MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD

Elaboró Octubre de 2020	Revisó Octubre de 2020	Aprobó Octubre de 2020
Dr. German Moreno	Comité de Calidad	Gerente
Líder Asistencial	Comité de Calidad	Dra. Blanca Eneida Russi

1. JUSTIFICACIÓN

En cumplimiento del marco normativo vigente en salud, la ESE HOSPITAL ISMAEL SILVA, adopta un Modelo de Prestación de Servicios, con el fin de garantizar la atención en términos de calidad, eficiencia, eficacia, ética y responsabilidad social, centrada en el paciente y su familia.

Este modelo aplicado en la prestación del servicio, busca la integralidad de los procesos y de él se deriva la forma como se organizan los recursos para la atención en salud. Para este propósito es importante reconocer el contexto de nuestro Sistema de Salud, frente a las implicaciones de la Ley Estatutaria y el Plan de Desarrollo.

1.1. 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.

Se 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; 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 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 específica 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 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 1., 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.

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

2. POLÍTICA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD

Es compromiso de la ESE Hospital Ismael Silva y su Red de Prestación de Servicios, brindar a la población del Municipio de Silvania, una prestación de

servicios en salud según las necesidades poblacionales, con un enfoque en la gestión de riesgos desde el gerenciamiento de salud - enfermedad, individuales y colectivos, con el manejo de Medicina Familiar y Comunitaria en las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todos nuestros usuarios, hasta la intervención técnico-científica del equipo especializado de la ESE. El enfoque está centrado en la práctica de medicina preventiva, gestión basada en la mejor evidencia científica, formación en autocuidado y enfoque diferencial de acuerdo a nuestros ámbitos territoriales.

2.1. OBJETIVO GENERAL.

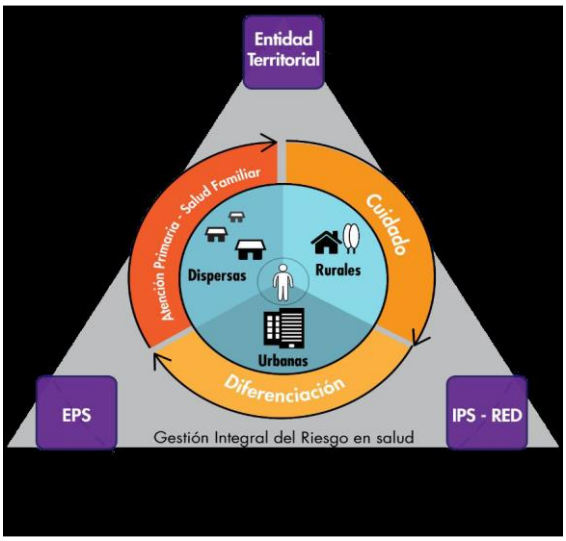
Orientar el Sistema hacia la generación de las mejores condiciones de salud de la población en el Municipio de Silvania, mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes hacia el "acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud", para así garantizar el derecho a la salud, de acuerdo a la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

La integralidad definida en la política comprende:

- ✓ **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".

La política exige la interacción coordinada de la Secretaría de Salud de Cundinamarca y Entidades territoriales municipales a cargo de la gestión de la salud pública, las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios de los regímenes Contributivo, Subsidiado, de Excepción y Población pobre no asegurada al sistema y finalmente la ESE Hospital Ismael Silva con sus Puestos de Salud. Esta coordinación implica la implementación y seguimiento de los planes territoriales de salud, los planes de desarrollo territorial acorde con el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y con los instrumentos derivados del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018.

Ilustración 2. Política de Atención Integral en Salud, PAIS



La Política de Atención Integral en Salud está conformada por:

- ✓ Un marco estratégico que transforma principios y objetivos en estrategias, y
- ✓ Un modelo operacional que, a partir de las estrategias, adopta 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.

