función rectora de la prestación del servicio en el territorio, de manera que posibiliten la apropiada interacción de la gestión de riesgos individuales a través del Plan de beneficios a cargo de los aseguradores, con la gestión de los riesgos colectivos y determinantes en salud a través del Plan de Intervenciones Colectivas, la gestión intersectorial y las políticas públicas en el territorio, en cabeza de las entidades departamentales , distritales de salud y municipales.

Ilustración 12. Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud



Fuente: MSPS, 2016.

El MSPS definirá los ámbitos territoriales de referencia para la implementación y habilitación de las redes integrales de prestadores de servicios de salud, así como los estándares y criterios de habilitación de las mismas, bajo condiciones básicas de oportunidad, calidad, continuidad, aceptabilidad, integralidad y capacidad resolutiva.

Las entidades departamentales y distritales de salud habilitarán la red en su ámbito territorial; la Superintendencia de Salud, de acuerdo con sus competencias, vigilará y controlará el cumplimiento de lo regulado por el MSPS, en los términos que ella defina. La operación de la RED será responsabilidad tanto del asegurador como de los integrantes de la propia red y corresponde al asegurador garantizar adicionalmente el cumplimiento de los criterios de permanencia de la red, durante la vigencia de la habilitación realizada por parte de la entidad territorial. La operación de la red en lo relacionado con las acciones colectivas de promoción y prevención que hacen parte del Plan de intervenciones colectivas es responsabilidad de la entidad territorial.

El ámbito de habilitación de redes es departamental o Distrital, pero dada la existencia de servicios pertenecientes a otros departamentos o distritos, que por distancia o disponibilidad pueden atender poblaciones de otros departamentos, por lo tanto, las redes habilitadas deberán considerar los siguientes criterios:

1. **Complementariedad:** cuando un servicio sea requerido en la atención de las personas, pero no exista en el departamento, este deberá ser provisto desde otro departamento o distrito para garantizar la completitud de la red.
2. **Contigüidad:** cuando existan instituciones o servicios que por razones de cercanía geográfica, capacidad instalada o flujos de demanda sean requeridos, se deberán incluir en la red habilitada por el asegurador.

En el marco del liderazgo y gobernanza de responsabilidad de cada ente territorial, para garantizar los objetivos propuestos para la implementación de la Política de Atención Integral en Salud, los departamentos y distritos deberán contemplar en el marco de sus competencias de gestión de prestación de servicios en su territorio, y en la aplicación de los Planes de Desarrollo Territoriales y Planes Territoriales de Salud, lo pertinente para fortalecer la oferta de servicios de salud dentro de los mismos; y en el caso de la oferta pública, en concordancia con los Planes Financieros Territoriales y los Programas Territoriales de Reorganización, Rediseño y Modernización de redes de Empresas Sociales del Estado, lo correspondiente en los Planes Bienales de Inversiones, dando prioridad al fortalecimiento del componente primario al interior de la red pública.

3.2.6 Redefinición del rol del asegurador

Las funciones generales del aseguramiento social en salud incluyen: 1. Protección frente al riesgo financiero derivado del riesgo en salud de la población que mancomuna los riesgos de salud y sus efectos financieros.2. Agencia, bajo el cual el asegurador representa al afiliado y puede efectuar compras en volúmenes o intervenir en la prestación de servicios de manera que le permita reducir los precios de los bienes y servicios y controlar los costos .3. Efecto de acceso y de resultados en salud, que permite al asegurado acceder a servicios adecuados a sus riesgos y con resultados previsibles, más allá de las restricciones financieras derivadas de sus ingresos.

La primera condición derivó en el modelo de aseguramiento indemnizatorio en el que el usuario recupera su gasto en salud sujeto a un deducible que controla los incentivos para el abuso moral (consumir más allá de lo que haría de no estar asegurado). La agencia es propia de los esquemas de aseguramiento con administración gerenciada, en que el asegurador estructura su red de servicios buscando pertinencia, calidad y menores costos. Este esquema fue el planteado de manera implícita en la Ley 100 de 1993 cuando al asegurador se le dio la opción de estructurar su propia red de servicios bajo una autonomía basada en la contratación selectiva de prestadores como mecanismo para inducir competencia y calidad de los servicios. Hasta aquí el asegurador responde a la enfermedad como contingencia (Artículo 1 de la Ley 100 de 1993)[35] y se compensa mediante una prima calculada bajo un mecanismo actuarial que considera, en general, riesgos uniformes en la población. Estas condiciones corresponden a diferentes variantes de un aseguramiento privado.

En un esquema de aseguramiento social como el colombiano hay un componente elevado de transmisión de funciones públicas por parte del Estado. En el contexto del sistema de salud su principal responsabilidad es el mantenimiento del estado de salud de la persona. El acceso y resultados en salud comprenden las acciones que, además de la contingencia, plantean la intervención del asegurador en el manejo ex ante de los riesgos de salud.

Esta función deriva de la delegación de la responsabilidad sobre el cuidado individual de la salud, aspecto que involucra el riesgo que se produce entre los determinantes sociales que afectan a la persona y la consolidación del riesgo percibido, que configura la demanda en el aseguramiento privado[36]. Este riesgo se denomina riesgo primario

[35] Artículo 1, Ley 100 de 1993.

[36] Estrictamente en el esquema de aseguramiento público colombiano no se considera el abuso moral como un factor excluido de la función general del aseguramiento en salud ya que el cambio en el comportamiento de consumo se considera que refleja necesidades no cubiertas por el Estado y que son asumidas por el asegurador. Se consideran excluidas las actitudes dolosas que llevan al sobreconsumo por parte del usuario o el prestador.

en salud. En el aseguramiento social colombiano no hay deducibles, exclusiones, ni periodos de latencia por tanto el asegurador debe asumir ese componente del riesgo. Ese conjunto de acciones configura la gestión del riesgo en salud y es responsabilidad del territorio en su componente colectivo y del asegurador en su componente individual.

Para cumplir con los requerimientos del MIAS cada EAPB debe ser habilitada desde el punto de vista de su capacidad técnica en cada departamento en el cual tenga afiliados.

Para un adecuado cumplimiento de sus funciones, los aseguradores deben fortalecer:

- En el ámbito de su función de gestión de riesgo financiero, cubierta bajo la habilitación financiera, debe cumplir las condiciones de patrimonio y de solvencia que les permita disponer de recursos actuarialmente ajustados para solventar los riesgos que deba asumir como consecuencia de la incertidumbre en los costos asociados a la enfermedad. Se enfoca en la interacción entre el gasto en salud y sus efectos financieros dados unos riesgos actuariales y sus derivados financieros frente a patrimonio y reservas del asegurador.

- En el contexto del MIAS, debe garantizar la capacidad técnica para la gestión de riesgo en salud de los afiliados y la interacción con los demás agentes del Sistema dentro de cada ámbito territorial definido para el MIAS. La habilitación técnica del asegurador en cada departamento involucra sus competencias del asegurador:
    1. identificar y calcular los riesgos en salud de su población afiliada.
    2. Conformar grupos de riesgo.
    3. Adoptar y adaptar o desarrollar rutas integrales de atención.
    4. Gestionar la demanda (demanda inducida, búsqueda activa, apoyo al autocuidado, gestión de enfermedades y de caso).
    5. Disponer y aplicar mecanismos de contratación, mecanismos de pago orientados a resultados.
    6. Gestionar la información.
    7. Desarrollar capacidades para monitorear las intervenciones y evaluar sus resultados e impacto sobre la población.
    8. Ejecutar la gestión individual del riesgo, que incluye la capacidad de seguimiento de poblaciones y cohortes identificadas según los grupos de riesgo priorizados y definidos en las RIAS.
    9. Habilitar y garantizar la suficiencia y estabilidad de la red de prestación para cada ámbito territorial.
    10. Disponer de infraestructura administrativa, de reporte de información y atención al usuario para cada departamento donde sea habilitado con

mecanismos para atender requerimientos de los usuarios residentes en cada municipio del departamento donde sea habilitado para operar.

La capacidad de gestión de la RED, incluye la capacidad del asegurador para conformar y organizar la red integral de prestadores de servicios de salud en el ámbito territorial (Departamento o Distrito) donde está autorizada para operar de acuerdo con las condiciones de salud y demanda de la población y los requerimientos de una prestación con calidad de acuerdo con las necesidades de la población, los requerimientos de la regulación de las redes integrales de atención, mantener la estabilidad e integralidad de la red.

La capacidad de gestión del usuario, tiene que ver con toda la respuesta a la demanda, autorizaciones, procesos administrativos de soporte y comunicación, sistemas de información y manejo de quejas. También incluye la capacidad técnico-científica del asegurador.

Para el cumplimiento de estas funciones, el gobierno nacional, además de las condiciones financieras ya reglamentadas, reglará los requerimientos mínimos que deben garantizar los aseguradores desde el punto de vista organizacional y de gestión del riesgo en salud, para atender a la población asegurada y contribuir a la obtención de resultados en salud, al control de costos y al cuidado de los recursos del sistema de salud.

En el ámbito del Sistema, la habilitación técnica del asegurador debe integrar otras dos capacidades: 1. Capacidad para interactuar en cada territorio en lo referente a la planeación, ejecución y seguimiento de los planes territoriales y las acciones conjuntas en el territorio para la identificación de riesgos, tamizaje e intervención cuando haya lugar y 2. Capacidad para la producción y reporte de información e indicadores, a requerimiento del nivel territorial, el nivel nacional, ya sea Ministerio de Salud y Protección Social o Superintendencia de Salud, según se ilustra en la. tabla 2.

La aplicación de un esquema territorial (departamental o distrital) en la habilitación del aseguramiento requiere escalas que se superponen con las propias de la red de servicios que la EAPB habilite para el respectivo entorno territorial. Es recomendable que cada EAPB se habilite en departamentos por contigüidad (operación regional) en la medida que el aseguramiento requiere grandes números para hacer viable su operación a través de la mancomunación de riesgos. En los contextos territoriales urbanos y de alta ruralidad también es requerido mantener un nivel de competencia en los mercados de aseguramiento. Por esta razón se propenderá una regionalización del aseguramiento que integre los condicionantes de tres componentes del MIAS: 1. Diferenciación territorial; 2. Redes Integrales de prestadores de servicios de salud; y 3. Competencia regulada.

Tabla 2. Función de los aseguradores y mecanismos de habilitación.

Función	Mecanismo Habilitación	Tipo de Riesgo	Núcleo Evaluación
Protección financiera	Habilitación financiera	Financiero	Capital mínimo
			Patrimonio adecuado
		Actuarial	Reservas técnicas
			Inspección, vigilancia y control
Agencia	Habilitación técnica	Operacional	Capacidad gestión de red
			Capacidad gestión del usuario
Acceso y resultados	Habilitación técnica	Salud	Capacidad Gestión Riesgo Salud

Fuente: MSPS. 2015

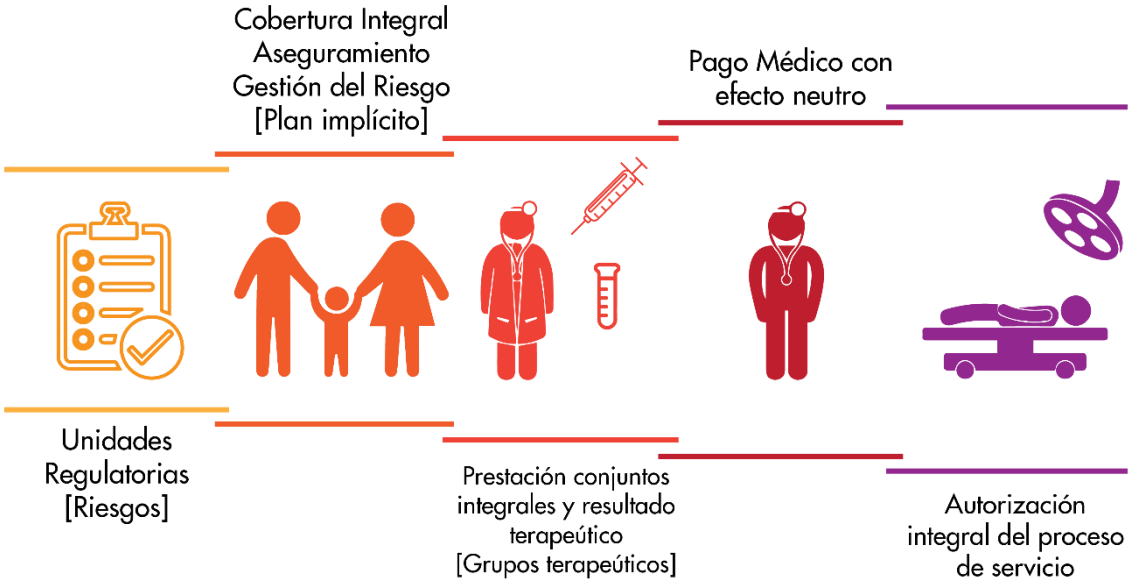
3.2.7 Redefinición del esquema de incentivos

Para hacer posible el MIAS, es necesario orientar los incentivos hacia los resultados esperados en salud. Para hacer viables esos resultados sin poner en riesgo la sostenibilidad del sistema requiere ajustar el esquema de a lo largo de la cadena de provisión de servicios de salud.

Tanto asegurador como prestador y proveedores de insumos deben alinearse alrededor de los resultados que el regulador, en su ejercicio de la rectoría, determine.

Esto implica:

Ilustración 13. Esquema de incentivos



Fuente: MSPS, 2015

- Redefinir la unidad de atención y prestación alrededor del requerimiento de integralidad planteado en el Artículo 2 de la Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751 de 2015) que sitúa el núcleo del derecho en la integridad del proceso de atención y no en atención individual, lo cual es ampliado en los artículos 6 y 8, en particular el último que redefine el concepto de prestación bajo el entendido de que "los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario"
- Esta redefinición involucra un proceso regulado que se hace operativo a través de la RIAS, la cual comprende el continuo desde la promoción hasta la paliación de acuerdo a grupos de riesgo. Obviamente existen diferencias entre la atención en procesos agudos que involucran conjuntos acotados de intervenciones definidas alrededor de la restitución de la salud ante el evento de enfermedad y procesos de manejo de eventos crónicos donde los conjuntos están definidos en la afectación de la discapacidad evitable y la severidad de una condición o enfermedad hacia la cual no se puede esperar curación pero se puede actuar a través de la prevención secundaria o terciaria.

