MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

Bogotá, D.C., 06 MAR. 2014

INSTRUCTIVO 009 /DISAN – AGESA -70

MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD FAMILIAR CON ENFOQUE DE RIESGO DE LA POLICÍA NACIONAL
LINEAMIENTOS PARA LA RED EXTERNA

1. INTRODUCCIÓN

En aplicación al Decreto 4747 del 7 de diciembre de 2007 "*Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones*", en el capítulo II Artículo 5. Requisitos mínimos que se deben tener en cuenta para la negociación y suscripción de los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios, literal a). Por parte de los prestadores de servicios de salud, numeral 3. Modelo de prestación de servicios definido por el prestador, literal b). Por parte de las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, numeral 2. Modelo de atención definido por la entidad responsable del pago; la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional emite el presente Instructivo que complementa lo establecido en el Instructivo N°013 del 04/06/2013 DISAN/AGESA "*Modificación al Modelo de Regulación para la Prestación de Servicios de Salud en el Subsistema de Salud de la Policía Nacional*", en su numeral 4.2.4. Punto 2. Que trata sobre el suministro por parte de las Unidades de Sanidad Policial a las IPS contratistas, del Modelo de atención en salud definido por la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional especificándole a la IPS según el objeto de contratación, cuál sería su participación y compromisos con éste.

2. MARCO LEGAL

Leyes 80 de 1993 y 1150 de 2007 que establecen el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública.

Ley 872 del 30 de diciembre de 2003, "Por el cual se crea el Sistema de gestión de la calidad en la rama ejecutiva del poder público y en otras entidades prestadoras de servicios".

Ley 1438 de 2011, "Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dicta otras disposiciones de la Salud".

Ley 1474 de 2011, "Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de datos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública".

Decreto 1795 del 14 de septiembre de 2000, "Por el cual se estructura el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional".

Decreto 1011 del 3 de abril de 2006, "Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud".

Decreto 4747 del 7 de diciembre de 2007 "Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones"

Decreto 133 de 2010 "Por el cual se adoptan medidas tendientes a garantizar el acceso, oportunidad, continuidad, calidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud y se dictan otras disposiciones"

Decreto No. 0734 del 13 de abril de 2012 "Por el cual se reglamenta el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública y se dictan otras disposiciones"

Acuerdos del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y Policía Nacional CSSMP que definen el Plan de Beneficios:

- Acuerdo 004 de 1997 (Referencia y Contrarreferencia).
. Acuerdo 033 de 1998 (ATEP).
- Acuerdo 049 de 1998 (Educación Especial).
- Acuerdo 002 de 2001 (Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial).
- Acuerdo 010 de 2001 (Extensión del plan de beneficios hacia rehabilitación).
- Acuerdo 014 de 2001 (Promoción y prevención)
- Acuerdo 017 de 2002 (Salud operacional).
- Acuerdo 025 de 2003 (Salud ocupacional).
- Acuerdo 052 de 2013 (Manual de medicamentos y terapéutica).

Resolución 9279 MINSALUD de 1993, "Por la cual se adopta el Instructivo de competentes de traslados para la red nacional de Urgencias".

Resolución 212 DISAN del 22 de junio de 2001, la cual regula en el Subsistema de Salud de la Policía Nacional el procedimiento para el pago y reconocimiento de cuentas del servicio de salud ocasionando en atención inicial de urgencias.

Resolución 1439 MINPROTECCIÓN del 1 de noviembre de 2002, "Por la cual se adoptan los formularios de inscripción y de novedades para el registro especial de prestadores de servicios de salud, los instructivos de estándares y de procedimientos, y se establecen las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera del sistema único de habilitación de prestadores de servicios de salud y los definidos como tales".

Resolución 394 DISAN de diciembre de 2002, "Por la cual se implementa el régimen de referencia, contrarreferencia y autorizaciones de servicios en el Subsistema de Salud de la Policía Nacional".

Resolución 3256 del 16 de diciembre de 2004 "Por la cual se reglamenta la actividad de los interventores, supervisores y coordinadores de los contratos y/o convenios en la Policía Nacional".

Resolución 3047 MINPROTECCIÓN del 14 de agosto de 2008 "Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007".