2.2. MARCO ESTRATEGICO DE LA POLITICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD, PAIS.

Esta Política de Atención Integral en Salud debe contener las estrategias e instrumentos que permitan transformar el 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; recogiendo el marco de determinantes sociales adoptado por el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

Bajo ese contexto, el Estado reconoce que los problemas de salud son generados o potenciados por las condiciones ambientales, sociales, culturales, políticas, económicas, 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. Toda política nacional o territorial de salud debe partir del análisis de sus determinantes y se deben considerar como factores condicionantes de las intervenciones planteadas desde la PAIS. La política además supone la interacción coordinada de la Secretaría

de Salud de Cundinamarca a cargo de la gestión de la salud pública, las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios de los regímenes Contributivo, Subsidiado, de Excepción y Población Pobre no asegurada al sistema y la ESE Hospital Ismael Silva con sus Puestos de Salud.

Considerados los determinantes, son cuatro las estrategias centrales de la Política de Atención Integral en Salud:

- ✓ **La atención primaria en salud con enfoque de salud familiar y comunitaria,**
- ✓ **el cuidado,**
- ✓ **La gestión integral del riesgo en salud y**
- ✓ **El enfoque diferencial de territorios y poblaciones.**

2.2.1. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD, APS

La APS es la estrategia básica e 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.

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.

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. Por lo anterior, 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”.

"La Atención Primaria en Salud de la ESE Hospital Ismael Silva con sus Puestos de 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".

El enfoque tiene las siguientes connotaciones:

- 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.
- 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 de la ESE Hospital Ismael Silva con sus Puestos de Salud, busca generar bienestar y abordar el riesgo de salud desde las condiciones de la comunidad y de cada uno de sus integrantes.

Para la Política de Atención Integral en Salud existe un doble circuito donde se intersectan:

a. 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

b. 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 de la ESE Hospital Ismael Silva con sus Puestos de Salud, la estrategia de Atención Primaria en Salud tendrá un énfasis en el enfoque de la salud familiar y comunitaria.

2.2.1.1. 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.

La Política de Atención Integral en Salud de la ESE Hospital Ismael Silva con sus Puestos de Salud para su implementación requiere, la gestión en tres componentes:

A. Desarrollo del talento humano en salud;
B. Articulación y reorganización de servicios de salud; y
C. Planeación y gestión territorial.

El enfoque de salud familiar y comunitaria está centrado en:

- ✓ Reconocer a la familia y la comunidad como sujetos de atención en salud
- ✓ Entender que la atención de salud debe ser un proceso continuo y centrado en el cuidado de las familias
- ✓ Se preocupa de la salud de las personas antes que aparezca la enfermedad
- ✓ Entrega herramientas para el autocuidado, la gestión y la promoción
- ✓ Se enfatiza en promover estilos de vida saludables
- ✓ Fomentar la acción multisectorial y
- ✓ 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 de la ESE Hospital Ismael Silva con sus Puestos de 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.
La salud familiar y comunitaria se opera bajo procesos transdisciplinarios 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.

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.
- ✓ 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.