- En ambos casos el incentivo frente al usuario debe ser la autorización integral de las actividades definidas en la ruta y los cortes en los procesos de servicio son regulados de acuerdo a hitos o resultados intermedios o finales siempre buscando involucrar el mayor número de prestaciones que, de acuerdo a evidencia, se encuentren interrelacionadas con el resultado esperado
- La autorización integral solo es sustentable en tanto la unidad de pago del servicio debe adaptarse a la integralidad de la atención de acuerdo a la formulación del Ley Estatutaria y las RIAS definidas. Esto incluye el pago por conjuntos integrales en las atenciones de naturaleza aguda con recuperación previsible de la salud y por unidades que incluyan gestión de la enfermedad en condiciones de naturaleza crónica. El MSPS debe orientar el desarrollo o adopción de los nuevos mecanismos de pago requeridos.
- Las responsabilidades dentro de la integralidad que correspondan al prestador primario y a los complementarios dentro de una red integral de atención serán también reguladas incluyendo las obligaciones de referencia y contra referencia. Los mecanismos de pago dentro de integrantes de la red deben proveer incentivos en forma de descuentos o sanciones que penalicen los incentivos hacia la transferencia de riesgo o selección de riesgos dentro de las redes de prestación,
- En el ámbito de la Red Integral de Servicios el usuario deberá usar la puerta de entrada asignada, una vez dentro de la red primará la libertad de escogencia y los acuerdos de funcionamiento de la red. El asegurador deberá garantizar la estabilidad de la red manteniendo los contratos que garanticen su integralidad y capacidad de resolución. Cualquier contravención afectará su habilitación técnica.
- En condiciones que, por externalidades de los pacientes, de la naturaleza de la enfermedad, de limitaciones existentes en el acceso o prioridades públicas, el Ministerio prevea restricciones particulares o exista riesgo en la condición de accesibilidad (Artículo 6c de la Ley Estatutaria).

Necesariamente el Sistema de Salud deberá confluir hacia sistemas de pago que favorezcan la integralidad y calidad en la atención. Los prestadores primarios individualmente y en red serán responsables de segmentos de la ruta de atención que deben cubrir de acuerdo a resultados esperados y regulados desde el MSPS.

Igualmente se deben desarrollar incentivos pecuniarios y no pecuniarios para los recursos humanos en salud relacionados con el desempeño, la formación y la distribución geográfica, buscando potenciar el desarrollo profesional y personal del recurso humano en salud.

A su vez se deben desarrollar incentivos a los usuarios relacionados con el autocuidado, la participación en programas de gestión de riesgos, la adherencia a tratamientos, entre otros.

3.2.8 Requerimientos y procesos del sistema de información

Hacer posible un sistema de salud centrado en el ciudadano, implica que la información debe recolectarse, analizarse y disponerse a partir del nivel individual (persona) y gestionarse de tal forma que permita integrar los requerimientos de información de los diferentes agentes involucrados en la atención integral en Salud.

De esta forma las unidades de análisis pueden ser la persona, la población del ente territorial, las personas cubiertas por una red de servicios o los afiliados a una EAPB en un ámbito territorial determinado. Esto permite el seguimiento tanto de los riesgos individuales como de los riesgos colectivos y la interrelación de poblaciones con sus determinantes sociales. La nominalidad en la identificación de las personas permite el seguimiento y la evaluación de las intervenciones y sus efectos, aspecto fundamental para la vigilancia epidemiológica y la gestión de riesgo en salud.

Un sistema de información centrado en la persona, exige la definición por parte del MSPS de un marco de referencia para la información, unificado alrededor de los requerimientos del MIAS, para que se cuente con la información que incluya sus condiciones de vida y de trabajo, factores de riesgo, uso de servicios y que pueda ser usada por la misma persona y el sistema.

Para el efecto, es necesario reconocer que los procesos que se definen en el MIAS (incluye las RIAS) están interrelacionados y sean interdependientes. Por lo anterior, se requiere un manejo veraz, oportuno, pertinente y transparente de los diferentes tipos de datos generados por todos los agentes, en sus diferentes niveles y su transformación en información para la toma de decisiones. En forma consecuente, esto debe orientar los ajustes requeridos en el Sistema Integral de Información en Salud y Protección Social – SISPRO de tal forma que integre los componentes demográficos, socioeconómicos, epidemiológicos, clínicos, administrativos y financieros. Este fortalecimiento implica también la obligatoriedad de los agentes en el reporte confiable, oportuno, sistemático, claro, suficiente, con la calidad aceptable, y en los plazos que se establezcan según los requerimientos del SISPRO.

El sistema de información de acuerdo con lo descrito en el artículo 45 del plan de desarrollo se basa en la integración en interoperabilidad en la información entre los diferentes agentes. El MSPS debe definir a partir de las rutas de atención un conjunto mínimo de datos nominales y un único conjunto de indicadores que sean requeridos para el manejo del MIAS a nivel nacional. De manera complementaria, los agentes deben tener la capacidad de definir y manejar sus propios conjuntos de información para cumplir con sus funciones de gestión de la salud pública o gestión colectiva e individual del riesgo a partir de las condiciones de cada territorio, los requerimientos especiales derivados de los planes territoriales de salud, las necesidades de información de los equipos de atención primaria, los requerimientos de gestión clínica de las IPS, la información de inter fase entre los integrantes de las redes de servicio y los requerimientos de la gestión individual de riesgo por parte de las EAPB.

El modelo de información en salud que apoya al MIAS debe desarrollarse bajo las siguientes premisas:

- La información de apoyo a la política de atención integral en salud, derivada del conjunto mínimo regulado de datos, debe estar centrada en el ciudadano y por tanto su caracterización debe ser realizada por el MSPS. La información del conjunto mínimo de datos debe estar alojada en un solo sitio y dispuesta a los agentes del Sistema de salud, garantizando el derecho a la intimidad mediante criterios de seguridad y privacidad. Se debe disponer mecanismos de protección para el suministro de información a terceros, salvo las autorizadas por las disposiciones legales
- Se deben adoptar estándares (semánticos y sintácticos) integrados de interoperabilidad y gestión de información entre entidades públicas de diferentes sectores y operadores públicos y privados del sistema de salud, que permitan la interacción entre repositorios e integración de información. Esto incluye la información de determinantes sociales de salud, necesidades y problemas de la población, disponibilidad y suficiencia de las redes integrales de prestadores de servicios de salud, servicios y tecnologías de salud prestados al ciudadano, condiciones de mercado del aseguramiento, resultados en salud definidos en las RIAS, mecanismos de pago, indicadores del goce efectivo del derecho a la salud, la cual se constituye en la base de la gestión de cada institución, de cada entidad territorial y de la gestión nacional del sector salud, dentro de sus competencias.
- El Modelo deberá establecer conceptos, definiciones y nomenclaturas únicas con el fin de permitir la integración de la información, comparación y trazabilidad de las acciones.
- El desarrollo y la implementación de los sistemas de información se debe realizar a través de arquitecturas modulares con interfaces estandarizadas y otras tecnologías disponibles, que garanticen la eficiencia del sistema de salud. La información una vez capturada, debe almacenarse e intercambiarse utilizando medios electrónicos y mecanismos de seguridad y privacidad
- Se debe asegurar que toda la información del conjunto mínimo de datos esté disponible para los agentes:-planificadores, gerentes en salud, directores y administradores, profesionales, pacientes y ciudadanos y los agentes pertinentes y autorizados donde y cuando se la requiera, de tal forma que apoye la libre elección del usuario de las entidades, la oferta disponible, el seguimiento de cohortes definidas alrededor de grupos de riesgo, así como el monitoreo de resultados de los incentivos y sus ajustes

3.2.9 Fortalecimiento del Recurso Humano en Salud - RHS

Para el fortalecimiento de desarrollo del RHS se deben desarrollar acciones a nivel de cuatro ejes: i) la formación del RHS; ii) la armonización del RHS con el esquema de cuidado integral y provisión de servicios; iii) el fortalecimiento del RHS responsable de la planeación y gestión territorial en salud y iv) gestión, planificación y

mejoramiento de condiciones laborales del RHS a nivel nacional y territorial. Estos ejes deben articularse en los planes territoriales de salud para generar impacto real en la población.

i) Formación del Recurso Humano en Salud

Al MSPS le corresponde liderar el desarrollo, actualización y fortalecimiento de los perfiles y competencias del RHS, orientando su formación y desempeño, como aporte a la trasformación social que requiere el país. Esta tarea exige un proceso explícito de gestión del cambio en los procesos académicos; el fortalecimiento de los gremios y de las entidades territoriales para el desarrollo territorial del talento humano, en coordinación con la población, prestadores y aseguradores, entre otros factores. La formación del RHS que requiere el MIAS se plantea en tres fases con resultados a corto, mediano y largo plazo.

***Resultados a corto plazo*:** Se incluyen acciones de **formación continua** armonizadas en un programa nacional de fortalecimiento del talento humano en salud para apoyar el desarrollo del MIAS, que contribuya a mejorar la resolutividad en los servicios, principalmente en el nivel primario de atención, y fomente el desarrollo de competencias y la transformación hacia un nuevo paradigma que fortalece el cuidado primario de la salud y privilegia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

En el corto plazo también se requiere fortalecer la formación de agentes y líderes comunitarios, así como de los diferentes representantes sociales, requeridos para adelantar acciones específicas y sistemáticas con la población y la intervención positiva de los determinantes sociales.

El MSPS definirá lineamientos e instrumentos para orientar el desarrollo de las acciones de formación continua del RHS.

Resultados a mediano plazo: Implementación efectiva de los programas únicos de las especializaciones en Medicina Familiar y Salud Familiar y Comunitaria en la apertura y renovación de estos programas de posgrado[37]. Como resultado se espera incrementar en forma significativa la disponibilidad de médicos familiares y especialistas en salud familiar y comunitaria en todas las regiones del país. Se proyecta también la verificación de resultados en el ajuste de los programas de formación para el trabajo y el desarrollo humano, con el énfasis en la formación de técnicos laborales en auxiliares en salud.

[37] Estos programas únicos incluyen la definición de perfiles y competencias, así como las orientaciones para diferentes condiciones de calidad, orientaciones que se ajustaron y validaron con IPS, EPS, Direcciones Territoriales en Salud y otros actores. Se convierten en las primeras especialidades en salud con programas unificados, que con la participación de diferentes universidades, hoy orienta el proceso de apertura y renovación en todo el país. Ver los documentos con programas únicos de estas especializaciones que forman parte del MIAS en el siguiente enlace de la sala temática de salud y medicina familiar y comunitaria del observatorio de talento humano en salud: https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/observatorio-talento-salud-home_10.aspx

Resultados a largo plazo: El MSPS, en coordinación con el sector educativo, definirá las orientaciones y competencias para apoyar la formación del Talento Humano, a nivel de pregrado y posgrado, incluyendo lineamientos para orientar su transformación de acuerdo a las necesidades de la población y acorde a la Política de atención integral en salud.

A partir de lo anterior se deben ajustar los planes curriculares de los programas de formación de Recurso Humano en Salud por parte de las Instituciones de Educación Superior e implementar estrategias y herramientas adicionales para la evaluación de la calidad y la pertinencia de los programas, procesos y egresados de educación superior, con el acompañamiento del Ministerio de Educación Nacional.

ii) Armonización del Recurso Humano en Salud con en el esquema de cuidado integral de la salud y de provisión de servicios

El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) liderará la definición y actualización de las competencias del talento humano en salud para garantizar la implementación de los enfoques de APS, Salud Familiar y Comunitaria, el cuidado, la gestión integral del riesgo y el enfoque diferencial a nivel poblacional y territorial.

Así mismo, se debe desarrollar los *equipos multidisciplinarios de salud (EMS)* dentro del componente primario, y gradualmente, dentro del *prestador primario, cuya* composición debe obedecer a los siguientes criterios:

- Deberán garantizar las funciones de cuidado primario de la salud, incluyendo el desarrollo del análisis de situación de salud, caracterización de la población, apoyo a los procesos de planeación y gestión, actividades de atención de baja y mediana complejidad en los diferentes entornos.
- La mezcla de perfiles de los técnicos, profesionales y especialistas, deben corresponder a las características de la población definidas en el Análisis de Situación de Salud (ASIS) y los Planes de Salud Territorial
- Se debe considerar la inclusión de "nuevos perfiles" como gestores y agentes comunitarios, promotores de salud; parteras, líderes comunitarios, entre otros, mediante un proceso de capacitación e integración permanente
- Se debe considerar la coordinación con diferentes profesionales y técnicos de otras disciplinas: ingenieros sanitarios, sociólogos, agrónomos; antropólogos, licenciados en educación física, entre otros;
- Se debe considerar la disponibilidad de talento humano de la región, y en general, las restricciones de oferta de talento humano
- el desarrollo progresivo de los modelos territoriales de salud, de acuerdo a las orientaciones del MIAS

Los EMS serán los responsables de consolidar, implementar y evaluar el Plan Integral de Cuidado Primario (PICP). Cada EMS tendrá un número específico de familias adscritas de acuerdo para cada uno de los ámbitos territoriales y poblacionales, y deberá contar con los siguientes perfiles. El MSPS definirá los criterios pertinentes para cada entorno territorial:

- Especialistas, profesiones y ocupaciones, según lo exigido para los servicios definidos como primarios de acuerdo a las rutas de atención integral.
- Gestor Comunitario en Salud, que tendrá como mínimo las siguientes competencias, y las adecuaciones que se definan para para territorio:
    - Reconocer la situación de salud de las familias y comunidades de acuerdo con el plan integral de cuidado primario de la salud concertado con la población adscrita y el equipo de salud.
    - Apoyar a las familias y comunidades en acciones de promoción de salud, gestión integral del riesgo y prevención de la enfermedad de acuerdo con el plan integral de cuidado primario de la salud concertado con la población adscrita y el equipo de salud.
    - Participar en el monitoreo y seguimiento de las acciones en salud de las familias y comunidades de acuerdo con el plan integral de cuidado primario de la salud concertado con la población adscrita y el equipo de salud
    - Participar en la evaluación de los resultados de las acciones implementadas de acuerdo con indicadores y objetivos definidos.
- Auxiliar en salud pública. Se podrán incorporar procesos de formación y gestión para complementar el perfil de los otros perfiles de auxiliares del área de la salud[38].
- Médico familiar, o como segunda opción, con un médico general con un certificado de formación.
- Profesional de la salud no médico, o de ciencias afines, especialista en salud familiar y comunitaria, o con un certificado de formación.

[38] Las normas de competencia laboral de los auxiliares del área de la salud, incluyendo la del auxiliar en salud pública están definidas en los Decretos 3616 de 2005 y 4904 de 2009 del Ministerio de Educación Nacional Hoy compilado por el Decreto Reglamentario Único del Sector Educativo 1075 de 2015, que puede revisar en el siguiente enlace: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%203616%20DE%202005.PDFy http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-216551_archivo_pdf_decreto4904.pdf. Estas normas serán actualizadas en el año 2016 por la Comisión Intersectorial de Talento Humano en Salud (CITHS) a partir de un trabajo participativo e intersectorial que cuenta con grandes avances.

- Perfiles y competencias que se definan para los procesos de planeación y soporte administrativo.

En 10 años, todos los equipos de salud deberían contar con un médico familiar y un especialista en salud familiar.[39]

iii) **Fortalecimiento del RHS para la planeación y gestión territorial en salud**

El fortalecimiento del Talento Humano responsable de la planeación y gestión territorial, debe orientarse a partir de la definición participativa de las competencias que exige la implementación del MIAS a nivel de la administración, gestión, gerencia y planeación en salud. Este proceso ya se inició con la definición de competencias del RHS que realiza gestión y planeación desde las Direcciones Territoriales en Salud.

iv) **Gestión, planificación y condiciones laborales del Recurso Humano en Salud**

El MSPS, en coordinación con las Entidades Territoriales y de los actores de los sectores de salud, educación y trabajo, definirá las orientaciones y estrategias para apoyar los procesos de gestión, planificación y mejoramiento de condiciones laborales del RHS, así como para definir las necesidades nacionales y territoriales de RHS, estimación de necesidades (brechas) de talento humano.