Resolución 416 MINPROTECCIÓN del 18 de febrero de 2009 "Por medio de la cual se realizan unas modificaciones a la Resolución 3047 de 2008 y se dictan otras disposiciones".

Resolución 3523 DISAN del 5 de noviembre de 2009, "Por la cual se define la estructura orgánica interna de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional".

Resolución 8015 DISAN del 30 de septiembre de 2010 "Por la cual se adopta la Guía Técnica de Gestión Farmacéutica para el SSPN".

Resolución 0019 DISAN del 25 de marzo de 2011 "Por el cual se modifica el Instructivo 040 DISAN AGESA del 23 de septiembre de 2010, en cuanto al sistema de numeración de talonarios y se instruye para la asignación de talonarios y el manejo de información de firmas, sellos digitalizados y almacenados en el Módulo de Dispensación de Medicamentos (MDM)"

Resolución 02590 DIPON del 24 de julio de 2012 "Por la cual se actualiza el Manual de Contratación de la Policía Nacional".

Resolución 009 DISAN del 09 de enero de 2013 " Por el cual se modifica parcialmente el anexo técnico No. 2 de la resolución 098 del 22 de marzo de 2012 "Por la cual se actualiza la Regionalización operativa y funcional, las Unidades Satélites de Sanidad Policial y los Establecimientos de sanidad Policial del subsistema de Salud de la Policía Nacional" y se autorizan el traslado de algunos ESP y el funcionamiento de unos servicios.

Resolución 04280 DIPON de 01 noviembre de 2013 "Por la cual se adopta Guía para la etapa de planeación de los Procesos de Contratación en la Policía Nacional".

Resolución 00008 DIPON del 01 Enero de 2014 "Por la cual se delega en algunos funcionarios, la competencia para contratar, comprometer y ordenar el gasto, en desarrollo de las apropiaciones incorporadas al presupuesto de la Policía Nacional y suscribir convenios y/o contratos interadministrativos.
Resolución 05016 DIPON del 20 de diciembre de 2013 " Por la cual se adopta la Guía para la modalidad de Contratación Directa en la Policía Nacional".

Resolución 05100 DIPON de 26 de diciembre de 2013 "Por la cual se adopta la Guía para la modalidad de Selección de Licitación Pública en la Policía Nacional.

Resolución 04999 DIPON del 17 de diciembre de 2013 "Por la cual se adopta la Guía para la Modalidad de Selección Abreviada en la Policía Nacional".

Resolución 04708 DIPON del 29 de noviembre de 2013 "Por la cual se adopta la Guía para la Modalidad de Selección de mínima Cuantía en la Policía Nacional".

Directiva Permanente 007 DIPON del 16 de febrero de 2009, "directriz a observar en la expedición y registro de las excusas del servicio por incapacidad médica o licencia de maternidad para el control y seguimiento del personal excusado del servicio".

Directiva Administrativa Permanente DIPON 019 del 16 de junio de 2010 "Protocolos de evacuación Aero - médica en el avión ambulancia de la Policía Nacional"

Instructivo 027 DISAN del 26 de abril de 2007, "Centralización del agendamiento y proceso de asignación de citas en la atención ambulatoria de los niveles I, II, III y IV del Subsistema de Salud de la Policía Nacional en Bogotá."

Instructivo 029 DISAN del 2 de mayo de 2007, "implementación de la guía administrativa y manejo de los conceptos de alto costo en el Subsistema de Salud de la Policía Nacional de Colombia."

Instructivo 073 DISAN de 28 septiembre 2007 "Unificación de estándares para la prestación de servicios en el SSPN."

Instructivo 070 DISAN de 11 diciembre 2008 "Planeación efectiva y alternativas de cobertura y compensación para el suministro de bienes y servicios contenidos en el plan de beneficios".

Instructivo 014 DISAN de 2009 "Actualización de las guías de manejo en el SSPN".

Instructivo 024 DISAN del 27 de marzo de 2009, "Actividad de los interventores, supervisores y coordinadores de los contratos y/o convenios en la Policía Nacional"

Instructivo 042 DISAN del 7 de mayo de 2009, "Por la cual se difunde la Guía Metodológica para la implementación del Modelo de atención en salud con enfoque de riesgo de la Policía Nacional".