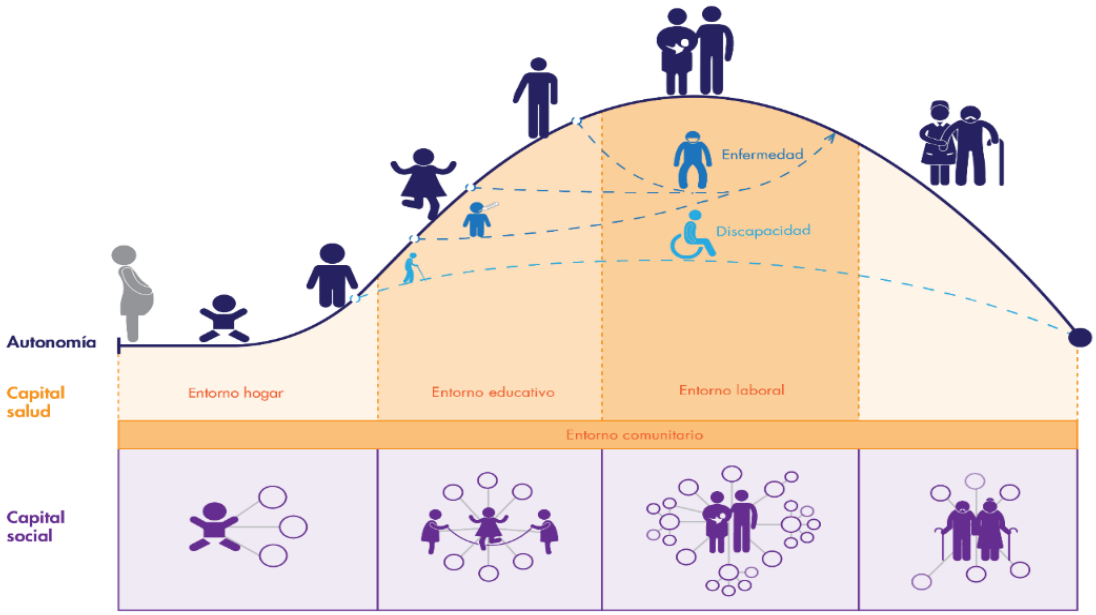
2.2.2. CUIDADO DE LA SALUD.

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.

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.

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 3. Curso de vida y cuidado de la salud



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.

2.2.3. 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.

En esquemas de aseguramiento social el asegurador debe hacer un esfuerzo adicional para lograr la efectiva 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. 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 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. como el diseño y puesta en marcha de acciones integrales y efectivas para eliminarlas, disminuirlas o mitigarlas.

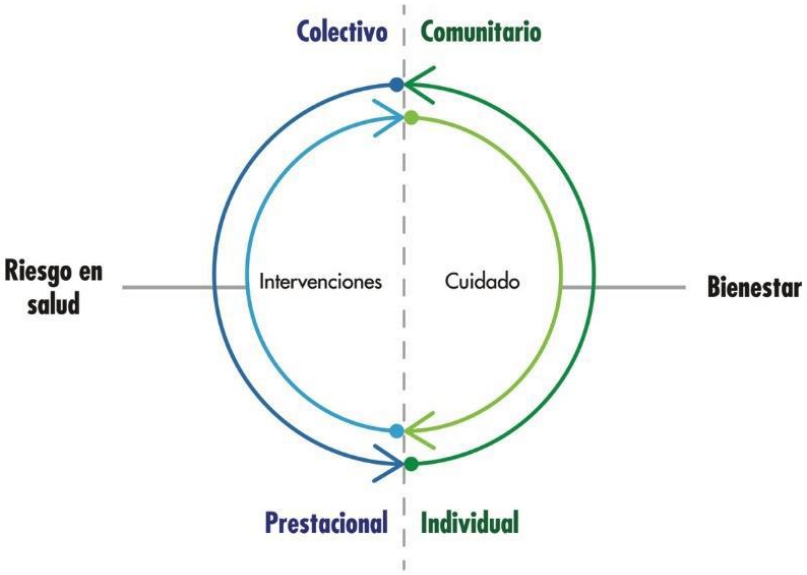
El objetivo de esta estrategia es:

- ✓ Lograr un mejor nivel de salud de la población
- ✓ Mejorar la experiencia de los usuarios durante el proceso de atención
- ✓ Y unos 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

Ilustración 4. Interrelación entre riesgos colectivos e individuales



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):

- Riesgo primario, relacionado con la probabilidad de ocurrencia de enfermedades y en algunas ocasiones de su severidad. Se interviene mediante:
  - ✓ Coordinación de las acciones de promoción de la salud con la entidad territorial.
  - ✓ Prevención primaria, secundaria y terciaria
- Riesgo técnico, 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:

- ✓ Organización y gestión del proceso de atención
- ✓ 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.

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.

2.2.4. 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.
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.