El Ministerio de Salud definirá orientaciones específicas en el marco de la Política de Recurso Humano en Salud, relacionadas, entre otras con las siguientes actividades:

- Estimar las necesidades de recursos humanos a nivel nacional y territorial con el concurso de las entidades territoriales y las instituciones de salud.
- Definir planes para disminuir brechas de recursos humanos en salud.
- Orientar la conformación gradual de los equipos multidisciplinares de salud (EMS) de los componentes y prestadores primarios de las redes integrales de servicios de salud, considerando los enfoques de la PAIS.
- Promover el desarrollo progresivo de escenarios de práctica para la formación de RHS en los prestadores primarios y complementarios de aquellos territorios o ciudades con menor oferta o disponibilidad.
- Promover la continuidad, permanencia y desarrollo de la vinculación y desempeño del talento humano.

El MSPS adoptará una política integral para el desarrollo del talento humano en salud que apoye el desarrollo del Modelo de Atención Integral en Salud.

[39] 1. El perfil y competencias de estos especialista puede ser consultado en el siguiente enlace: https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/observatorio-talento-salud-home_10.aspx

3.2.10 Fortalecimiento de la investigación, innovación y apropiación de conocimiento

El modelo integral de atención en salud asume el reto de la innovación en el establecimiento de estrategias efectivas para la rectoría, prestación de servicios de salud, fortalecimiento de los sistemas de información y del recurso humano en salud; así como una apuesta a mejorar el acceso equitativo a las nuevas tecnologías en salud. Para alcanzar los desafíos propuestos por este modelo se considera relevante el fortalecimiento de la investigación e innovación en sistemas y servicios de salud a nivel nacional y regional de manera prioritaria.

La investigación en políticas y sistemas de salud por lo tanto es un campo emergente que busca comprender y mejorar la respuesta social organizada en procura del logro de los objetivos de los sistemas de salud, la generación de políticas públicas efectivas y la incorporación de estrategias efectivas para la mejora del desempeño de los sistemas y servicios de salud. Dicha investigación se caracteriza por ser de carácter interdisciplinar, pertinente y efectiva a las necesidades de las poblaciones.

La investigación en salud debe orientarse a solventar las necesidades en salud de las poblaciones, el abordaje integral de los entornos en donde se desarrolla y las necesidades del modelo de atención como estrategia para solventar las necesidades en salud de las poblaciones y la modificación de los entornos para garantizar el derecho a la salud de los individuos[40] . Este proceso de identificación de necesidades en investigación en salud, estrategias de desarrollo sostenible de procesos de investigación de alto impacto en salud y de las funciones y objetivos de los sistemas de salud debe ser liderada por el Ministerio de Salud y la Protección Social, apoyada por el Departamento Administrativo de Ciencia y Tecnología (COLCIENCIAS), Ministerio de Educación, Ministerio de las tecnologías de la información y las comunicaciones, así como de alianzas estratégicas entre empresa, estado, universidad, sociedad civil de manera que permitan el fortalecimiento de redes conocimiento.

El Modelo Integral de Atención en Salud establece 6 retos de innovación e investigación en sistemas de salud y se deberán enmarcar en las agendas de investigación del país a nivel nacional y regional y de los agestes del sistema, para ser abordadas de manera efectiva. Estos retos son:

1. El establecimiento de la rectoría del sistema de salud

La ley estatutaria de salud establece la salud como un derecho fundamental y este modelo integral de salud es una estrategia para que ese derecho se garantice. Una de las prioridades es trabajar por el fortalecimiento de la rectoría del sistema de salud en tres aspectos: a) generación de políticas en salud efectivas para la implementación del modelo integral de atención y las rutas integrales de atención[41]; b) Mecanismos

[40] Frenk J. Dimensions of health system reform. Health Policy, 1994, 27: 19–34.
[41] Hsiao WC. Comparing health care systems: what nations can learn from one another. Journal of Health Politics, Policy and Law, 1992, 17: 613–636.

efectivos de regulación de los diferentes actores del sistema que establezcan la organización y comunicación entre ellos para obtener el mayor beneficio de las actividades e intervenciones en salud propuestas[42] y c) estrategias de rendición de cuentas claras por parte de los actores en relación a los procesos establecidos en el modelo de atención[43], d) El estudio de estrategias efectivas para el abordaje de los determinante sociales de la salud

2. Estrategias que garanticen la sostenibilidad financiera del sistema de salud

Este modelo de atención reta al sistema de innovación e investigación a generar procesos que den respuesta a los mecanismos necesarios para garantizar el adecuado uso de los recursos económicos, la asignación responsable y eficiente de recursos a los actores y actividades relacionadas con la prestación de servicios de salud individuales y colectivos[44]. Así mismo abre una puerta de innovación sobre los mecanismos de pago a prestadores primarios y complementarios y la evaluación de mecanismos de control de la demanda de servicios de salud con el nuevo modelo

3. La gestión eficiente de los recursos humanos en salud

El conocimiento de las características y distribución del recurso humano en salud para garantizar las acciones colectivas e individuales enmarcan una necesidad en investigación en relación a la formación del recurso humano en salud en áreas de salud preventiva, atención primaria en salud y medicina informada en evidencia. Así mismo la caracterización y mecanismos de retención de profesionales de la salud en zonas rurales para garantizar la red de prestadores primarios y complementarios[45]

4. Fortalecimiento de los sistemas de información efectivos y eficientes

El MIAS y las RIA se desarrollan en base a un sistema de información eficiente y efectivo. Se hace necesaria una evaluación de las capacidades del sistema de información en términos de la trazabilidad de los indicadores que utiliza, los sistemas de control de calidad del proceso de recolección, evaluación y análisis para realizar una línea de base objetiva que permita el seguimiento objetivo de la implementación del modelo de atención y las rutas integrales de atención. Así mismo el estudio de mecanismos que garanticen la efectividad de los sistemas de información como

[42] Idem cita 36-37
[43] North DC. Institutions and institutional development. Cambridge, Cambridge University Press, 1990. Roemer MI. National health systems of the world. Vol. 1: The countries. New York, Oxford University Press, 1991.
[44] Murray CJL et al. Defining and measuring fairness of financial contribution. Geneva, World Health Organization, 2000 (GPE Discussion Paper No. 24).

[45] Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Memorial Fund Quarterly, 1996, 44: 166–203.

soporte de la toma de decisiones en el sector a través de la información valida generada por el mismo[46].

5. Mecanismos efectivos de transferencia de conocimiento en políticas públicas

El país requiere de procesos eficientes de transferencia de conocimiento para la toma de decisiones en salud. La implementación del modelo de atención implica la generación de un dinamismo entre el sector de investigación e innovación y el sistema de salud para adoptar intervenciones que demuestren ser efectivas para el adecuado desarrollo del modelo de atención, por lo tanto se trabajara en la identificación de capacidades de investigación en sistemas de salud, la creación de una red de conocimiento y de una estrategia que permita la identificación de nueva evidencia científica, las oportunidades de implementación de dicha evidencia dentro de la ejecución del modelo y la evaluación de la efectividad de dicha incorporación dentro del desempeño del modelo integral de atención [47] [48].

6. Investigación en el acceso, utilización y garantía de la calidad de la prestación de servicios de salud

El modelo integral de atención en salud plantea una reorganización de la prestación de servicios en salud, incorporando el abordaje de los entornos, comunitario a través de acciones poblacionales y colectivas desde una perspectiva intersectorial y sectorial, así mismo busca integrar estas acciones con las intervenciones individuales de las condiciones y eventos en salud. Esto coloca varios retos para el sector de la investigación en sistemas de salud y salud pública como lo son: a) La investigación en la generación, sostenibilidad y evaluación de redes integradas de servicios de salud; b) La implementación efectiva de estrategias de atención primaria en salud integrada c) Programas nacionales de salud como estrategias para la integración de acciones y actores frente a un problema de salud y d) La reducción de la inequidad en el acceso y la utilización de servicios de salud [49].

Fortalecimiento de la capacidad de investigación en salud pública:

La investigación en salud pública tiene como objetivo indagar, analizar y explicar el estado de salud de las poblaciones en términos de su distribución, los factores de riesgo, los determinantes y las acciones colectivas, individuales que se implementen de manera organizada para abordar los problemas de salud en términos colectivos. La salud pública debe suplir las estrategias e intervenciones que aborden los problemas de salud de las poblaciones a partir de la investigación, promoción y

[46] Frenk J. De la pertinencia a la excelencia: dilemas de la investigación en el sector público. Ciencia 1987; 38:169–178.
[47] Pellegrini A. Bases para la formulación de políticas de ciencia y tecnología en salud en América Latina. Bol Oficina Sanit Panam 1994;116(2):165–176.
[48] Lopez-Acuña D. Monitoring and evaluating health sector reform in Latin America and the Caribbean. London: Health Care Interna- tional, The Economist Intelligence Unit (in press).
[49] Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Desafíos de la educación en salud pública. Washing- ton, D.C.: OPS/OMS; 2000.

prevención de la salud. Las escuelas y programas de salud Pública deberán reconocer las necesidades de la población colombiana y orientar sus programas de formación a la generación de conocimiento prioritario para el país.

Así mismo, se requiere el fortalecimiento del Instituto Nacional de Salud como organismo gestor de la salud pública en conjunto con el Ministerio de Salud y Protección Social. De manera articulada con las escuelas de salud pública se orientaran los esfuerzos de investigación en el fortalecimiento del MIAS. Las acciones de investigación de la salud pública estarán orientadas a fortalecer las 11 funciones esenciales de la salud pública establecidas por la Organización Mundial de la Salud a través de mecanismos relevantes en el país como son los observatorios nacionales de salud, los sistemas de vigilancia para el control del riesgo, la promoción de la salud de las condiciones prevalentes, la prevención y control de daños por desastres naturales, la gestión del sistema de salud para el establecimiento de la salud, reducción del gasto de bolsillo y garantía de la calidad de servicios de salud; la reducción de la inequidad en salud y la participación social a través del autocuidado y la garantía de la rendición de cuentas a la población civil, entre otras acciones de investigación en esta disciplina[50] .

3.3 Implementación y evaluación del MIAS.

La implementación, resultados y evaluación de los procesos propuestos en el Modelo Integral de Atención en Salud- MIAS, están basado en tres estrategias concomitantes y coordinados, los cuales deben ser aplicados por todos los agentes del SGSSS, dentro de sus competencias

1. Establecimiento y fortalecimiento de la gobernanza del sistema de salud
2. Progresividad y gradualidad en la implantación
3. Mecanismos de retroalimentación y planes de mejora

Establecimiento y fortalecimiento de la gobernanza del sistema de salud

El liderazgo y gobernanza hace hincapié en la responsabilidad del Ministerio para garantizar que los objetivos propuestos en el modelo, se articulen con los agentes del sistema, implica esto la existencia de los marcos estratégicos de la política existente, la combinación con una supervisión eficaz, la formación de sinergias entre agentes y la provisión de regulaciones e incentivos adecuados.

La gobernanza no es solo potestad del gobierno, también lo es de todos los agentes del SGSS, e implica i) definir prioridades, ii) realizar procesos de monitoreo y iii)

[50] Musgrove P. Public and private roles in health. World Bank Discussion Paper N° 339. Washington, D.C.: World Bank; 1996.

tener mecanismos para la rendición de cuentas.

i) **El establecimiento de prioridades,** debe estar enfocadas a mantener y mejorar la salud de la población, al acceso equitativo a los servicios con oportunidad y calidad, a establecer, estándares de servicio o de metas que se aspira alcanzar[51] , normas financieras y políticas del sistema. El Ministerio, las Entidades territoriales, aseguradoras y prestadores de servicios deben redefinir de manera oportuna las prioridades y así mismo proteger financieramente el sistema[52], dentro de sus competencias y gestionarlas de manera eficiente teniendo en cuenta el enfoque poblacional y territorial que administran.

ii) **El proceso de monitoreo,** debe evaluar el progreso hacia consecución de las prioridades definidas, y garantizar que todos los agentes del SGSSS y los demás actores relevantes se articulen en función de los objetivos propuestos en el MIAS y bajo el propósito de la optimización. Realizar el monitoreo dada la diversidad de las poblaciones y territorios es compleja, requerirá la adaptación del proceso en cada ámbito territorial.

iii) **Mecanismos de rendición de cuentas.** Se deben poner en marcha mecanismos de rendición de cuentas adecuadas a la información disponible y a los objetivos propuestos, que permitan a los agentes del Sistema expresar sus juicios y cuando sea necesario alentarlos a tomar medidas correctivas. Estos deben ir encaminados a[53]: la presentación de cuentas (provisión de rendimiento de la información y de recursos), y las consecuencias del manejo de cuentas (sanciones o recompensas por la parte responsable).

Lo anterior requiere que los agentes del Sistema, desarrollen una serie de instrumentos prácticos de planeación, programación y estructuración de presupuesto para fortalecimiento de la gobernanza.

Progresividad y gradualidad en la implantación

Para el modelo se requiere el desarrollo gradual de instrumentos que permitan la implantación progresiva en los diferentes ámbitos territoriales. Este desarrollo corre por cuenta del MSPS que cuenta con un plazo de un año a partir de la expedición de la política para la entrega de los respectivos instrumentos:

1. Caracterización poblacional de acuerdo al PDSP 2012-2021

[51] Hauck K, Smith P, Goddard M. The economics of priority setting for health: a literature review. Washington, DC: The World Bank; 2002

[52] Wismar M, Busse R. Outcome-related health targets – political strate- gies for better health outcomes. A conceptual and comparative study (part 2). Health Policy 2002;59(3):223–41

[53] Stewart J. The role of information in public accountability. In: Tomkins C, editor. Issues in public sector accounting. Oxford: Philip Allen; 1984.

   a. Formulación PDSP 2012-2021
   b. Metodología para Análisis de Situación de Salud (ASIS)
   c. Metodología para formulación de Planes Territoriales de Salud
2. Regulación de Rutas Integrales de Atención (RIAS)
   a. Diseño de metodología para formulación y validación de rutas
   b. Formulación de ruta de promoción y mantenimiento
   c. Formulación de rutas específicas por grupos de riesgo (16)
3. Implementación de la Gestión Integral de Riesgo en Salud (GIRS)
   a. Lineamientos para la GIRS
4. Delimitación territorial del MIAS
   a. Clasificación de municipios y departamentos según tipo de ámbito a partir de estudio de geografía sanitaria.
5. Habilitación de Redes Integrales de Atención en Salud (RIAS)
   a. Estándares de habilitación de redes
   b. Estándares de habilitación de prestador primario
   c. Definición de canasta tecnológica básica del prestador primario
6. Redefinición del rol del asegurador
   a. Estándares de habilitación técnica del asegurador
7. Redefinición del esquema de incentivos
   a. Mecanismos de contratación y pago de servicios
   b. Mecanismo de incentivos para el talento humano en salud
8. Requerimientos y procesos de información
   a. Definición de conjunto mínimo de indicadores con base en RIAS
   b. Definición de conjunto mínimo de datos para el MIAS
   c. Definición de estándares semánticos y sintácticos para la interoperabilidad
9. Fortalecimiento del Recurso Humano en Salud
10. Fortalecimiento de la investigación, innovación y apropiación de conocimiento
   a. Diseño de la metodología de evaluación del MIAS
   b. Programa de fortalecimiento de la salud pública

La implantación del MIAS en los territorios se llevara a cabo de forma paralela al diseño de instrumentos una vez se haya promulgado la política. EL MSPS estructurará un equipo institucional centralizado que servirá de inter fase entre los gobernadores de los departamentos y las direcciones del MSPS los cuales dedicarán los recursos humanos y técnicos que sean necesarios para su implantación en los diferentes territorios. El equipo centralizado se encargará de la sensibilización de los niveles políticos de los territorios y de concordar para cada departamento un plan de implantación donde se definirán las necesidades de cada territorio. Las direcciones del MSPS se encargarán de la asistencia técnica de acuerdo con sus funciones. Para cada departamento se elaborará un programa de asistencia técnica que permita la intervención coordinada en los departamentos.