Instructivo 053 y 054 DISAN del 22 y 31 de julio de 2009, "Modifican y aclaran Instructivo 070 de 2008".

Instructivo 011 DISAN del 4 de marzo de 2010 "Instrucciones para el eficiente uso de los recursos y austeridad en el gasto público".

Instructivo 039 DISAN de 2010 "Procedimiento para el traslado de pacientes del SSPN"

Instructivo 048 DISAN de 2010 "Unificación de indicadores para la evaluación de los procesos administrador y prestador del Subsistema de Salud de la Policía Nacional".

Instructivo 012 DISAN de 2011 "Actualización de parámetros para la adecuación de volumen y cargas de trabajo en la Dirección de Sanidad".

Instructivo 034 DISAN del 09 de agosto de 2011, "Implementación de las guías de manejo en el SSPN."

Instructivo 014 del 01 de junio de 2012 "Actualización de lineamientos para la implementación del modelo de atención en salud de la Dirección de Sanidad "

Instructivo No. 013 DISAN/AGESA del 4 de junio de 2013 mediante el cual se Modifica el Modelo de Regulación para la Prestación de Servicios de Salud en el Subsistema de Salud de la Policía Nacional.

3. JUSTIFICACIÒN

Los lineamientos del modelo de salud están establecidos mediante Instructivo DISAN AGESA No. 042 de 2009, actualizados mediante instructivo DISAN AGESA 014 de 2012 donde hace énfasis en APS (Atención Primaria en Salud) como 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, conforme a la organización de la red de servicios del modelo de atención en salud, a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios.

En el presente instructivo se incluye como anexo el modelo atención en salud de la Policía Nacional, para ser entregado a las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud contratistas y las mismas entregan su modelo de prestación, logrando de esta manera articular la red de prestadores de servicios de salud propios con la red contratada, de manera organizada y coordinada para la construcción de las redes de servicios integradas, garantizando de esta manera accesibilidad, atención integral integrada, continua, con calidad y eficiencia en el uso de recursos, ofreciendo una respuesta adecuada a las necesidades de la población.

4. RESPONSABILIDADES

1. El Área de Gestión de Servicios en Salud efectuará la difusión, acompañamiento y seguimiento a las regionales en la implementación del presente instructivo, aclarando que complementa el Instructivo Nº013 del 04/06/2013 DISAN/AGESA "Modificación al Modelo de Regulación para la Prestación de Servicios de Salud en el subsistema de salud de la Policía Nacional", en los numerales 4.2.2. Pliegos de condiciones y 4.2.4. Preparación para el inicio de ejecución contractual punto 2.
2. El jefe de la USP debe garantizar:

    a. Que en los Estudios de Conveniencia y Oportunidad se incluya:

- Anexo técnico No. 4 "Obligaciones del contratista" Entregar formalmente al contratante el Modelo de prestación de servicios definido por el posible prestador (IPS y/o ESE) junto con la propuesta.

- Anexo Técnico No. 5 "Obligaciones del Contratante" Entrega del Modelo de atención definido por la entidad responsable del pago SSPN, anexo del presente instructivo, como parte del estudio de conveniencia y oportunidad.

b. Que en los pliegos de condiciones se exija a los prestadores de servicios de salud el Modelo de prestación de servicios definido por el prestador" , de la misma manera se les suministre el modelo de atención definido por la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional.
c. Se informe por escrito a las IPS oferentes, si considera necesario, cuál sería su participación y compromisos específicos, para el desarrollo integral del modelo, articulado por el sistema de Referencia y Contra-referencia.
d. Verificar y efectuar el control al cumplimiento del presente instructivo.

3. Las jefaturas regionales ejercerán acompañamiento y control al cumplimiento del presente instructivo en las USP de su jurisdicción.

Coronel ***HERMAN ALEJANDRO BUSTAMANTE JIMÉNEZ***
Director Sanidad Policía Nacional.