3. 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 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 Modelo Integral de Atención en Salud de la ESE Hospital Ismael Silva con sus Puestos de Salud, 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 armonizar 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 una interacción coordinada de la Secretaría de salud de Cundinamarca, la Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, la E.S.E. Hospital, sus Puestos de Salud 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 Ministerio de Salud y Protección Social, en cuanto a la atención en salud, es:

- ✓ La actualización permanente de las Rutas Integrales de Atención en Salud, RIAS a partir de la evidencia y las guías de práctica clínica.
- ✓ La asistencia técnica a los territorios en cuanto a la implementación del modelo.
- ✓ 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.

La Secretaría de Salud de Cundinamarca, Las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios y ESE Hospital Ismael Silva con sus Puestos de Salud, 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.

3.1. CARACTERIZACIÓN POBLACIONAL DE ACUERDO AL PLAN DECENAL DE SALUD PUBLICA - 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 ESE Hospital Ismael Silva con sus Puestos de Salud, llevan a cabo esta actividad de manera que la planeación de los servicios que se le prestará a la población del municipio de Silvania sean coherentes con sus necesidades y con las metas propuestas en el Plan Nacional de Salud Pública 2012-2021 (PDSP).

La Secretaría de Salud de Cundinamarca, debe partir del Análisis de la Situación de Salud Territorial, ASIS para identificar, conocer y priorizar las necesidades poblacionales; Las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, por su parte, mediante la caracterización poblacional de EAPB 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 Ministerio de Salud y Protección Social y por la secretaría de Salud de Cundinamarca en el ASIS, orientando así los grupos objetivo que debe gestionar. Con estos insumos la Secretaría de Salud de Cundinamarca formula el Plan Territorial de Salud (PTS), 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. 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 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).

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 Ministerio de Salud y Protección Social. Esta caracterización debe organizarse de acuerdo con los grupos de riesgo definidos dentro del Modelo Integral de Atención en Salud. La caracterización debe hacerse para todos los ámbitos territoriales (municipales y departamentales) donde la EAPB esté habilitada y debe alimentar los Planes Territoriales de Salud. Esta interacción entre Secretaría de Salud de Cundinamarca y Empresas Administradoras de Planes de Beneficios debe ser requerimiento en el cumplimiento de los estándares de habilitación de la EAPB. Tanto entidad territorial como EAPB e integrantes de las redes de prestación de servicios deben concurrir en la formulación del plan territorial de salud.