En cuanto a la progresividad en la implantación no existe una priorización de los territorios, dependiendo de la iniciativa de los entes territoriales. Sin embargo, dada

la experiencia piloto de Guainía, la curva de aprendizaje sugiere el avance inicial en la implantación de modelos para

Mecanismos de retroalimentación y planes de mejora

El modelo requerirá procesos de retroalimentación de manera dinámica y constante para la mejora de su desempeño y por lo tanto los resultados en salud. Los cambios en el modelo deben ser solventadas de manera eficiente y confiable, por cada uno de los agentes, esto quiere decir que serán incorporados de acuerdo con su pertinencia en el momento en que se requieran para garantizar el logro de los objetivos propuestos. Se proponen tres estrategias para implementar planes de mejora al MIAS; éstas serán utilizadas dependiendo de si el cambio requerido está relacionado con la estructura o con los procesos, así:

Estrategias de incorporación de cambios de estructura del MIAS, se refieren a la necesidad de definición de políticas públicas.

Estrategias de incorporación de cambios de procesos del MIAS, se relacionan con:

a) Participación social: Empoderamiento de las estrategias o acciones nuevas por parte de los actores del sistema. La generación de capital social cognitivo, redes de servicios de salud y redes de investigación son acciones que pueden impartirse para mejorar la efectividad y la eficiencia de la implementación de nuevas intervenciones en el MIAS.

*b) Mecanismos de incentivos de financiamiento***:** Los mecanismos de incentivos tipo pago por desempeño o transferencia condicionales de dinero han demostrado ser efectivas para la implementación de acciones en las funciones de los sistemas de salud. Así mismo estas estrategias requieren de medidas de control efectivas en términos de garantizar la transparencia de la evaluación de los objetivos, de la asignación de recursos y el progreso del aporte económico dentro del MIAS.

c) Mecanismos de difusión e información: Los medios de comunicación y las estrategias tipo capacitación multidisciplinar pueden ser medidas que reportan mejores desenlaces en la incorporación de nuevas intervenciones en los sistemas y servicios de salud. El uso de tecnologías de la información y dispositivos electrónicos actualmente se consideran una alternativa efectiva para este tipo de mecanismos.

4 REFERENCIAS

Amaya J, Ruiz F. Determining factors of catastrophic health spending in Bogota, Colombia. Int J Health Care Finance Econ. 2011

Australian Health Ministers Council (2002). Final Report from The 'Improving Rural Health' Reference Group.

Dirección de Desarrollo Rural Sostenible (DDRS) Equipo de la Misión para la Transformación del Campo (2014). Misión para la Transformación del Campo Informe Definición de Categorías de Ruralidad.

Commission on Health Research for Development. Health research: essential link to equity in development. Geneva: COHRED; 1990. [Links]

Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Memorial Fund Quarterly, 1996, 44: 166–203. 49.

Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. In: Griffith JR et al, eds. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, University of Michigan, Health Administration Press, 1980.

DNP. 2015. Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018.

Frenk J. Dimensions of health system reform. Health Policy, 1994, 27: 19–34.

Frenk J. De la pertinencia a la excelencia: dilemas de la investigación en el sector público. Ciencia 1987; 38:169–178.

Hsiao WC. Comparing health care systems: what nations can learn from one another? Journal of Health Politics, Policy and Law, 1992, 17: 613–636.

Gómez A, Caicedo C. 2015. Actualizando la gestión del riesgo en salud: herramientas para la identificación y el manejo de riesgos en salud que facilitan dar cumplimiento a los cambios normativos recientes, Revista Conexxión. Año 4, número 8, enero-abril. Acemi.

IBM Global Business Services, IBM Institute for Business Value (2015). Healthcare 2015 and care Delivery: Delivery models refined, competencies defined.

National Rural Health Alliance. INC (2014). Establishment of Primary Health Networks (PHNs)

National Strategic Framework for Rural and Remote Health (2012)

North DC. Institutions and institutional development. Cambridge, Cambridge University Press, 1990.
Roemer MI. National health systems of the world. Vol. 1: The countries. New York, Oxford University Press, 1991.

Nyman, J. (2003) The theory of demand for health insurance. Stanford University Press. Stanford

Ministerio de Salud y Protección Social en Salud. (2014a). Cifras Financieras del Sector Salud. Fuentes y usos de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Boletín bimestral No 1 Noviembre – Diciembre 2013. Dirección de Financiamiento Sectorial

Ministerio de Salud y Protección Social en Salud. (2015). Sostenibilidad del sistema de salud en el marco de la Ley Estatutaria de Salud. Presentación en POWER POINT. Congreso Gestarsalud.

Murray CJL et al. Defining and measuring fairness of financial contribution. Geneva, World Health Organization, 2000 (GPE Discussion Paper No. 24).

Musgrove P. Public and private roles in health. World Bank Discussion Paper N° 339. Washington, D.C.: World Bank; 1996.

Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Desafíos de la educación en salud pública. Washing- ton, D.C.: OPS/OMS; 2000.

Pan American Health Organization (2012). Improving Chronic Illness Care through Integrate Health Service Delivery Networks.

Pellegrini A. Bases para la formulación de políticas de ciencia y tecnología en salud en América Latina. Bol Oficina Sanit Panam 1994; 116(2):165–176.

Ruiz, F., Amaya, L., & Venegas, S. (2007). Progresive segmented health insurance: Colombia health reform and Access to health services. Health Economics, 16, 3-18.

Ruiz, F., Amaya, J. L., Garavito Beltrán, L., & Ramírez, J. (2008). Precios y Contratos en Salud. Resultados estudio indicativo de precios y análisis cualitativo de contratos. Bogotá, Colombia: PARS, DNP, CENDEX.

Ruiz, F. & Uprimny, M. (2012). Sistema de Salud y Aseguramiento Social: entre la reforma estructural y el ajuste regulatorio. ECOE Editores. Bogotá.

The Australian Institute of Health and Welfare (2011). Health and Welfare Expenditure Series Number 50. Australian health expenditure by remoteness: A comparison of remote, regional and city health expenditure

Trujillo AJ, (2002) Medical care use and selection in a social health insurance with an equalization fund: evidence from Colombia. Health Econ. 12: 231–246

Webinar hosted by the Office for State, Tribal, Local and Territorial Support Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2013). Healthcare Service Delivery Transformation: Trends in Care Delivery and Community Health.

World Health Organization (2010). The Global Forum on Urbanization and Health: Kobe call to action.

ANEXO 1

Distribución de municipios según ámbito territorial

Para la categorización de municipios según ámbito territorial se adopta la clasificación propuesta por la Misión Para la Transformación del Campo (Misión Rural, 2014), que combinó los criterios de población, densidad poblacional y porcentaje poblacional que habita la categoría resto[54].

Tabla 1 Categorización de municipios según categorías de acuerdo con la Misión Rural Colombia, 2014.

Categoría	Número de municipios y ANM	Población cabecera	Población resto	Población rural	Población total
Ciudades	117	28.529.930	2.088.360	2.088.360	30.618.290
Intermedios	314	4.644.221	3.337.839	3.337.839	7.982.060
Rural	373	2.291.912	3.110.823	5.402.735	5.402.735
Rural disperso	318	893.205	2.765.497	3.658.702	3.658.702
Total general	1.122	36.359.268	11.302.519	14.487.636	47.661.787
Porcentaje de la población		**76,3 %**	**23,7 %**	**30,4 %**	

Para los efectos del MIAS las categorías de Ciudades e Intermedios serán asumidos como ámbitos urbanos, la categoría Rural como de Alta Ruralidad y el Rural disperso como tal. Esto implica que los ámbitos territoriales urbanos cubrirían 38.600.350 personas, los ámbitos territoriales de alta ruralidad 5.402.735 y los de zonas dispersas 3.658.702 persona.

[54] La clasificación oficial del DANE y actualmente utilizada incluye cabecera municipal, centro poblado y resto de la población. Hasta ahora se considera que la población rural corresponde a la categoría resto. Esta categorización no permite segmentar municipios según ruralidad ni definir zonas dispersas.

Respuesta a preguntas frecuentes sobre la implementación de la Resolución 518 de 2015

"Por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC"

Introducción

Las directrices establecidas en la Resolución 518 de 2015 son el resultado de la revisión, el análisis y la evaluación tanto de la normatividad vigente, como de las competencias de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, las disposiciones del Plan Decenal de Salud Pública, las acciones ejecutadas por las Entidades Territoriales y las observaciones y aportes de los profesionales de las Entidades Territoriales resultantes de los talleres efectuados en Bogotá o remitidas a través del correo electrónico; proceso que fue adelantado por el Ministerio de Salud y Protección Social con el liderazgo de la Dirección de Promoción y Prevención.

La Resolución 518 de 2015 buscó delimitar la actuación de las Entidades Territoriales en el marco de sus competencias, y diferenciar la gestión de la política pública en salud del componente operativo a cargo de las mismas, correspondiente al Plan de beneficios denominado: *Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas-PIC*.

Para lo anterior, parte de la definición de Salud Pública adoptada en la Ley 1122 de 2007, que precisa que la misma está constituida por el "***conjunto de políticas que buscan garantizar*** *de una manera integrada,* ***la salud de la población por medio de acciones*** *de salubridad dirigidas tanto de manera* ***individual como colectiva****, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país. Dichas acciones se realizarán* ***bajo la rectoría del Estado y*** *deberán promover* ***la participación responsable de todos los sectores de la comunidad***"[1]

Así mismo, para precisar y describir la gestión de la Salud Pública, se parte de reconocer por ***gestión*** a *"las acciones, operaciones y actividades específicas realizadas por una persona o un grupo humano, con el objeto de lograr unos resultados de la manera más eficiente y eficaz"*[2], en este caso, las acciones requeridas para que las políticas garanticen de manera integrada la salud de la

[1] República de Colombia. Ley 1122 de 2007, Artículo 32.

[2] Escuela de Administración de Negocios (EAN). Fundamentos de Gestión Pública. Julio de 2005. P.34

población, bajo la rectoría del Estado y con la participación de todos los sectores involucrados.

En este contexto, al Estado y a las Autoridades Sanitarias les corresponde liderar la Gestión la Salud Pública, entendida como "*el* ***proceso*** *dinámico, integral, sistemático y participativo que bajo el liderazgo y conducción de la autoridad sanitaria, está* ***orientado a que las políticas****, planes, programas y proyectos de salud pública* ***se realicen de manera efectiva, coordinada y organizada****, entre los diferentes actores del SGSSS y del Sistema General de Riesgos Laborales –SGRL, junto con otros sectores del Gobierno, de las organizaciones sociales y privadas y la comunidad,* ***con el propósito de alcanzar los resultados en salud***"; en cuya ejecución deben participar todos los actores involucrados a fin de generar *Gobernanza* en Salud.

Para lograr lo anterior, la Gestión de la Salud Pública, se compone de varios procesos interrelacionados y necesarios para alcanzar su finalidad; es así como, se plantea que las políticas logran su propósito de garantía del derecho a la salud de la población, con el concurso de los diferentes sectores (articulación intersectorial); la sociedad civil (participación social); el desarrollo de capacidades individuales y organizacionales; una planeación, monitoreo y evaluación adecuada (planeación integral en salud); entre otros aspectos que definen los *Procesos de la Gestión de la Salud Pública,* adoptados y descritos en los artículos 5 y 6 de la Resolución 518 de 2015.

El PIC, por su parte, es un plan de beneficios en salud que incluye acciones de Promoción de la Salud y de Gestión del Riesgo, es complementario al Plan Obligatorio de Salud-POS; su dirección recae sobre el Estado, es obligatorio, universal y gratuito; así mismo, su planeación y ejecución se realiza como parte integral del Plan Territorial de Salud.

Bajo estas premisas, la Resolución 518 de 2015 delimita las acciones a cargo de las entidades territoriales en el marco de la Gestión de la Salud Pública y el Plan de Intervenciones Colectivas, a fin de fortalecer y canalizar los esfuerzos de las entidades territoriales para que adquieran mayor capacidad de liderazgo, gobernanza y gestión de la salud en sus territorios y para que complementen con mayor efectividad las acciones de promoción de la salud y gestión del riesgo incluidas en otros planes de beneficios diferentes al PIC y se logre una eficiencia en el uso de los recursos públicos.

A continuación, el lector encontrará las respuestas a las inquietudes más frecuentes con respecto a la Gestión de la Salud Pública y al Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC en el marco de la Resolución 518 de 2015.