FUNCIONARIO O ASESOR	DEPENDENCIA	NOMBRE	FIRMA	FECHA
ELABORADO POR	AGESA	DRA. AMAYA CRISTANCHO EDILMA		25-02-2014.
		DRA. PINEDA MONSALVE CRISTINA ESPERANZA		
REVISIÓN TÉCNICA PARA FIRMA POR	JEFE GRUSE	TC. ELIANNE KATHERINE GAITÁN SERRANO		260214
	JEFE AGESA	CR. NÁDER LUJÁN AGÁMEZ		
REVISIÓN PARA LA FIRMA	JEFE ASJUR	DRA CARMEN LILIA PUIG GARCÍA		
	JEFE GARCA	CR. ADRIANA CAMERO LASCANO		
	JEFE ADFIN DISAN	CR. WALTER MOJICA GÓMEZ		
	JEFE GRUCO	TE. DANIEL GUILLERMO CABALLERO SANCHEZ (E)		25-02-14
	AUDITORIA MEDICA DISAN	CR. CLAUDIA M. PINTO SOCHA		250214
	JEFE PLANEACION DISAN	TC GLORIA ESMERALDA ARIZA BECERRA	Esmeralda Ariza	250214
Vo Bo	SUDIR DISAN	CR. HUGO CASAS VELASQUEZ		
FECHA DE ELABORACION	14/02/2014			
LOS ARRIBA FIRMANTES DECLARAMOS QUE HEMOS REVISADO EL DOCUMENTO Y LO ENCONTRAMOS AJUSTADO A LAS NORMAS Y DISPOSICIONES LEGALES VIGENTES Y POR LO TANTO, BAJO NUESTRA RESPONSABILIDAD, LO PRESENTAMOS PARA LA FIRMA DEL SEÑOR DIRECTOR DE SANIDAD POLICÍA NACIONAL.				

"MODELO DE ATENCIÒN EN SALUD FAMILIAR CON ENFOQUE DE RIESGO DE LA POLICIAL NACIONAL"

Establecido mediante Instructivo 042 DISAN del 7 de mayo de 2009, "Por la cual se difunde la Guía Metodológica para la implementación del Modelo de atención en salud con enfoque de riesgo de la Policía Nacional".

El Modelo de atención en salud es una estrategia fundamentada en la Atención Primaria en Salud APS que buscar reordenar los procesos de gestión y atención en salud, para mejorar el acceso y eficiencia del servicio de salud.

1. GENERALIDADES DEL MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD FAMILIAR CON ENFOQUE DE RIESGO DE LA POLICÍA NACIONAL

- ✓ Se dirige al usuario y no al paciente.
- ✓ Centrado en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.
- ✓ Privilegia el trabajo transdisciplinario en cambio del individual.
- ✓ Tiene enfoque de riesgo por lo que propone lo operativo, lo rural y lo más costo efectivo a nivel básico como sus ejes.
- ✓ Enfocado en la asistencia integral de la familia.
- ✓ Incluye la evaluación e intervención de los aspectos bio-psicosociales que afectan la salud
- ✓ Tiene el componente pedagógico para la inducción a la participación del usuario y su familia en la gestión de la salud
- ✓ Involucra la programación de alternativas de manejo racional de los pacientes con enfermedades de alto impacto mediante intervenciones individuales y colectivas que mejoran la calidad de vida en su entorno familiar y la adherencia a los programas de salud
- ✓ Se sustenta en resultados documentados del impacto en la salud y los costos en países en dónde se ha aplicado por varias décadas
- ✓ Define el actuar de los equipos de atención primaria en salud que lideran la asistencia y son responsables de una operación articulada aplicando los conceptos de la circunscripción, Nucleación y focalización para la ejecución de la intervención en salud necesaria, conforme al diagnóstico individual y familiar establecido
- ✓ Precisa las características propias de la población usuaria, como la operación en zonas rurales de difícil acceso por condiciones geográficas y de seguridad nacional, que dificultan la implementación del Modelo de Atención e incrementan la vulnerabilidad en salud con énfasis en el mantenimiento de la salud ocupacional y operacional.

2. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD APS Y MODELO DE SALUD FAMILIAR:

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 usuario en todos los niveles de complejidad, conforme a la organización de la red de servicios

del modelo de atención en salud, 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 Subsistema de Salud de la Policía Nacional.