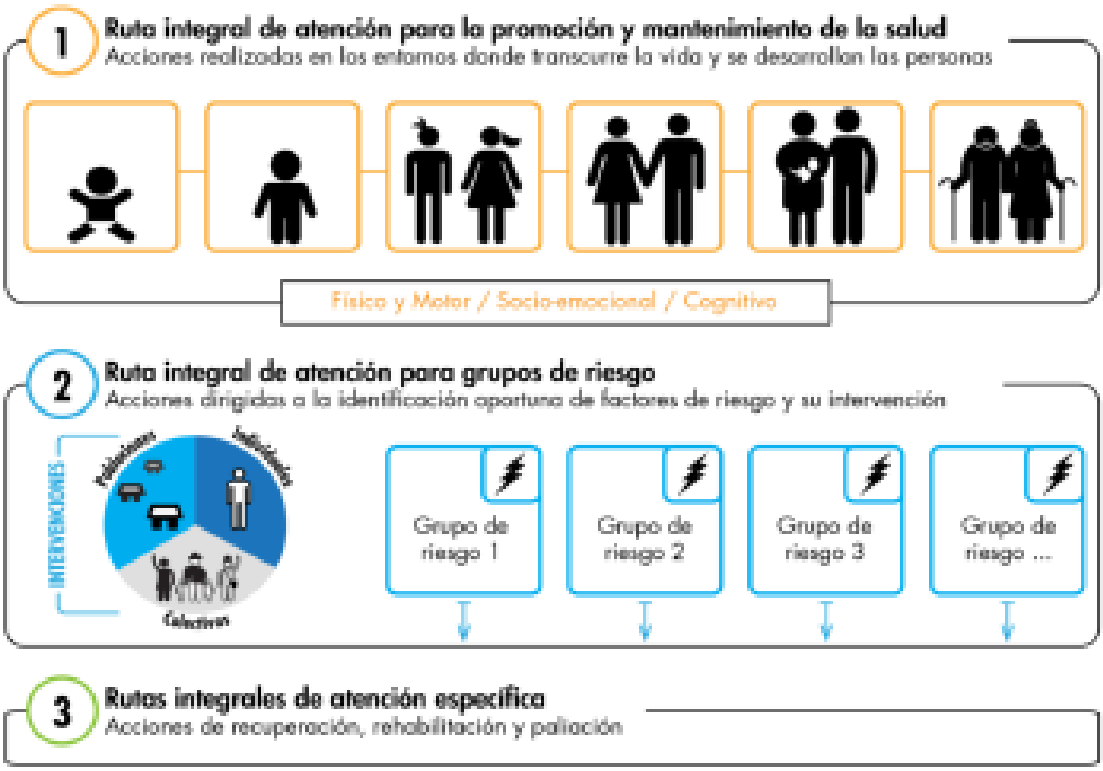
3.2. REGULACIÓN DE RUTAS INTEGRALES DE ATENCIÓN EN SALUD, RIAS

Las RIAS son una herramienta que define, a la Secretaría de Salud de Cundinamarca, Las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio y a La ESE Hospital Ismael Silva y sus puestos de salud 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 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 Ministerio de Salud y Protección Social ha planteado tres tipos de RIAS, que se describen a continuación:

Ilustración 5. Rutas Integrales de Atención en Salud, RIAS.

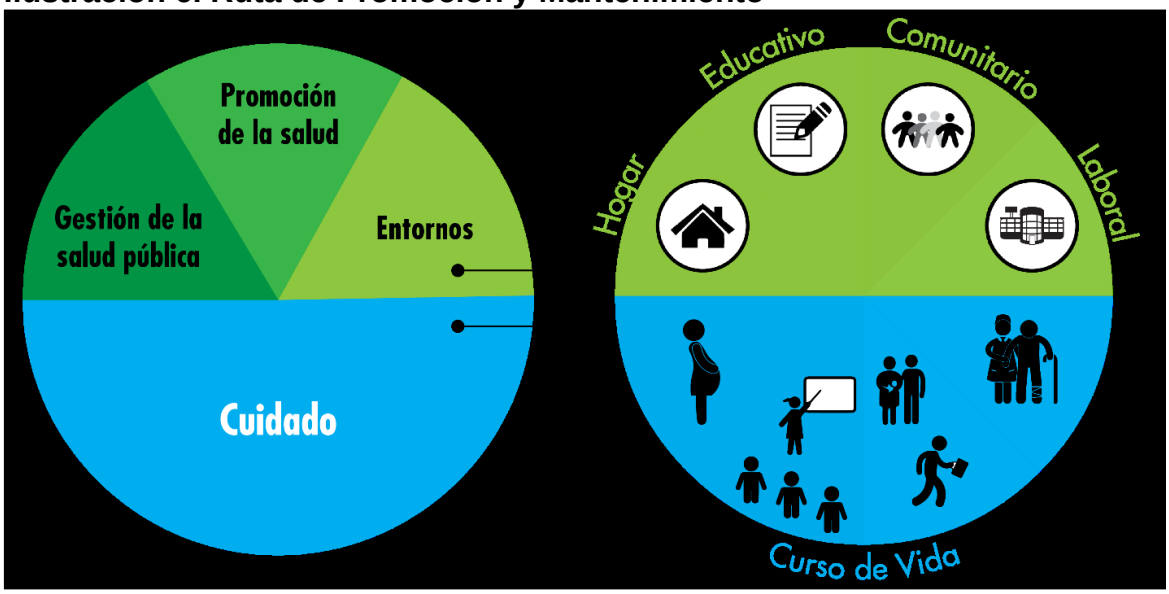


Fuente: MSPS, 2015.