Contenido

PREGUNTAS GENERALES CON RESPECTO A LA RESOLUCIÓN 518 DE 2015 6

1. ¿Si las acciones de salud pública de la vigencia 2015 se contrataron antes de la expedición de la Resolución 518 de 2015, se debe hacer un acto administrativo modificatorio o cuál es el paso que se debe seguir? 6

2. ¿Cuáles son los recursos económicos de los que disponen los municipios para desarrollar los procesos de Gestión de la Salud Pública y PIC? ¿Qué sucede si los recursos no alcanzan? 6

3. ¿Si las DTS ya comprometieron todos los recursos del Sistema General de Participaciones de Salud Pública (SGP-SP) de la vigencia 2015, con la contratación del PIC, con qué recursos se pueden financiar los procesos de Gestión de la Salud Pública durante este año? 9

4. ¿Con qué recursos se puede contratar el talento humano para temas relacionados con Gestión de la Salud Pública y PIC? 9

GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA 10

5. ¿Se pueden contratar los procesos de Gestión de la Salud Pública? 10

6. ¿Según las disposiciones de la Resolución 518 de 2015 es necesario que las entidades territoriales hagan un proceso de reestructuración o reorganización de la planta de personal? 11

SOBRE LA CONTRATACIÓN DEL PIC 12

SOBRE LA SELECCIÓN DEL EJECUTOR DEL PIC 12

7. ¿La contratación del PIC debe realizarse mediante contrato o convenio interadministrativo? 12

8. ¿La DTS puede contratar la ejecución del PIC con más de una Institución? o ¿La contratación en varios bloques constituye fraccionamiento de contratos? . 13

9. ¿Pueden las Direcciones Territoriales de Salud (DTS) contratar las acciones PIC con IPS indígenas que se encuentran en los territorios? 15

10. ¿Se requiere autorización por parte del Ministerio de Salud o la Secretaria Departamental de Salud para que las Secretarias Municipales puedan contratar la ejecución del PIC con IPS privadas, Universidades y otras Instituciones? 16

SOBRE ASPECTOS TÉCNICOS DEL CONTRATO DEL PIC 17

11. ¿Cuáles son los criterios para determinar la capacidad técnica y operativa de las Instituciones ejecutoras? 17

12. ¿Quién determina la capacidad técnica y operativa de una Empresa Social del Estado? 17

13. ¿A qué se refiere el término "evaluación satisfactoria en la ejecución técnica y financiera"? 17

14. ¿Cuáles son los perfiles del coordinador o coordinadora PIC y demás talento humano de las instituciones ejecutoras del PIC? 18

SOBRE ASPECTOS ECONÓMICOS DEL CONTRATO DEL PIC 19

15. ¿Pueden las Instituciones contratadas para la ejecución del PIC, destinar un porcentaje del valor del contrato para sufragar gastos administrativos como: gastos bancarios, pago de servicios públicos, uso de equipos? 19

16. ¿El Coordinador que debe contratar la institución para la ejecución de las acciones PIC se podría financiar con recursos del mismo contrato o convenio que se suscribirá? 21

SOBRE LA CUENTA EXCLUSIVA PARA EL CONTRATO DEL PIC 23

17. ¿Las Empresas Sociales del Estado y demás instituciones contratadas para la ejecución del PIC, deben abrir una cuenta bancaria exclusiva para manejar los recursos del PIC? 23

18. ¿Se puede utilizar una misma cuenta para varios contratos PIC o incluir en un contrato PIC acciones o servicios adicionales? 24

19. ¿A quién pertenecen los rendimientos financieros de la cuenta exclusiva para ejecución del PIC? 25

20. ¿Cuándo se pueden retirar recursos de la cuenta exclusiva para ejecución del PIC? 26

21. ¿Qué pasa si al terminar la ejecución del contrato quedan recursos en la cuenta? 27

22. ¿Los recursos que son transferidos a la cuenta de la entidad contratada para ejecutar el PIC son embargables? 28

SOBRE EL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES,PAI, Y LAS ACCIONES DE SALUD AMBIENTAL 29

23. ¿Las Entidades Territoriales con recursos del PIC, pueden contratar Talento Humano con recursos del PIC para aplicar biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones? 29

24. ¿Cuáles son las intervenciones colectivas que pueden adelantar las DTS en relación con la implementación del PAI? 30

25. ¿Qué acciones debe adelantar la DTS con respecto a la Gerencia y gestión del PAI? 31

26. ¿En el PIC se puede realizar control químico de roedores? 32

27. ¿En del PIC se puede realizar esterilización canina y felina? 33

PREGUNTAS GENERALES CON RESPECTO A LA RESOLUCIÓN 518 DE 2015

1. **¿Si las acciones de salud pública de la vigencia 2015 se contrataron antes de la expedición de la Resolución 518 de 2015, se debe hacer un acto administrativo modificatorio o cuál es el paso que se debe seguir?**

De acuerdo con el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (adoptado mediante Ley 1437 de 2011), "*Los actos administrativos quedarán en firme: 1. Cuando contra ellos no proceda ningún recurso, desde el día siguiente al de su notificación, comunicación o publicación según el caso*" (art. 87).

En la misma línea, la referida Resolución No. 518 del 24 de febrero de 2015 señala en su art. 23 que "*La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación, deroga el artículo 15 y el Título IV de la Resolución 425 de 2008 y el artículo 13 de la Resolución 3042 de 2007*". Este acto fue publicado el 25 de febrero de 2015 (Diario Oficial No. 49.436). Así, las Direcciones Territoriales que antes del 25 de febrero hayan expedido y/o contratado el PIC para 2015, no estarían obligadas a su ajuste (sin perjuicio de que puedan hacerlo si así lo deciden); las demás deben dar cumplimiento a las directrices señaladas en esta normatividad.

2. **¿Cuáles son los recursos económicos de los que disponen los municipios para desarrollar los procesos de Gestión de la Salud Pública y PIC? ¿Qué sucede si los recursos no alcanzan?**

El artículo 44 de la Ley 715 de 2001, adicionado por el artículo 5 de la Ley 1438 de 2011, establece en cabeza de los Municipios una serie de competencias en materia de salud pública, entre las cuales además de la ejecución del Plan de Intervenciones Colectivas, se encuentran otras competencias, como la adaptación, el monitoreo y la evaluación de políticas, planes y proyectos de salud pública a través de la planeación integral en salud pública con participación social; la vigilancia en salud pública; el análisis de situación de salud; la coordinación intersectorial; la gestión del conocimiento; y la asistencia técnica para el desarrollo de capacidades.

El Alcalde es responsable del cumplimiento de las competencias asignadas para lo cual debe realizar las gestiones que establece la ley para asegurar el presupuesto que garantice la ejecución de las acciones de salud pública que se requieran en el municipio, de acuerdo con las directrices de la Nación y del Departamento y las necesidades específicas de su territorio

Para el desarrollo de estas competencias se asignan los recursos del componente de Salud Pública del Sistema General de Participaciones, los cuales serán complementados con los demás recursos que de acuerdo con la Ley se dispongan para el efecto en la subcuenta de salud pública colectiva, en la cual, según lo expuesto anteriormente, confluyen o hacen unidad de caja los recursos del Sistema General de Participaciones, de regalías, los recursos propios y los de transferencias nacionales, entre otros.

De acuerdo con la Ley 1122 de 2007, art. 13, Literal b)[3], todos los recursos para la salud pública deben manejarse a través de la subcuenta de salud pública colectiva, que hará parte del respectivo Fondo Local de Salud[4]. Con respecto a dicha subcuenta, el art. 9 de la Resolución 3042 de 2007, establece los recursos específicos que deben ingresar a la misma, así:

> *"(…) Ingresos de la Subcuenta de Salud Pública Colectiva. Serán ingresos de la subcuenta de Salud Pública Colectiva, los destinados a financiar las*

[3] La Ley 1122 de 2007, art. 13, Literal b, señala: "*b) Todos los recursos de salud, se manejarán en las entidades territoriales mediante los fondos locales, distritales y departamentales de salud en un capítulo especial, conservando un manejo contable y presupuestal independiente y exclusivo, que permita identificar con precisión el origen y destinación de los recursos de cada fuente. El manejo de los recursos se hará en tres cuentas maestras, con unidad de caja al interior de cada una de ellas. Estas cuentas corresponderán al recaudo y al gasto en salud pública colectiva, régimen subsidiado de salud y prestación de servicios de salud en lo no cubierto por subsidios a la demanda, con las excepciones de algunos rubros que en salud pública colectiva o en prestación de servicios de salud en lo no cubierto por subsidios a la demanda, señale el Ministerio de la Protección Social. Las cuentas maestras deberán abrirse con entidades financieras que garanticen el pago de intereses a tasas comerciales aceptables, el incumplimiento de lo anterior acarreará las sanciones previstas en el artículo 2° de la presente ley. El Ministerio de la Protección Social reglamentará la materia, dentro de los tres meses siguientes a la vigencia de la presente ley*".

[4] Reglamentados mediante la Resolución 3042 de 2007, la cual establece que toda Dirección Territorial de Salud debe contar con un Fondo de Salud, que incluye la ***Subcuenta de Salud Pública Colectiva***, que se manejará a través de una cuenta maestra, la cual debe reflejar todos los recursos destinados para gestionar acciones en salud pública colectiva, incluidos aquellos que se deban ejecutar sin situación de fondos, sin excepción alguna (salvo las que específicamente disponga el Ministerio de Salud y Protección Social).

acciones de salud pública colectiva con recursos procedentes de las siguientes fuentes:
1. Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a la financiación de las acciones de salud pública a cargo de la entidad territorial.
2. Las demás partidas diferentes al Sistema General de Participaciones que sean transferidas por la Nación para la financiación de las acciones de salud pública colectiva, tales como, los programas de control de vectores, lepra y tuberculosis.
3. Los recursos que se asignen a la entidad territorial para salud pública colectiva provenientes del Fondo de Solidaridad y Garantía.
4. Los recursos que se generen por la venta de los servicios de los laboratorios de salud pública, de conformidad con lo establecido en la reglamentación correspondiente.
5. Los recursos propios de las entidades territoriales que se destinen a la financiación o cofinanciación de las acciones de salud pública colectiva y para la prestación de los servicios de los Laboratorios de Salud Pública.
6. Los recursos de regalías destinados a salud pública.
7. Los rendimientos financieros, los recursos del balance y demás ingresos que se generen a favor de la subcuenta.
8. Los recursos y aportes que a cualquier título se asignen o reciba directamente la entidad territorial para la financiación o cofinanciación de acciones de salud pública colectiva (…)"

Si los recursos del SGP no alcanzan a cubrir las necesidades del municipio en materia de salud pública, el Alcalde y los Concejos Municipales tienen la responsabilidad de prever en su presupuesto, los recursos adicionales para complementar el costo que se requiera para el cumplimiento cabal de sus competencias en materia de gasto público social.

De acuerdo con lo anterior, la Resolución 518 de 2015 clasifica las acciones de salud pública en dos grandes componentes: a) la Gestión de la Salud Pública y b) el Plan de Intervenciones Colectivas: ambos financiados con recursos provenientes de la Subcuenta de Salud Pública Colectiva (artículo 20).

Toda acción incorporada en el PIC se costeará con los recursos de la subcuenta de salud pública colectiva, en tanto que de la Gestión de la Salud Pública, se costearán con dichos recursos todos los procesos definidos en el art. 5 de la Resolución 518 de 2015, excepto los previstos en el art. 20.2 ibídem, esto es "*los procesos de gestión de la prestación de servicios individuales, gestión del aseguramiento, gestión del talento humano, y el proceso de gestión administrativa y*

financiera". Lo anterior en el marco de lo dispuesto en el parágrafo 1 del artículo 20 ibídem.

(Ver Art. 2 Capitulo II, Resolución 3042 de 2007 y Art. 20 de la Resolución 518 de 2015).

3. ¿Si las DTS ya comprometieron todos los recursos del Sistema General de Participaciones de Salud Pública (SGP-SP) de la vigencia 2015, con la contratación del PIC, con qué recursos se pueden financiar los procesos de Gestión de la Salud Pública durante este año?

Ver respuesta a pregunta No. 2.

Las Direcciones Territoriales de Salud tienen obligaciones relacionadas con la Gestión de la Salud Pública dadas por la Ley 9 de 1994, la Ley 715 de 2001 y la Ley 1122 de 2007, disposiciones anteriores a la Resolución 518 de 2015, por lo cual debió preverse su cumplimiento al momento de aprobar el presupuesto.

Los recursos de la subcuenta de Salud Pública colectiva que se asignan para los procesos de gestión a través de la Resolución 518 de 2015, mantienen unos rangos que incluyen la proporción de recursos que ya estaban definidos en la Resolución 425 de 2008. De acuerdo a lo expuesto, no existe razón para afirmar que no se apropiaron recursos para la ejecución de las acciones de Gestión de Salud Pública.

4. ¿Con qué recursos se puede contratar el talento humano para temas relacionados con Gestión de la Salud Pública y PIC?

Para precisar la fuente de financiación del talento humano en materia de salud pública se debe precisar el tipo de acciones a las cuales se dedicará el personal:

I. <u>Con recursos del componente de Salud Pública del Sistema General de Participaciones - SGP, se podrá financiar:</u>

a) Talento humano contratado para el desarrollo o ejecución de actividades para la Gestión de la Salud Pública y la ejecución del PIC.
b) Talento humano vinculado a un proyecto de inversión relacionado con las actividades del PIC (o acciones operativas de salud pública colectiva).

II. Con Recursos de la Subcuenta de Salud Pública Colectiva, diferentes a los del componente de salud pública del SGP, se podrá financiar:

a) Talento humano que desarrolla actividades de carácter operativo en el área de salud pública, independiente de su modalidad de vinculación.

III. Con Recursos de la Subcuenta de Salud Pública Colectiva, *no* se podrá financiar:

a) Talento humano para el desarrollo o ejecución de actividades no relacionadas directa y exclusivamente con las competencias de salud pública y ejecución del PIC. (art. 20 parágrafo 2)
b) Talento humano que desarrolla funciones de carácter administrativo de coordinación o dirección en el área de salud pública.
c) Talento humano que desarrolla las actividades previstas en el POS (art. 21)
d) Talento humano que ejecuta intervenciones que son competencia de otros actores del sector u otros sectores. (art. 21)

GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA

5. ¿Se pueden contratar los procesos de Gestión de la Salud Pública?

El art. 46 de la Ley 715 de 2001 prevé que los municipios y distritos tienen a su cargo la prestación de las acciones del PIC, previendo además que éstas se contratarán prioritariamente con las ESE vinculadas a la entidad territorial, de acuerdo con su capacidad técnica y operativa. Así, la Resolución 518 de 2015 contiene reglas sobre la contratación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC.

De conformidad con el artículo 44 de la Ley 715 de 2001, modificado por el art. 5 de la Ley 1438 de 2011, los municipios (y distritos según el art. 45 ibídem) deben implementar al interior de sus territorios, los procesos de Gestión de la Salud Pública. Estos procesos son regulados en el artículo 5 de la Resolución 518 de 2015.

A diferencia de lo que contempla el art. 46 la Ley 715 de 2001 con respecto del PIC, la Ley no hace mención a condiciones para contrataciones relacionadas con la Gestión de la Salud Pública - GSP. Como no lo contempla la ley, la referida Resolución tampoco reglamenta este tipo de contrataciones.

Por regla general ninguna entidad puede delegar sus funciones, salvo circunstancias específicamente reguladas en la Ley. Así, las Direcciones Territoriales de Salud no pueden delegar la Gestión de la Salud Púbica[5].

No obstante, las DTS como toda entidad pública, pueden contratar apoyo para el cumplimiento de las competencias que le han sido asignadas. Esta contratación de apoyo se regula por las normas generales que sobre contratación pública rigen al país. Así, pueden contratar servicios, insumos o personal que se requieran para facilitar el cumplimiento de las acciones de Gestión de la Salud Pública previstas en el art. 5 de la Resolución 518 de 2015.

Respecto del mecanismo de selección, deberá aplicarse el que corresponda de acuerdo con el objeto a contratar o su cuantía, según lo dispuesto en el art. 2 de la Ley 1150 de 2007 y demás normas aplicables en materia de contratación pública.

Entre de las opciones señaladas por la norma antes referida, se encuentra la posibilidad de contratación de la ESE, cuando los servicios a contratar tengan relación directa con su objeto[6].

6. ¿Según las disposiciones de la Resolución 518 de 2015 es necesario que las entidades territoriales hagan un proceso de reestructuración o reorganización de la planta de personal?

Si bien la Resolución 518 de 2015 no hace exigible un proceso de reestructuración o reorganización de la planta de personal, si es recomendable que las Direcciones Territoriales de Salud se fortalezcan técnicamente con personal de planta para la ejecución y liderazgo de los procesos para la gestión de la salud pública en su territorio. En cualquier caso, la decisión de una reorganización dependerá de los

[5] Ver Sentencia C-617 de 2002 de la Corte Constitucional, Magistrados Ponentes: Alfredo Beltrán Sierra y Jaime Córdoba Triviño.