Elementos para la implementación de la APS, articulada con el modelo de atención en salud de la Dirección de Sanidad:

- Énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad: Desarrollar las actividades conforme a los lineamientos definidos por el Grupo Gestión del Riesgo General, Gestión del Riesgo Ocupacional y Gestión del Riesgo Operacional, en la organización de la red de servicios del modelo de atención: Núcleos de Atención Integral NAI, Grupos de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico GADT y Grupos de Apoyo Hospitalario GAH.

- Acciones Intersectoriales con los diferentes entes (cooperativas, clubes, asociaciones) para impactar los determinantes en salud.

- Cultura del auto cuidado: Se desarrolla dentro de cada programa, subprograma y estrategia de promoción de la salud y prevención de la enfermedad conforme a los lineamientos del Grupo Gestión del Riesgo General.

- Orientación individual y familiar, en busca de una integración del usuario como ser bio-sico-socio espiritual, involucrando a su núcleo familiar para garantizar redes de apoyo y atención más humana.

- Atención integral, integrada y continua: La construcción de redes de servicio debe responder a dichas características tanto en red propia como en red externa, conforme al modelo de atención en salud.

- Interculturalidad: incluye entre otros los elementos de prácticas tradicionales, alternativas y complementarias para la atención en salud.

- Talento humano organizado en equipos multidisciplinarios, de manera coordinada e integrada en: Núcleos de Atención Integral NAI, Grupos de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico GADT y Grupos de Apoyo Hospitalario GAH, engranados con referencia y contra referencia y red de urgencias y emergencias.

- Fortalecimiento de la baja complejidad, con el fin de mejorar capacidad del prestador de servicios de salud de responder de manera integral, con calidad y oportunidad a la demanda de atención de salud.

- Participación activa de la comunidad.

- Enfoque regional, buscando descentralizar, mejorando de esta manera la resolutividad local, accesibilidad y cobertura adecuada a los usuarios.

5. COMPONENTES DEL MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD

El modelo de atención en salud en implementación tiene dos componentes: Gestión y Atención, con los cuales se busca la excelencia en la atención enfocados en satisfacer las necesidades de los usuarios.

3.1 COMPONENTE DE GESTIÓN

El reto de este componente es **"empoderar a los equipos de trabajo de la situación de salud de sus usuarios"**, para lograrlo se plantean estrategias como: regionalización, sala de situación, escuelas de eficiencia corporativa, plan local y regional de salud, entre otros.

3.1.1 REGIONALIZACIÓN

Consiste en una estructura que divide en regiones el país, cada una de las cuales depende en forma desconcentrada y en lo posible descentralizada de un nivel central único. La regionalización se articula con los procesos de la Dirección de Sanidad con unas unidades de análisis, denominadas Centro Conjunto Administrativo CCA Grupo de delegados de las Áreas y Oficinas Asesoras del nivel central, que se encarga de trabajar con cada uno de los ocho Centros Administrativos Regionales), Centro Administrativo Regional CAR (modera la relación de su región ante el Nivel Central.) y Equipo de Apoyo Administrativo EAD (es la unidad de análisis del nivel local para la toma decisiones administrativas, de acuerdo a la oferta de servicios de los Núcleos de Atención Integral y el Grupo de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico este acorde con las necesidades de salud de sus usuarios nucleados). Los equipos de apoyo administrativo del nivel central, la región y local se reúnen para tratar temas administrativos y financieros.

La regionalización operativa tiene 8 Regiones de Sanidad, la cual asigna funciones a las Jefaturas de cabecera de región, y están integradas de la siguiente manera:

REGIÓN 1

1. Bogotá (Cabecera de región)
2. Cundinamarca
3. Boyacá
4. Amazonas
5. San Andrés
6. Guainía

REGIÓN 2

1. Huila (Cabecera de región)
2. Tolima
3. Caquetá
4. Putumayo

REGIÓN 3

1. Risaralda (Cabecera de región)
2. Caldas

3. Quindío

REGIÓN 4

1. Valle del Cauca (Cabecera de región)
2. Cauca
3. Nariño

REGIÓN 5

1. Santander (Cabecera de región)
2. Norte de Santander
3. Arauca

REGIÓN 6

1. Antioquia (Cabecera de región)
2. Chocó
3. Córdoba
4. Urabá

REGIÓN 7

1. Meta (Cabecera de región)
2. Casanare
3. Guaviare
4. Vaupés
5. Vichada

REGIÓN 8

1. Atlántico (Cabecera de región)
2. Cesar
3. Sucre
4. Bolívar
5. Magdalena
6. Guajira

3.1.2 SALA DE SITUACIÓN LOCAL Y REGIONAL

OBJETIVOS

- Realizar seguimiento a la organización de la red de servicios integrales de la red propia y red externa en todos los niveles de complejidad, recordando que la red propia está organizada en núcleos de atención integral, grupos de apoyo diagnóstico y terapéutico y grupos de apoyo hospitalario y la red externa mediante contratos con IPS y profesionales, entre otros.
- Analizar las no conformidades e impacto de la cobertura de los servicios de salud la cual debe abarcar el 100% de la población circunscrita en las zonas urbanas, rurales y operacionales, cuyos portafolios de servicios estén acordes con las necesidades de salud de sus usuarios. Para ello es necesario contar con la información de las actividades en salud realizadas a cada usuario, utilizando los aplicativos RIPS y SISAP según corresponda tanto en red propia como en red externa.
- Evaluar el grado de avance del Plan Operativo Anual POA de la vigencia en las USP que conforman la región indicando su relación con las necesidades de salud de los usuarios en los temas priorizados de morbilidad prevenible y los indicadores de efectividad de la organización de la red de servicios.

Dentro de los temas que se desarrollan en el ambiente de sala de situación están:

1. Comité de Vigilancia Epidemiológica, COVE:
2. Nivel de cumplimiento de Indicadores estratégicos, de procesos, de plan de acción; mapa de riesgos y efectividad de la red de servicios.
3. Planeación y seguimiento a la gestión de recursos para cierre de brechas.
4. Seguimiento a los indicadores de morbilidad prevenible priorizada para la vigencia 2012.
5. Los indicadores que serán objeto de seguimiento en sala de situación del nivel central así como la agenda y dinámica de la misma, serán publicados por esta Jefatura mediante Orden de Servicio.

La sala de situación es un espacio para el análisis de los problemas prioritarios en salud, factores de riesgo e impacto en la población, de conformidad a las características de cada región, así como el empleo de los recursos, en busca de la eficiencia y la equidad en la prestación de los servicios de salud.

Se toman decisiones en cada sala de acuerdo a la problemática analizada o se debe optar por decisiones de intervenciones, ajustes o revisiones exhaustivas según corresponda, medidas a las cuales se les hace seguimiento para lograr el objetivo propuesto.

3.1.3 ESCUELAS DE EFICIENCIA CORPORATIVA

OBJETIVOS

- Actualizar en forma constante y ágil los conocimientos del personal de la DISAN, en temas técnico científicos y técnico administrativos, aumentando las competencias del talento humano y la calidad en la prestación de los servicios de salud.
- Hacer re - inducción y/o re entrenamiento al personal de la Dirección de Sanidad, sobre temas Institucionales, estratégicos, normativos, administrativos y financieros.
- Favorecer el desarrollo de los funcionarios y mantener altos los niveles motivacionales a través del establecimiento de caminos de superación individual.
- Generar un buen clima organizacional, permitiendo el crecimiento profesional y técnico del talento humano, mejorando los indicadores de productividad.
- Reducir costos de formación del personal, mediante el uso de alianzas sectoriales e intersectoriales para el desarrollo de los programas de actualización e inducción, facilitando el acceso a los mismos.

Las Escuelas de Eficiencia Corporativa se desarrollan en dos escenarios, uno liderado por el nivel central, el cual tiene como objetivo fortalecer los conocimientos técnico administrativos y otro liderado por las cabeceras de región y USP cuyo objetivo principal es el de fortalecer los conceptos técnico científicos directamente relacionados con la prestación de servicios de salud.