- **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 6. Ruta de Promoción y Mantenimiento



- **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.

- **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 específica/ 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 y 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, Leishmaniasis, 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 autoinmunes	Enfermedades neurológicas, Enfermedades del colágeno y artrosis

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.
- ✓ 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:

- **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.

- **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.

- **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.

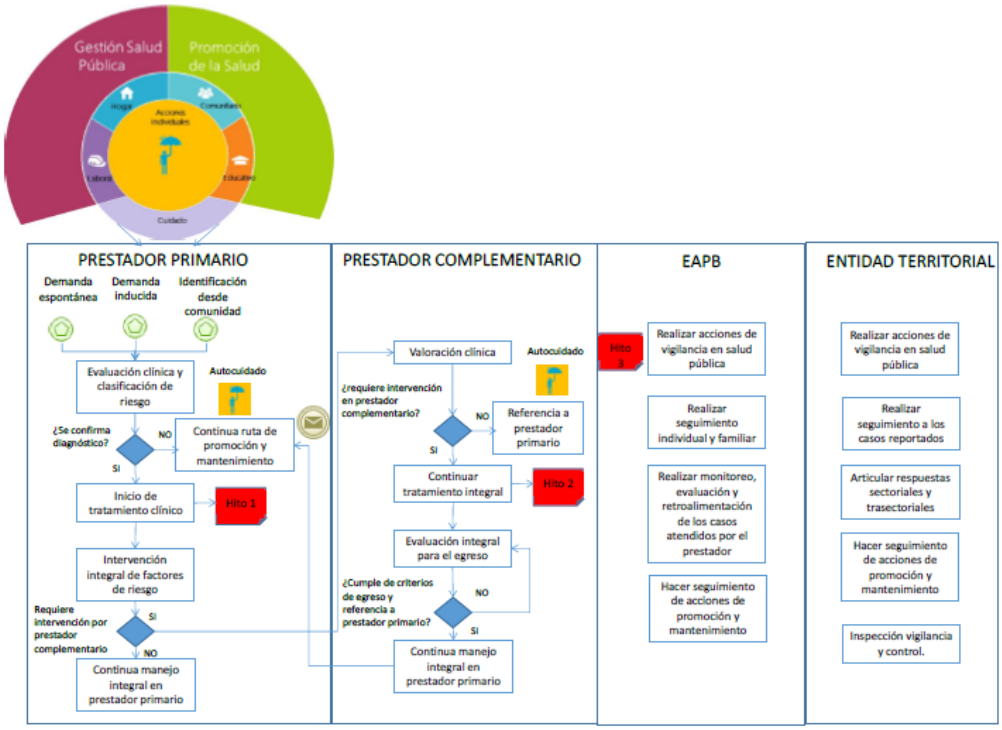
- **Acciones individuales:** son intervenciones dirigidas al individuo, cuyo objetivo es el cambio de comportamiento en los hábitos de vida, el establecimiento de la salud, la rehabilitación o paliación, a través de intervenciones integrales en salud, dirigidas por equipos multidisciplinarios, sectoriales 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. 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:** explica 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.

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. 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.
- 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.

3.3.1. 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.

3.3.2. 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.