[6] La Sentencia C-617 de 2002 de la Corte Constitucional define que es viable que las entidades territoriales contraten lo relacionado con el ejercicio del control, inspección y vigilancia de los servicios públicos de educación o salud, con entidades públicas, mediante convenios interadministrativos. Porque los convenios interadministrativos no violan la Constitución, ni siquiera si el objeto del convenio corresponde como en los casos que se estudian, al ejercicio del control del servicio público de la educación, o a la inspección, vigilancia y control del régimen subsidiado y salud pública.

análisis y desarrollos que cada Dirección Territorial de Salud defina y sustente como pertinentes en aras de garantizar sus competencias y funciones con eficiencia y calidad.

SOBRE LA CONTRATACIÓN DEL PIC

SOBRE LA SELECCIÓN DEL EJECUTOR DEL PIC

7. ¿La contratación del PIC debe realizarse mediante contrato o convenio interadministrativo?

El art. 46 de la Ley 715 de 2001 define que los municipios y distritos tienen a su cargo la prestación de las acciones del PIC, previendo además que estas se contratarán prioritariamente con las Empresas Sociales del Estado, ESE, vinculadas a la entidad territorial, de acuerdo con su capacidad técnica y operativa. Así, la Resolución 518 de 2015 contiene reglas sobre la contratación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC.

El mecanismo contractual que utilice la Dirección Territorial de Salud es un asunto de su competencia, con base en su autonomía, bajo el principio de responsabilidad y de acuerdo con las leyes vigentes en la materia. No obstante, se debe elaborar un documento de estudios previos de conformidad con lo establecido en el art. 2.2.1.1.2.1.1 del Decreto Único 1082 de 2015.

Parte de los aspectos que se deben revisar en los estudios previos está la conveniencia de realizar la contratación mediante la figura de contrato interadministrativo (art. 2 de la Ley 1150 de 2007) o de convenio interadministrativo (art. 95 de la Ley 489 de 1998)., los cuales tienen diferencias, pues mientras en el primero se pacta la ejecución de las acciones por parte de la ESE, en en el segundo las dos entidades se asocian con el fin de "*cooperar en el cumplimiento de funciones*" o de "*prestar conjuntamente servicios*". Las diferencias abarcan aspectos de gestión técnica y administrativa del objeto, como los componentes económicos de la relación contractual.

Según el art. 7 de la Ley 1150 de 2007 en los contratos interadministrativos no son obligatorias las garantías; si bien el art. 95 de la Ley 489 de 1998 no se pronuncia al

respecto, ello no significa que, si se estiman "necesarias", estas no se puedan pactar en aplicación de los principios de la función administrativa y de la contratación pública (especialmente economía y responsabilidad).

Para otros aspectos relacionados con este tema, véase el título *SOBRE ASPECTOS ECONÓMICOS DEL CONTRATO DEL PIC* que hace parte de este ABCE.

8. ¿La DTS puede contratar la ejecución del PIC con más de una Institución? o ¿La contratación en varios bloques constituye fraccionamiento de contratos?

Para atender la primera de las preguntas, debe precisarse que en desarrollo del art. 46 de la Ley 715 de 2001, la Resolución 518 de 2015 señala que la Dirección Territorial de Salud - DTS contratará la ejecución de las acciones del PIC (Art. 14), así:

a) Prioritariamente con las ESE ubicadas en el territorio; con las IPS indígenas ubicadas en el territorio[7] o; con las ESE de municipios vecinos, cuando en atención a su ubicación geográfica estén en mejor capacidad de garantizar el acceso de la población a dichas intervenciones. Con cada una de estas se deberá contratar la ejecución de las acciones del PIC para las cuales la institución tenga capacidad técnica y operativa.
b) Si se verifica que la ESE ubicada en el territorio no tiene capacidad técnica y operativa para la ejecución, se podrá contratar con las ESE de los municipios vecinos, siempre que estas sí acrediten la capacidad requerida. Si algunas acciones colectivas son contratadas con las entidades descritas en el ordinal anterior, las acciones restantes se podrán contratar con las ESE de los municipios vecinos que tengan la capacidad requerida.
c) En último caso, cuando se verifica que frente a las opciones antes planteadas, ninguna de tales instituciones tiene capacidad técnica y operativa para la ejecución de alguna o todas las acciones colectivas, estas se podrán contratar con otras instituciones, tales como las IPS privadas, Universidades, ONG u otras; siempre y cuando estas cumplan con los criterios de capacidad técnica y operativa definidos en la Resolución en mención y de conformidad con la normatividad vigente en materia de contratación estatal.

En cualquiera de los casos, para evaluar la capacidad técnica y operativa se tendrán en cuenta, como mínimo, los criterios definidos en el artículo 15 de la misma Resolución.

[7] Ver respuesta a pregunta siguiente

Respecto del segundo de los interrogantes, es importante señalar que las normas que regulan la contratación pública no contemplan prohibición del fraccionamiento de contratos. No obstante, el artículo 2 de la Ley 1150 de 2007 establece que la escogencia de contratistas se debe realizar a través de las modalidades de selección de licitación pública, selección abreviada, concurso de méritos o contratación directa, según condiciones previstas para cada una de ellas.

El fraccionamiento de contratos se ha establecido en la actualidad, como resultado de los análisis de doctrina y de la jurisprudencia. Así, se ha entendido como tal, la división de un objeto contractual para disminución de su cuantía, con el objeto de favorecer a un contratista que de lo contrario no cumpliría con la capacidad para ejecutar o para cambiar la modalidad de selección a una menos exigente, como por ejemplo, eludir la licitación pública para realizar varias selecciones abreviadas o eludir la selección abreviada o concurso de méritos para realizar varias selecciones de mínima cuantía (o para realizar uno de estos y posteriormente generar una adición)[8].

La contratación directa del PIC con las ESE (por convenio o contrato interadministrativo), surge por el mandato legal y reglamentario (Ley 715 de 2001 y Resolución 518 de 2015) y no por voluntad de las partes. Estas normas prevén que la contratación se debe realizar por intervenciones según la capacidad de las ESE con

[8] El Consejo de Estado, en ejercicio de sus competencias en lo contencioso, señaló que el fraccionamiento se presenta cuando "*se celebran directamente varios contratos, cada uno de menor cuantía y todos con el mismo objeto, si sumadas sus cuantías resulta ser que se contrató un objeto único, por cuantía superior, que por lo mismo debió ser materia de licitación o concurso. Y eso es fraccionar lo que, en realidad, constituye un solo contrato, y eludir el cumplimiento de la ley (…) Pero, ¿cuándo se trata de un mismo objeto? (…) La ley no lo dice, pero un objeto es el mismo cuando es naturalmente uno. Dicho en otros términos, se fracciona un contrato cuando se quebranta y se divide la unidad natural de su objeto*". (Consejo de Estado - Sala Plena de lo Contencioso Administrativo, C.P. Darío Quiñónez Pinilla, Sentencia del 3 de octubre de 2000, Rad. AC-10529 y AC-10968).

La Corte Suprema de Justicia, desde la perspectiva de revisión en lo penal, sobre el fraccionamiento de contratos señaló que tiene lugar "*en los eventos en los cuales la administración para eludir el procedimiento de licitación pública, divide disimuladamente el objeto del contrato con el ánimo de favorecer a los contratistas. En su demostración, deben confluir las circunstancias siguientes: i) Que sea posible pregonar la unidad de objeto en relación con el contrato cuya legalidad se cuestiona y, de ser así, ii) determinar cuáles fueron las circunstancias que condujeron a la administración a celebrar varios contratos, pues solo de esta manera se puede inferir si el actuar se cimentó en criterios razonables de interés público, o si por contraste, los motivos fueron simulados y orientados a soslayar las normas de la contratación pública*" (Corte Suprema de Justicia - Sala de casación penal, Sentencia No. 30933 del 26 de mayo de 2010).

influencia en el municipio contratante o en municipios vecinos o las IPS indígenas; capacidad que debe evaluarse objetivamente.

Lo que no se contrate con estas, se puede contratar con otras instituciones, aplicando los mecanismos de selección previstos en las normas de contratación pública vigentes, sin que estos procesos constituyan fraccionamiento de contratos.

Ahora, si la capacidad de las ESE no se mide objetivamente, sino que con criterios no justificados o subjetivos se deja de contratar con ellas algún tipo de intervenciones (o las no contratadas con ellas se dividen en varios contratos de manera injustificada), para favorecer intereses particulares, ello sí podría caber en el concepto de fraccionamiento de contratos, además de que se estarían vulnerando varios de los principios que rigen la contratación pública.

9. ¿Pueden las Direcciones Territoriales de Salud (DTS) contratar las acciones PIC con IPS indígenas que se encuentran en los territorios?

Las DTS sí pueden contratar las acciones PIC con IPS indígenas. Según lo establecido en la Resolución 518 de 2015, la DTS contratará prioritariamente con las ESE ubicadas en el territorio, incluidas las IPS indígenas[9], las acciones del PIC para cuya ejecución tenga capacidad técnica y operativa según los criterios definidos en el artículo 15 de la Resolución 518 de 2015.

De conformidad con lo anterior, cuando en el territorio hay IPS indígenas, las intervenciones colectivas dirigidas a su población o territorios, se deben contratar prioritariamente con tales instituciones, siempre que cuenten con la capacidad requerida.

En la situación de que en la entidad territorial no haya IPS indígenas o las presentes no cuenten con la capacidad requerida, la DTS podrá contratar dichas acciones prioritariamente con las Empresas Sociales del Estado según lo definido en el artículo 14 de la Resolución 518 de 2015 y la respuesta a la anterior pregunta, o con otras

[9] El Decreto 4972 de 2007 señala que "*Artículo 1°. Instituciones prestadoras de servicios de salud indígenas, IPS Indígenas. De conformidad con lo dispuesto por el artículo 25 de la Ley 691 de 2001 y para los efectos señalados en el literal f) del artículo 14 y los artículos 16 y 20 de la Ley 1122 de 2007, sobre la contratación de servicios de salud, las entidades territoriales y las entidades promotoras de salud del régimen subsidiado les darán a las instituciones prestadoras de servicios de salud indígenas (IPSI) tratamiento de empresas sociales del Estado*." (subrayado no original)

entidades en el caso que las ESE no cuenten con la capacidad técnica y operativa.

En todo caso las instituciones que ejecuten intervenciones colectivas dirigidas a grupos étnicos, deberán tener en cuenta los planes de vida de los pueblos indígenas, los planes de pueblos afrocolombianos y de los ROM y las orientaciones técnicas del Ministerio de Salud y Protección Social contenidas en los *módulos para la adecuación sociocultural de programas y estrategias de salud pública*. *(Puede descargarla haciendo clic encima del texto subrayado)*

Ver Resolución 518 de 2015, artículo 14 y artículo 15

10. ¿Se requiere autorización por parte del Ministerio de Salud o la Secretaria Departamental de Salud para que las Secretarias Municipales puedan contratar la ejecución del PIC con IPS privadas, Universidades y otras Instituciones?

Las DTS Municipales no requieren autorización por parte del Ministerio de Salud, la Dirección Territorial de Salud departamental u otra entidad, para contratar la ejecución de acciones PIC con otras entidades diferentes a las Empresas Sociales del Estado – ESE o las IPS indígenas (en los casos que aplica).

En esta situación, el estudio previo que se elabore para la contratación debe contener la debida justificación y sustento de la Dirección Territorial de Salud, que soporte la falta de capacidad técnica y operativa de las ESE para la ejecución de las intervenciones colectivas que no se hayan contratado con ellas.

En caso de que la DTS no contrate con las ESE deberá soportar que las instituciones que hayan sido seleccionadas para la contratación tienen la capacidad técnica y operativa para hacerlo según la verificación de los criterios establecidos en el artículo 15 de la Res. 518 de 2015 y otros que pueda definir para el efecto la DTS.

En cualquier evento la contratación deberá realizarse de conformidad con la normatividad vigente en materia de contratación estatal y, que sobre el cumplimiento de los requisitos legales, las DTS deben dar cuenta a los organismos de control.

Ver Resolución 518 de 2015, art 14 y 15.

SOBRE ASPECTOS TÉCNICOS DEL CONTRATO DEL PIC

11. ¿Cuáles son los criterios para determinar la capacidad técnica y operativa de las Instituciones ejecutoras?

Los criterios para determinar la capacidad técnica y operativa de las Instituciones ejecutoras son los descritos en el artículo 15 de la Resolución 518 de 2015, los cuales se enuncian a continuación:

a) Tener experiencia mínima de 2 años en ejecución de acciones relacionadas con lo que se pretende contratar; b) Disponer antes de la contratación de un coordinador PIC; c) Demostrar evaluación satisfactoria tanto técnica como financiera y administrativa en la ejecución del último contrato (no necesariamente del año anterior) suscrito con una Dirección Territorial de Salud; d) Para la ejecución de acciones PIC, como manejo de biológicos, medicamentos, dispositivos, tamizajes o insumos médicos, la Institución debe estar certificada como IPS habilitada, para prestar servicios de salud.

Ver Resolución 518 de 2015, art. 15

12. ¿Quién determina la capacidad técnica y operativa de una Empresa Social del Estado?

La capacidad técnica y operativa de la institución que ejecute las acciones del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas - PIC, será determinada por la Dirección Territorial de Salud contratante (sea departamental, distrital o municipal).

Sobre el ejercicio de verificación y los elementos identificados, debe dejarse constancia en los estudios previos elaborados para la contratación.

13. ¿A qué se refiere el término "evaluación satisfactoria en la ejecución técnica y financiera"?

La norma no define el marco en el cual se debe entender como satisfactoria la ejecución de lo contratado. Es el mismo marco contractual definido por las partes, el

que debe prever el eventual mecanismo o forma de seguimiento, control o evaluación del cumplimiento.

Si no se pacta un mecanismo de seguimiento, control o evaluación, en todo caso, el contrato suscrito debe contener claramente los compromisos de las partes, siendo la verificación de su ejecución, lo que define si hubo o no cumplimiento satisfactorio.

Así, la evaluación satisfactoria se define en términos del cumplimiento de los compromisos, criterios, características, especificaciones y calidad mínima en los aspectos técnicos, financieros o administrativos. Entre estos se debe evaluar el cumplimiento de los objetivos, impacto, coberturas, resultados, acciones, etc., así como el cumplimiento de los plazos de entrega de productos, oportunidad en la entrega de informes, claridad de los reportes de ejecución financiera, etc. Si la entidad territorial municipal lo considera pertinente, esta acción se puede desarrollar con el apoyo del departamento.

14. ¿Cuáles son los perfiles del coordinador o coordinadora PIC y demás talento humano de las instituciones ejecutoras del PIC?

Es necesario precisar que no se debe confundir el coordinador del PIC de la respectiva Dirección Territorial de Salud - DTS, con el coordinador que debe disponer la Institución contratada para ejecutarlo.

El perfil del coordinador(a) de la Institución contratada para la ejecución de las acciones colectivas, será establecido por la DTS. *(Ver Resolución 518 de 2015, numerales 15.2)*.