3.2 COMPONENTE DE ATENCIÓN

La atención de salud desde el Modelo se presta de la siguiente manera:

- Núcleo de atención Integral (NAI): Primer nivel de atención.(Enfermero Jefe, Médico, Odontólogo, Psicólogo, Tecnólogo, Técnico o profesional en Salud Ocupacional)
- Grupo de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico (GADT): Segundo nivel ambulatorio.
- Grupo de Apoyo Hospitalario GAH: Segundo y Tercer nivel Hospitalario.
- Red de urgencias y emergencias

Una vez el NAI ha nucleado una población y la focaliza, la agrupa por género, edad y referencia geográfica, una vez realizado lo mencionado usa un sencillo instrumento denominado, Plan Individual de Promoción y atención en Salud PIPAS este separa los pacientes para ser agendados de dos maneras, la primera de ellas según su ciclo vital y morbilidad discriminado por género para citas individuales con los diferentes profesionales del NAI y en segundo lugar en forma grupal.

Los Núcleos de Atención Integral pueden ser, de acuerdo con la circunscripción demográfica: urbanos, rurales y operacionales (rurales extremos y especiales).

El NAI es el eje central de la atención en salud, recibe un número de usuarios entre 420 y 2860, definiendo las horas día de cada servicio según lo establecido en el Instructivo No. 012 de 2011 o el acto administrativo que lo actualice, y tiene las siguientes funciones:

1. Realizar la atención básica conforme a la estrategia de Atención Primaria en Salud APS, como parte fundamental de la prestación de servicios (Ley 1438 de 2012 y Plan Decenal de Salud).
2. Primer punto de contacto en el Sistema de Referencia y Contra-referencia: son servicios de puerta de entrada para todos los usuarios y deben resolver al menos el 80% de las necesidades de salud de los usuarios. El NAI debe conocer la red de servicios y saber orientar al usuario cuando requiera niveles de complejidad superiores.
3. Caracterizan la población circunscrita adelantando inicialmente Historia Familiar a la cual deben asistir todos y cada uno de los beneficiarios del núcleo familiar afiliados al SSPN, esto constituye la focalización de usuarios de acuerdo a características en común tanto por estado fisiológico, morbilidad o ciclo vital: en el momento se está trabajando en el nivel central para incorporar las herramientas de salud familiar e historia clínica familiar; una vez se emitan los instructivos se debe iniciar su diligenciamiento. Por ahora se debe continuar con la historia clínica que se maneja actualmente.
4. Caracterizan la localidad o zona de influencia, construyen los mapas de riesgos locales, requiriendo para tales fines consultas con las Direcciones locales y Departamentales de Salud, y visita de campo a los hogares anualmente.
5. Si en su jurisdicción existen unidades policiales (Comandos, estaciones etc.), se encargarán de adelantar panoramas de riesgo laborales, para esto se apoyarán en los grupos de profesionales de salud ocupacional o medicina laboral entrenados al respecto. Estos últimos pueden estar regionalizados y colaborarán con los programas de prevención en el lugar de trabajo y tamizajes de tipo laboral.

6. Deben garantizar en promoción y prevención la prestación integral de un portafolio de servicios mínimos, esto incluye cada uno de los programas que se manejan en el Área Gestión de Servicios en Salud, conforme a los lineamientos vigentes en este tema.
7. Asisten en todas sus fases los eventos de violencia sociopolítica y desastres naturales de su jurisdicción.
8. Adelantan Alianzas Estratégicas con Colegios DIBIE y Escuelas de Formación de su jurisdicción para llevar a cabo la Estrategia Ambientes Escolares Saludables de acuerdo con los lineamientos generales del Grupo Gestión del riesgo general.
9. Coordinan en conjunto con la Dirección de Bienestar Social y CASUR el proyecto Fines de Semana Saludables (recreación, ejercicio formulado, nutrición etc.) de acuerdo con la organización de grupos focales ya establecidos.
10. Como punto de retorno en la contra-referencia, canalizarán familiares de pacientes con patologías trazadoras como Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica EPOC, asma, VIH/SIDA, Osteoporosis, Climaterio, Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus y Cáncer entre otros, para abordaje en cuanto a promoción y prevención sin abandonar el componente netamente de asistencia; es decir un NAI con el entrenamiento pertinente, va adquiriendo destrezas particulares de manejo grupal e individual para determinadas patologías, una vez superado esto, podrá recibir pacientes de manejo especial, con lo cual se fortalece la integralidad en la prestación del primer nivel de atención y contribuye a descongestionar servicios de segundo y tercer nivel.
11. Con el traslado de alguno de los integrantes del núcleo familiar o de todo el núcleo familiar a otra jurisdicción se debe remitir Historia Clínica y coberturas alcanzadas, para continuar con el abordaje, a la Unidad de Sanidad Policial correspondiente o consignando en la Historia clínica los avances obtenidos al respecto.