3.3.3. 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

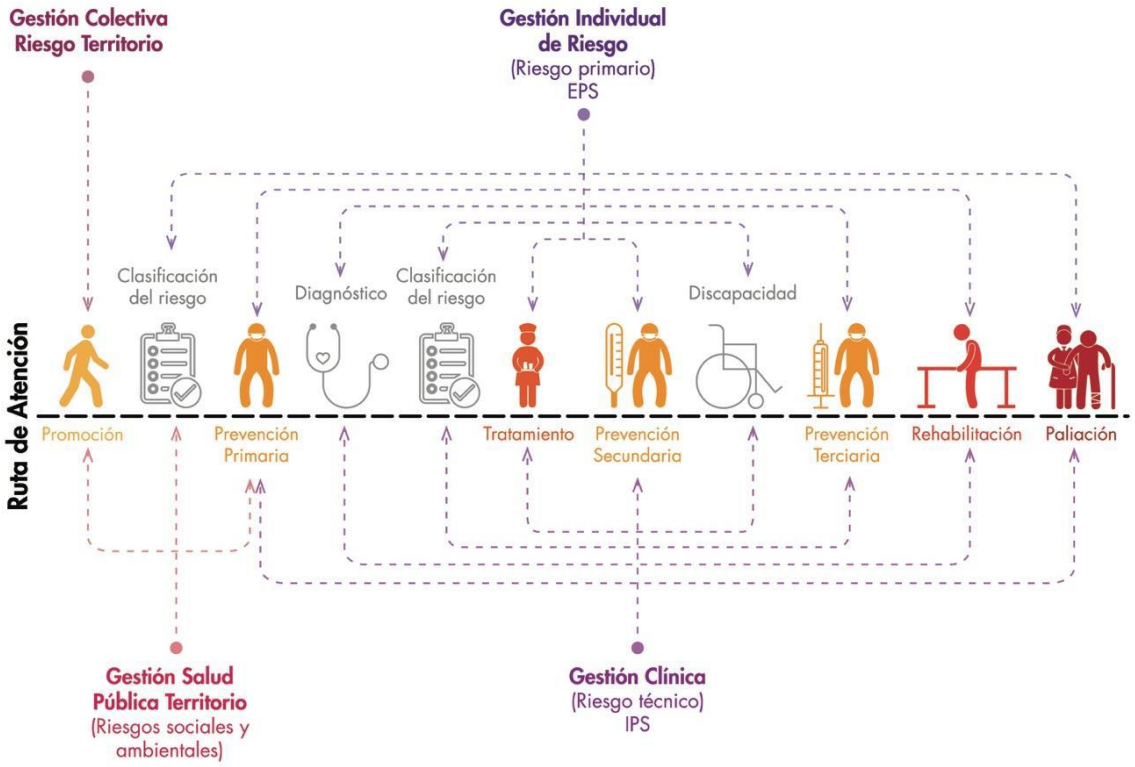
las intervenciones clínicas incluidas en las RIAS tanto de naturaleza preventiva como diagnóstica y terapéutica.

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.

3.3.4. 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 del Riesgo en Salud



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.

3.4 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 modelo de atención reconoce tres tipos de ámbitos territoriales:

- ✓ **Urbanos:** Se ubica en este contexto el Municipio de Silvania – Cundinamarca, con una agregación de población de aproximadamente el 28.71 % en el caso urbano y con una accesibilidad a sus veredas por vía terrestre en más del 90% de los casos. La demanda se ubica especialmente en la inmediación de la oferta, la oferta es suficiente en los diferentes segmentos tecnológicos, y son muy pocas las barreras relevantes en la distancia entre los servicios y la población. Desde la oferta la competencia entre las aseguradoras y la ESE Hospital, genera ganancias de bienestar, en donde la libertad de elección puede modular las condiciones de la oferta en nuestro ámbito. En ese orden de ideas, la ESE Hospital Ismael Silva con sus Puestos de Salud, es el principal referente en salud para los municipios de Subía y aguabonita, que por georreferenciación es más viable su direccionamiento al municipio de Silvania, lo anterior, se debe a la capacidad de resolución completa en relación con el nivel primario de salud, lo que nos convierte en punto focal para articular redes de prestación de servicios que resuelvan casos de baja y mediana complejidad.

- ✓ **Alta ruralidad:** estos corresponden a los municipios que conforman la Provincia del Sumapaz Cundinamarqués y se consideran en un 71.22% donde la oferta de servicios tiende a ser monopólica y de naturaleza pública, con prevalencia de servicios de baja complejidad y poca capacidad de resolución. Para este caso, se complementan sus servicios con los de la E.S.E. Hospital, cuyo nivel de tecnología y especialidades, nos permite propender por una oferta suficiente. El acceso a dicha oferta no constituye una barrera onerosa para el usuario y las vías de comunicación es directa a través de nuestro proceso de referencia y contrarreferencia.