El perfil de los profesionales, técnicos, tecnólogos o auxiliares requeridos para la ejecución de las acciones que hacen parte del PIC, así como todos los aspectos técnicos de las acciones a ejecutar, es competencia de la DTS y debe quedar claramente definidos en los estudios previos elaborados para la contratación y demás anexos técnicos preparados para la contratación *(Ver Resolución 518 de 2015, art. 18)*. Lo anterior, sin perjuicio de que tales condiciones puedan ser ajustadas de conformidad con las recomendaciones de los eventuales ejecutores, cuya

opinión bien puede consultarse dentro del estudio de sector que prevén las normas contractuales.

Para el caso de las acciones financiadas con recursos de transferencias, el Ministerio de Salud y Protección Social será el encargado de definir quién el perfil del talento humano requerido para su ejecución.

(Ver Resolución 518 de 2015, art 18, numeral 18.1)

SOBRE ASPECTOS ECONÓMICOS DEL CONTRATO DEL PIC

15. ¿Pueden las Instituciones contratadas para la ejecución del PIC, destinar un porcentaje del valor del contrato para sufragar gastos administrativos como: gastos bancarios, pago de servicios públicos, uso de equipos?

Las acciones del PIC deben ser contratadas bajo las reglas vigentes en materia de contratación estatal. Por tanto debe elaborarse un documento de estudios previos (art. 2.2.1.1.2.1.1 del Decreto Único 1082 de 2015), el cual debe integrar el valor (justificado) que se estima que pueden tener las acciones del PIC que se vayan a realizar.

En el referido estudio de mercado, la Dirección Territorial de Salud – DTS debe prever los costos de todos los elementos que se requieran para la cabal ejecución de las acciones y logro de las metas previstas. Para esto, deben preverse como mínimo los siguientes componentes:

a) Los costos directos para el desarrollo y prestación del bien o servicio, tales como: talento humano (según perfiles, cargas, dedicación, tiempos de

ejecución, etc.), insumos, medicamentos, logística, herramientas tecnológicas, etc.

b) Los costos indirectos de la gestión u operación, tales como papelería, carnetización, impresos, llamadas, servicios públicos, gestión administrativa y presupuestal (elaboración de contratos, gestión del presupuesto), seguros, costos bancarios, impuestos, etc.[10]
c) Los Imprevistos y la eventual utilidad.

Dicha estimación de costos será realizada y justificada por la DTS, con la cual proyectará el presupuesto requerido para la contratación. No obstante lo anterior, las partes pueden negociar tales componentes, así como el modelo económico a utilizar para la ejecución. Por ejemplo:

I. Pueden acordar un costo global por la entrega de productos o realización de acciones o cumplimiento de metas, coberturas o resultados (o la unidad que se estime pertinente), el cual incluiría los componentes antes descritos. Así, el valor a pagar seria el valor pactado por unidad de servicio o producto, independientemente de que la operación finalmente cueste más o menos (dentro del rango de los riesgos previstos).

II. De otra parte, bajo el costeo realizado, puede pactarse una ejecución bajo costos realmente pagados por la institución ejecutora, a quien se asignaría un porcentaje previamente establecido, para soportar los costos de la gestión u operación y eventual utilidad. Este porcentaje debe estar justificado en los valores reales que integran la estimación de costos previamente realizada, la estimación y asignación de riesgos y en los acuerdos de las partes sobre incrementos o disminuciones de precios. En este caso, el ejecutor debe informar la ejecución financiera, sustentando cada costo y generando la devolución de recursos no ejecutados.

En cualquiera de los casos, el precio o tarifa pactado con la Empresa Social del Estado al menos debe lograr el punto de equilibro[11] a fin de garantizar la sostenibilidad financiera de las mismas.

---

[10] Al respecto, tener en cuenta lo dispuesto en el artículo 189 de la Ley 100 de 1993: *"(…)* Mantenimiento hospitalario**.** Los hospitales públicos y los privados en los cuales el valor de los contratos suscritos con la Nación o las entidades territoriales representen más del treinta por ciento (30%) de sus ingresos totales deberán destinar como mínimo el 5% del total de su presupuesto a las actividades de mantenimiento de la infraestructura y la dotación hospitalaria. *(…)"*

[11] Significa que los ingresos totales son iguales a los costos totales.

Finalmente, se precisa que las partes son autónomas para prever una utilidad o establecer que la ejecución se realizará sin ánimo de lucro, pues la ESE es autónoma no solo para aceptar una ejecución sin utilidad, sino incluso, para ejecutar aportando contrapartida según sus capacidades (por ejemplo los costos de la coordinación, servicios públicos, gestión administrativa y presupuestal, etc.).

16. ¿El Coordinador que debe contratar la institución para la ejecución de las acciones PIC se podría financiar con recursos del mismo contrato o convenio que se suscribirá?

En el estudio de mercado la Dirección Territorial de Salud – DTS debe prever los costos de todos los elementos que se requieran para la cabal ejecución de las acciones y el logro de las metas previstas.

La ejecución de todo proyecto requiere un liderazgo para que impulse y garantice el adecuado proceso de planeación, ejecución, seguimiento y evaluación; acciones que en materia de ejecución de PIC, debe desarrollar un coordinador. En consecuencia, el costo previsto para la ejecución de las acciones del PIC debe incorporar el valor que se requiera para garantizar la coordinación del proceso requerido.

De conformidad con la Resolución 518 de 2015, la institución que ejecutará el PIC debe cumplir con ciertos criterios, entre los cuales se encuentra "*Disponer de un coordinador para la ejecución de las acciones del PIC… que cuenta con el perfil establecido por la Dirección Territorial de Salud*" (art. 15).

Entre de las responsabilidades de las instituciones que deban ejecutar el PIC, se prevé la de "*garantizar la disponibilidad o vinculación de la totalidad del talento humano exigido por la Dirección Territorial de Salud por el tiempo acordado… para la ejecución de las intervenciones contratadas*" (art. 11.4.2). Lo anterior, implica que el eventual ejecutor debe certificar que tiene disponible el profesional que ejercerá la coordinación de dichas acciones o que puede proceder a la vinculación correspondiente. La norma no prevé condiciones respecto de la forma de vinculación, esto es, no exige que tenga que ser personal de planta o contratista; luego el ejecutor puede acudir a la figura que estime más adecuada.

El ejecutor debe destinar la persona con el perfil exigido para la realización de las acciones previstas dentro de la contratación; independientemente de si el coordinador está vinculado en planta o mediante contrato de prestación de

servicios o si su aporte se establece a cargo de la DTS o a cargo de la ESE (como un eventual aporte o contrapartida), el costo del perfil se amortiza en la ejecución financiera.

(Ver numeral 15.2 Art. 15, Resolución 518 de 2015).

SOBRE LA CUENTA EXCLUSIVA PARA EL CONTRATO DEL PIC

17. ¿Las Empresas Sociales del Estado y demás instituciones contratadas para la ejecución del PIC, deben abrir una cuenta bancaria exclusiva para manejar los recursos del PIC?

Conforme a lo establecido en el artículo 11.4.9 de la Resolución 518 de 2015 las instituciones contratadas para la ejecución del PIC, deben: "*(…) Manejar los recursos destinados para el PIC en una cuenta bancaria exclusiva hasta la firma de la liquidación del convenio o contrato, los recursos allí depositados sólo podrán ser utilizados para el pago de los bienes o servicios que se requieran para la ejecución de las intervenciones contratadas (…)*"

De acuerdo con la citada norma, la cuenta bancaria debe cumplir con los siguientes requisitos: a) los recursos para el PIC deben manejarse a través de la referida cuenta; b) la cuenta debe ser exclusiva para el manejo de recursos destinados a la ejecución del objeto contratado y; c) la exclusividad debe mantenerse hasta la liquidación del contrato. Se precisa que dicha obligación se estableció para prestadores públicos y privados y su manejo se realizará conforme a la naturaleza Jurídica de cada prestador.

Si la institución ejecutora ya tiene una cuenta bancaria que pueda destinar exclusivamente para el manejo de los recursos, puede utilizarla desde el momento en que recibe el desembolso hasta el momento en que se liquida la relación contractual. Si no tiene tal disponibilidad debe abrir una nueva cuenta para tal efecto.

La cuenta no será necesaria si se pacta el pago anticipado (la doctrina y jurisprudencia han determinado que estos recursos pasan a ser del contratista) o el pago contra certificación de cumplimiento en la que el supervisor verifique la entrega de productos o realización de acciones o cumplimiento de metas, objetivos, coberturas o resultados[12].

[12] El art. 3 del Decreto 4836 de 2011 (que modifica el artículo 1 del Decreto 1957 de 2007) señala: "*Los compromisos presupuestales legalmente adquiridos, se cumplen o ejecutan, tratándose de contratos o convenios, con la recepción de los bienes y servicios, y en los demás eventos, con el cumplimiento de los requisitos que hagan exigible su pago...*"

Si se pactan anticipos[13] deberá verificarse lo señalado por el art. 91 de la Ley 1474 de 2011 y art. 2.2.1.1.2.4.1 del Decreto Único 1082 de 2015, en relación con la obligación de constitución de fiducia o patrimonio autónomo irrevocable, casos en los cuales el cumplimiento de tales requisitos legales priman sobre la disposición de la Resolución No. 518 de 2015, haciendo innecesaria la cuenta para los efectos previstos en la norma.

(*Ver Resolución 518 de 2015, artículo 11, numeral 11.4.9)*

18. ¿Se puede utilizar una misma cuenta para varios contratos PIC o incluir en un contrato PIC acciones o servicios adicionales?

De acuerdo con los requisitos que debe cumplir la cuenta bancaria la cuenta debe guardar exclusividad para el objeto contratado y tal exclusividad debe mantenerse hasta la liquidación contractual. Por tal razón se entiende que no deben coexistir recursos correspondientes a distintos contratos de PIC.

Por unidad de materia, en un mismo contrato podría convenirse la ejecución de las acciones del PIC junto con otro tipo de acciones o servicios que se requieran de la ESE. Un ejemplo puede ser las acciones de protección específica y detección

[13] La Ley 1474 de 2011 señala: *"Artículo 91. Anticipos. En los contratos de obra, concesión, salud, o los que se realicen por licitación pública, el contratista deberá constituir una fiducia o un patrimonio autónomo irrevocable para el manejo de los recursos que reciba a título de anticipo, con el fin de garantizar que dichos recursos se apliquen exclusivamente a la ejecución del contrato correspondiente, salvo que el contrato sea de menor o mínima cuantía. El costo de la comisión fiduciaria será cubierto directamente por el contratista."*

El Decreto Único 1082 de 2015, al reglamentar esta norma, dispuso:

"Artículo 2.2.1.1.2.4.1. Patrimonio autónomo para el manejo de anticipos. En los casos previstos en la ley, el contratista debe suscribir un contrato de fiducia mercantil para crear un patrimonio autónomo, con una sociedad fiduciaria autorizada para ese fin por la Superintendencia Financiera de Colombia, a la cual la Entidad Estatal debe entregar el valor del anticipo.

Los recursos entregados por la Entidad Estatal a título de anticipo dejan de ser parte del patrimonio de esta para conformar el patrimonio autónomo. En consecuencia, los recursos del patrimonio autónomo y sus rendimientos son autónomos y son manejados de acuerdo con el contrato de fiducia mercantil.

En los pliegos de condiciones, la Entidad Estatal debe establecer los términos y condiciones de la administración del anticipo a través del patrimonio autónomo.

En este caso, la sociedad fiduciaria debe pagar a los proveedores, con base en las instrucciones que reciba del contratista, las cuales deben haber sido autorizadas por el Supervisor o el Interventor, siempre y cuando tales pagos correspondan a los rubros previstos en el plan de utilización o de inversión del anticipo." (Decreto 1510 de 2013, artículo 35)

temprana dirigidas a población pobre no asegurada, con cargo a los recursos del SGP para atención a población pobre no asegurada (como vacunación). En este caso, los recursos no PIC podrían manejarse sin sujeción a la cuenta. No obstante, si se decide darles manejo en la misma cuenta, no se contraría la Resolución, por cuanto tales recursos serían para la ejecución de lo pactado en la misma relación contractual, manteniéndose el manejo de los recursos PIC en la cuenta y la exclusividad para el objeto contratado.

Siempre deberán ser atendidas y acogidas las normas que regulen los recursos o contrataciones específicas. Por ejemplo, debería adoptarse las medidas necesarias para atender lo señalado por el art. 91 de la Ley 715 de 2001, la cual señala "*Los rendimientos financieros de los recursos del sistema general de participaciones que se generen una vez entregados a la entidad territorial, se invertirán en el mismo sector para el cual fueron transferidos*". Así, los rendimientos de los recursos del SGP para atención a población pobre no asegurada, deben contabilizarse y retornarse al rubro de origen.

19. ¿A quién pertenecen los rendimientos financieros de la cuenta exclusiva para ejecución del PIC?

Son las condiciones contractuales las que definen a quién corresponden los eventuales rendimientos financieros de los recursos. Puede tratarse de un convenio interadministrativo en el que los recursos de la DTS se desembolsan a título de aportes, como puede tratarse de un contrato interadministrativo, en el que los recursos se pueden pagar mediante anticipo, pago anticipado o por bienes o servicios certificados como recibidos.

En el caso del pago por servicios recibidos o el pago anticipado pactado bajo los parámetros definidos en el ordenamiento jurídico colombiano (entendido como tal la ley, la jurisprudencia y la doctrina), los recursos serían propios de la ESE, de manera que los rendimientos serian de su propiedad (en estos dos casos bien podría desembolsarse el recurso sin sujeción al uso de la cuenta. Ver respuesta a primera pregunta de este título).

En caso de anticipo, independientemente de que los recursos se manejen en la cuenta o a través de fiducia[14], los rendimientos serían de la DTS. Se aclara que por

[14] La Ley 1474 de 2011 señala: *"Artículo 91. Anticipos. En los contratos de obra, concesión, salud, o los que se realicen por licitación pública, el contratista deberá constituir una fiducia o un patrimonio autónomo irrevocable para el manejo de los recursos que reciba a título de anticipo, con el fin de garantizar que dichos recursos se*

jerarquía normativa, cuando para estos recursos aplique la fiducia ordenada por la Ley, no aplicaría la cuenta prevista en la Resolución. Ver respuesta a primera pregunta de este título.

En el evento de desembolsos realizados como aportes en el marco de un convenio interadministrativo, los recursos también pertenecerían a la DTS.

20. ¿Cuándo se pueden retirar recursos de la cuenta exclusiva para ejecución del PIC?

Respecto de la cuenta, lo primero que se debe tener en cuenta es que se cumpla con la finalidad señalada en el art. 11.4.9 de la Resolución 518 de 2015 (aspecto desarrollado en las respuestas a la preguntas anteriores) y con las condiciones requeridas para la presentación de los informes financieros previstos en el art. 11.4.8 ibídem.

Sobre los aspectos no regulados en las normas vigentes, deben establecerse reglas que definan los mecanismos de manejo de los recursos girados por la DTS a esta cuenta. Así, las reglas a aplicar son las que defina autónomamente la DTS, las cuales deben incorporarse a la relación contractual.

De acuerdo con los compromisos asumidos por el ejecutor, de la cuenta se vayan sacando los recursos para cumplir con los pagos pactados o requeridos para la

---

apliquen exclusivamente a la ejecución del contrato correspondiente, salvo que el contrato sea de menor o mínima cuantía. El costo de la comisión fiduciaria será cubierto directamente por el contratista."