3.2.1 ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD

3.2.1.1 CITA DE CUMPLEAÑOS:

Esta es la estrategia de ingreso de los usuarios al modelo de Atención en Salud, en la cual se programa una cita cercana al cumpleaños del usuario y se le brinda atención integral por medicina, odontología, psicología, Promoción y prevención de acuerdo a su ciclo vital y su condición fisiológica. La estrategia cita de cumpleaños, busca aumentar coberturas en salud en las diferentes USP del territorio nacional; mediante acciones planificadas, adaptación de recursos y atención al cliente, que satisfagan las necesidades de atención primaria que posee cada uno de los usuarios pertenecientes al Subsistema de Salud de la Policía Nacional.

La estrategia apunta al fortalecimiento de los programas de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad, ya que mediante la captación temprana de usuarios, se promueven estilos de vida saludables que conllevan a la disminución de factores de riesgo para la ocurrencia de enfermedades prevenibles o de complicaciones cuando se tiene instaurada la patología. Lo anterior mediante la definición de un Plan Individual de Atención en Salud (PIPAS) para cada uno de los asistentes a la cita de cumpleaños, dirigido a todos los usuarios que se encuentran nucleados en la zona urbana, resaltando el seguimiento por parte del equipo NAI a los usuarios que

ingresan al Modelo de Atención en Salud, ya que cada uno será incluido a las diferentes acciones del portafolio de salud del ESP.

Al final de la jornada como producto se obtienen un listado de usuarios con patologías que deben ingresar a los diferentes programas para que inicien o continúen sus atenciones y controles de acuerdo al caso, ya que se pueden encontrar por ejemplo con usuarios que ya hacen parte del programa de hipertensión u otro y la conducta a seguir es indicar que continúe su atención y seguimiento por parte del NAI que lo está atendiendo.

3.2.1.2 GRUPOS FORMADOS:

El componente grupal del Modelo de Atención, todo usuario con un diagnóstico establecido pasa a formar parte de un grupo de usuarios que comparten su misma condición. La estrategia grupos formados busca aumentar coberturas en Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad de una forma ordenada, sistemática y de seguimiento a los usuarios que hacen parte de un determinado grupo, cumpliendo con la normatividad existente. Para formar grupos se debe tener en cuenta que los integrantes compartan diagnósticos iguales, que pueden ser definitivos como hipertensión, diabetes, VIH, o no permanentes como fumadores, obesos, malnutridos entre otros, estos últimos son reunidos y manejados hasta resolver su problema y regresan al NAI para seguir con su oferta individual de atenciones.

Se cuenta con nueve programas y dos estrategias implementadas en todas las USP del país.

1) Inmunoprevención
2) Materno Infantil
3) Salud Sexual y Reproductiva
4) Alianza Saludable
5) Detección Temprana de Cáncer de Cuello Uterino
6) Detección Temprana de Cáncer de Seno
7) Prevención y detección temprana de enfermedades no transmisibles en el adulto y adulto mayor
8) Promoción de la salud Oral
9) Salud Mental

Estrategias

1) Ambientes Escolares Saludables
2) Línea de Apoyo Emocional

3.2.1.3 FIN DE SEMANA SALUDABLE:

La estrategia "Fin de Semana Saludable", consiste en la reunión de varios grupos formados que se citan entre 4 horas y varios días; con el fin de desarrollar una inmersión completa en el manejo de su patología, un ejemplo sería un "Sábado saludable para obesos" donde reunidos con su familia, reciben talleres, charlas, degustaciones y actividades lúdicas tendientes a afianzar en los familiares

conductas favorables que le permita al paciente y a su familia mejorar el estado de salud o prevenir complicaciones

La periodicidad de esta estrategia es de al menos dos veces al año por programa.

3.2.1.4 VISITA A LA ESTACIÓN

Es la estrategia en la cual el Núcleo de Atención Integral visita los lugares donde no se cuenta con establecimiento de sanidad, llevando un portafolio de atención con énfasis en promoción y prevención de la enfermedad.