El Decreto Único 1082 de 2015, al reglamentar esta norma, dispuso:

"*Artículo 2.2.1.1.2.4.1. Patrimonio autónomo para el manejo de anticipos. En los casos previstos en la ley, el contratista debe suscribir un contrato de fiducia mercantil para crear un patrimonio autónomo, con una sociedad fiduciaria autorizada para ese fin por la Superintendencia Financiera de Colombia, a la cual la Entidad Estatal debe entregar el valor del anticipo.*

Los recursos entregados por la Entidad Estatal a título de anticipo dejan de ser parte del patrimonio de esta para conformar el patrimonio autónomo. En consecuencia, los recursos del patrimonio autónomo y sus rendimientos son autónomos y son manejados de acuerdo con el contrato de fiducia mercantil.

En los pliegos de condiciones, la Entidad Estatal debe establecer los términos y condiciones de la administración del anticipo a través del patrimonio autónomo.

En este caso, la sociedad fiduciaria debe pagar a los proveedores, con base en las instrucciones que reciba del contratista, las cuales deben haber sido autorizadas por el Supervisor o el Interventor, siempre y cuando tales pagos correspondan a los rubros previstos en el plan de utilización o de inversión del anticipo." (Decreto 1510 de 2013, artículo 35)

ejecución. Para los pagos el ejecutor puede hacer transferencias de esta cuenta directamente a sus proveedores de bienes o servicios o puede pasar los recursos a las cuentas que tenga para el manejo de sus negocios, si ello le genera ventajas administrativas o económicas (como exención del 4X1.000)[15].
Podría haber acciones o productos o logros pactados, que estando costeados en el proyecto (estudio de costos, compromisos, etc.), el ejecutor puede ejecutarlos sin haber afectado la cuenta, caso en el cual, habiéndose generado la acción o recibido el producto, se causa el valor correspondiente, el cual podría retirarse de la cuenta, previo cumplimiento de los requisitos pactados. Este puede ser el caso de costos de personal vinculado a su planta o con contratos anteriores o suscritos con recursos de otra fuente; costos de operación o administración; primas por logro de objetivos; etc.

Los giros por parte del ente territorial y los prestadores, así como la correspondiente auditoria, respuesta de glosa y aprobación de la cuenta presentada, deberán cumplir con los términos de ley para minimizar efectos indeseables sobre los flujos de caja del prestador.

21. ¿Qué pasa si al terminar la ejecución del contrato quedan recursos en la cuenta?

Sobre los aspectos no regulados en la ley, debe aplicarse las condiciones contractualmente preestablecidas.

Si, por ejemplo, se pactó un valor total por todas las intervenciones requeridas, al cumplirse la ejecución total del contrato, lo lógico es que el remanente que quede en la cuenta pueda ser utilizado libremente por el ejecutor. Se entiende que en estos casos, tal valor hace parte de la utilidad normal del ejecutor, una vez se formalice la liquidación. Se entiende que tal valor hace parte de la utilidad normal del ejecutor, la cual puede ser mayor o menor, según la eficiencia en los procesos de ejecución. Obviamente, si hubo un estudio de costos juicioso, como corresponde para toda contratación, los resultados del ejercicio financiero no deben sorprender.

[15] Las transferencias entre cuentas corrientes ode ahorros, si se encuentran en la misma entidad bancaria y están a nombre de un mismo y único titular, están exentas del gravamen a los movimientos financieros. En todo caso, téngase en cuenta que el estudio de mercado que se realice para la contratación, debe prever todos los costos que se requieran para la cabal ejecución de las intervenciones requeridas. Así, los gastos financieros de la cuenta deberían estar incluidos dentro de los gastos de operación o administración del proyecto.

Si se pactó un valor por productos, actividades o resultados, al certificarse el cumplimiento de cada uno de estos, el valor previsto en la contratación puede amortizarse para que el ejecutor vaya disponiendo del recurso correspondiente.

Con base en un convenio interadministrativo, bajo la figura del art. 95 de la Ley 489 de 1998 no sería natural la previsión de una utilidad (sin perjuicio de la previsión del costo que implique la operación, según estudios de costos y acuerdos contractuales). Terminada la ejecución y descontados los costos que correspondan a la operación o administración del proyecto, los valores justificados podrían ingresar al ejecutor, en tanto que el remanente de recursos debería reembolsarse a la DTS.

22. ¿Los recursos que son transferidos a la cuenta de la entidad contratada para ejecutar el PIC son embargables?

Sobre inembargabilidad de recursos que pueden ser destinados a la salud, puede verse el artículo 19 del Estatuto Orgánico del Presupuesto (compilado en el Decreto 111 de 1996)[16] y el art. 91 de la Ley 715 de 2001[17]. Estas normas contemplan que son inembargables los recursos de: Sistema de Seguridad Social; las rentas incorporadas al Presupuesto General de la Nación; el Sistema General de Participaciones de los Departamentos, Distritos y Municipios; los recursos de regalías; los bienes y rentas tributarias o no tributarias o provenientes de la explotación de monopolios de las entidades territoriales y; los impuestos departamentales y municipales.

De conformidad con lo anterior, los recursos de la Subcuenta de Salud Pública, al provenir de estas fuentes, son inembargables. Asimismo, los recursos de la cuenta bancaria que deben abrir las ESE o instituciones contratadas para la ejecución del PIC, al provenir de las fuentes antes referidas, son inembargables.

[16] La norma señala "*Artículo 19. Inembargabilidad. Son inembargables las rentas incorporadas en el presupuesto general de la Nación, así como los bienes y derechos de los órganos que lo conforman… Se incluyen en esta prohibición las cesiones y participaciones de que trata el capítulo 4 del título XII de la Constitución Política* [aquí se encuentran los recursos del Sistema General de Participaciones de los Departamentos, Distritos y Municipios, los recursos de regalías; los bienes y rentas tributarias o no tributarias o provenientes de la explotación de monopolios de las entidades territoriales y; los impuestos departamentales y municipales.]"

[17] La norma señala que "(…) *Los recursos del Sistema General de Participaciones no harán Unidad de caja con los demás recursos del presupuesto y su administración deberá realizarse en cuentas separadas de los recursos de la entidad y por sectores. Igualmente, por su destinación social constitucional, estos recursos no pueden ser sujetos de embargo, titularización u otra clase de disposición financiera (…)*".

En caso de solicitud de embargo la respectiva entidad deberá informar dicha situación a la Procuraduría General de la Nación y a la Contraloría General de la República. Por su parte y de conformidad con la Circular Externa 032 de 2012 de la Superintendencia Financiera los representantes legales de los establecimientos de crédito y del Banco de la República deberán acatar el mandato judicial correspondiente, salvo que exista solicitud preventiva o de advertencia por parte de las autoridades de control competentes, caso en el cual se procederá a la inmovilización de los recursos para impedir su disposición por parte de los titulares, y actuará de conformidad con la instrucción que imparta el respectivo órgano de control.

SOBRE EL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES,PAI, Y LAS ACCIONES DE SALUD AMBIENTAL

23. ¿Las Entidades Territoriales con recursos del PIC, pueden contratar Talento Humano con recursos del PIC para aplicar biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones?

El Acuerdo 117 de 1998 expedido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud –CNSSS establece que las EPS y Entidades Adaptadas y transformadas, deben obligatoriamente ejecutar las actividades de demanda inducida, protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en Salud Pública.

La Resolución 5521 del año 2013, por el cual se define, aclara y actualiza el Plan Obligatorio de Salud (POS) de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, establece que es responsabilidad de las Entidades Promotoras de Salud garantizar la prestación de los beneficios incluidos en el mismo; Esto incluye, el acceso y la administración de los biológicos del PAI suministrados por el Ministerio de Salud y Protección Social, para lo cual tendrá en cuenta la norma técnica y el esquema nacional actualizado del PAI.

Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios deben garantizar la prestación de las actividades, procedimientos, e intervenciones de detección temprana y protección específica sin restricción alguna, lo cual incluye la vacunación. Para ello, deben adelantar las acciones de demanda inducida y

contratar con una IPS debidamente habilitada y cargo a la UPC, la prestación de los servicios de salud en cuestión.

Las EPS y las IPS que aquellas contraten para vacunar la población a su cargo, deberán disponer del recurso humano suficiente para la prestación de este servicio, bien sea a nivel intramural o extramural, según se requiera en función de las condiciones y particularidades de dispersión geográfica de cada territorio.

El artículo 31 de la Ley 1122 de 2007 establece que "*(…) en ningún caso se podrán prestar servicios asistenciales de salud directamente por parte de los Entes Territoriales (…)*".

La Resolución 518 de 2015, art. 21, establece que "*Bajo ninguna circunstancia serán objeto de financiación con cargo a los recursos de la Subcuenta de Salud Pública Colectiva, las tecnologías incluidas en el Plan Obligatorio de Salud- POS, el talento humano que desarrolla las actividades previstas en el POS, las intervenciones que son competencia de otros sectores o actores, la elaboración o impresión de objetos promocionales o informativos que no generen impacto en salud pública*."

Para el caso de la población pobre no asegurada, la vacunación se realizará con cargo a los recursos destinados al pago de prestación servicios a la población pobre no asegurada y su ejecución se realizará a través de la Empresa Social del Estado que haya sido contratada por la Dirección Territorial de Salud para tal fin

24. ¿Cuáles son las intervenciones colectivas que pueden adelantar las DTS en relación con la implementación del PAI?

Cada entidad territorial teniendo en cuenta sus competencias, recursos y lo establecido en el anexo técnico de la Resolución 518 de 2015, podrá financiar con cargo a los recursos de la subcuenta de Salud Pública Colectiva asignados al PIC:

a) La conformación y fortalecimiento de redes sociales y comunitarias.
b) El desarrollo de acciones de información en salud.
c) El desarrollo de acciones de educación y comunicación para la salud relacionadas con la vacunación.
d) La canalización.
e) El desarrollo de jornadas de salud, que complementen las acciones del POS y contribuyan a garantizar el acceso a la vacunación y otros servicios individuales; en este caso, corresponde a las EPS e IPS suministrar el talento

humano requerido, equipos e insumos para la atención. El aporte de la DTS en este caso, será el financiamiento de insumos, gastos logísticos, de traslado y de viaje del talento humano dispuesto por las IPS y las EPS.

La DTS puede contratar la ejecución de acciones colectivas de información y educación para la salud, canalización, caracterización social y ambiental para llevar a cabo estas jornadas.

25. ¿Qué acciones debe adelantar la DTS con respecto a la Gerencia y gestión del PAI?

A la Nación y a las entidades territoriales en su condición de garantes del derecho a la salud, les corresponde: liderar y conducir la implementación del Programa Ampliado de Inmunizaciones a fin de alcanzar los resultados en salud esperados con dicho programa.

Las DTS podrán financiar con cargo a los recursos de la subcuenta de salud pública destinados a la Gestión de la Salud Pública, los aspectos o procesos para la gestión programática del Programa Ampliado de Inmunizaciones – PAI que se enuncian a continuación:

a) Los procesos de planeación, monitoreo y evaluación del PAI, que incluye, entre otras, la programación de metas y su monitoreo y evaluación. Para esto último se debe tener en cuenta lo establecido en el artículo 17 del Acuerdo 117 de 1998 del CNSSS[18] y en el artículo 29 de la Ley 1438 de 201119
b) La Vigilancia en salud pública de las enfermedades Inmunoprevenibles
c) La realización de los monitoreos rápidos de coberturas
d) Acciones de coordinación intersectorial que propendan por la implementación del PAI.

[18] CNSSS. Acuerdo 117 de 1998, artículo 17: *"(...) Las Direcciones Seccionales de Salud realizaran la evaluación técnica trimestral del cumplimiento de lo establecido en el presente Acuerdo, deberán consolidar los hallazgos de su departamento, e informar a la Dirección General de Promoción y Prevención del Ministerio y a la Superintendencia Nacional de Salud en forma semestral de conformidad con los lineamientos establecidos para ello (...)".*

[19] Ley 1438 de 2011, Artículo 29 *"(…) los entes territoriales administrarán el Régimen Subsidiado mediante el seguimiento y control del aseguramiento de los afiliados dentro de su jurisdicción, garantizando el acceso oportuno y de calidad al Plan de Beneficios (…)".*

e) El desarrollo de capacidades mediante: asistencia técnica del departamento a sus municipios o del municipio a sus IPS, según sea la competencia; la capacitación del talento humano en salud en los aspectos relacionados con el PAI; la dotación para la red de frio, entre otras.
f) El talento humano que se requiera para garantizar la gestión del Programa Ampliado de Inmunizaciones y el monitoreo y evaluación de las intervenciones colectivas contratadas con la ESE o el prestador seleccionado de conformidad con lo establecido en los artículos 14 y 15 de la Resolución 518 de 2015.
g) La gestión de insumos de interés en salud pública de conformidad con el numeral 5.6 del artículo 5 de la citada Resolución, el cual para garantizar el logro de los objetivos del PAI, incluye:

- ✓ El componente de bodegaje con condiciones idóneas de conservación de la cadena de frio. Esto incluye la construcción de cuartos fríos, la compra de equipos de refrigeración, aires acondicionados, etc., así como el mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos, bajo principios de calidad y pertinencia. La adquisición de este tipo de equipos requiere autorización previa por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, quién para el proceso prestará acompañamiento técnico.
- ✓ El transporte y distribución, en el caso de departamentos, hacia municipios y, en el caso de estos, hacia las IPS públicas y privadas.
- ✓ El talento humano operativo encargado de este proceso en aspectos como registro de datos sobre manejo de insumos en el sistema de información del PAI (web o desconectado), gestión relacionada con manejo de inventarios, gestión de bodega, etc.

26. ¿En el PIC se puede realizar control químico de roedores?

Las acciones para el control de roedores con cargo a los recursos de la subcuenta de salud pública se realizarán únicamente en el marco de las acciones de control de foco ante la presencia de eventos de interés en salud pública (Ej. Leptospirosis). Aspecto que hace parte del proceso de Vigilancia en Salud Pública.

El control químico de roedores en edificaciones, establecimientos públicos o privados y espacio público, será responsabilidad de los propietarios y administradores de los mismos, o sobre las Alcaldías para el caso del espacio público; quienes adicionalmente, deberán realizar acciones integrales que incidan

en los determinantes y causas estructurales de esta problemática(como acciones de saneamiento básico, ordenamiento territorial,).

27. ¿En del PIC se puede realizar esterilización canina y felina?

No. La esterilización canina y felina de los animales de compañía es responsabilidad del propietario o tenedor de los mismos. Ahora bien, las administraciones departamentales, distritales y municipales en caso de considerarlo necesario, podrán con cargo a sus recursos propios, adelantar las acciones de esterilización de estas especies animales.

Se precisa que el control de población canina y felina abandonados o sueltos en vías públicas, estará a cargo de las autoridades competentes las cuales de conformidad con el Artículo 97 de la Ley 769 de 2002, tomarán las medidas necesarias para despejar las vías con presencia de estos animales, lo cual incluye la conducción de los mismos al coso o su entrega a las asociaciones sin ánimo de lucro encargados de su cuidado.