- ✓ **Dispersos:** También contamos con este tipo de municipios, donde la densidad poblacional es muy baja, la disponibilidad y accesibilidad a los servicios muy limitada, con apoyo de seguimiento directo a través del personal de enfermería que labora los planes de intervenciones colectivas (PIC), hay limitaciones en la oferta y en recurso humano especializado, carencia de vías de acceso, barreras geográficas y condiciones culturales. El acceso vial a la oferta es una barrera sustancial para la población, pero de cualquier manera se presta toda la cobertura a través de un acceso terrestre.

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 de la ESE Hospital Ismael Silva con sus Puestos de Salud.
2. La red integral de prestación de servicios de la E, la ESE Hospital Ismael Silva con sus Puestos de Salud, está conformada y organizada, teniendo en cuenta que en los ámbitos donde no se puede asegurar la disponibilidad completa de servicios se considera la complementariedad con la E.S.E.
3. Prestación de servicios desde la ESE Hospital Ismael Silva con sus Puestos de Salud, de acuerdo a las condiciones de permanencia y cobertura de los aseguradores, buscando las mejores condiciones de continuidad y oportunidad en la atención para sus afiliados.

Todo lo anterior es posible, siempre y cuando exista una armonización entre las condiciones de operación del aseguramiento y nuestra prestación que superen la fragmentación de la respuesta asistencial que actualmente existe. Esto plantea un requerimiento de escala en la capacidad instalada de nuestra institución y sus puestos de salud, que debe resolverse de acuerdo con el artículo 65 del Plan de Desarrollo 2014-2018.

3.5 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
3. Consecuente con 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; Este componente primario se encuentra distribuido en nuestra provincia en los Municipios de Aguabonita y Subía, que por georreferenciación acceden más fácilmente a nuestros territorios.

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

- Como un conjunto de servicios habilitados (servicios primarios) por diferentes sedes de la ESE Hospital Ismael Silva con sus Puestos de Salud 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, 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.

Y , la ESE Hospital Ismael Silva con sus Puestos de Salud, como 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, 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 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, atención inicial de urgencias y cirugía de baja complejidad, consulta externa de odontología, medicina general, medicina familiar, pediatría y ginecoobstetricia. De acuerdo con las necesidades de la población, los prestadores primarios podrán incluir otras especialidades básicas.

En el ámbito colectivo, familiar y comunitario, a nuestros Puestos de Salud y la Atención brindada en el primer nivel del municipio de Silvania 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 nuestros prestadores primarios estará organizado en equipos multidisciplinarios en salud (EMS), que tendrán poblaciones 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:

- ✓ perfiles y competencias definidas
- ✓ condiciones y características de cada contexto territorial e institucional
- ✓ desarrollo progresivo de los modelos territoriales de salud y
- ✓ mejoramiento continuo de la oferta y disponibilidad de talento humano en cada territorio (cantidad y calidad).

Para incrementar la capacidad resolutiva de nuestros Puestos de Salud y del Nivel Primario del Municipio de Silvania, además de la intervención médica general, contamos con un apoyo de Medicina Familiar y Comunitaria, junto a un incremento en su capacidad tecnológica.
Factores críticos para este 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, plataforma de Telesalud - Telemedicina y Mejoramiento en el sistema de información.

El líder médico asume la responsabilidad de la coordinación y seguimiento del usuario en los demás componentes de la red primaria (Municipios con Prestación de Servicios directos de la E.S.E.) y en la red complementaria (a la ESE Hospital Ismael Silva con sus Puestos de Salud). La historia clínica es sistematizada, por lo tanto, permite evidenciar la totalidad del recorrido del paciente y las decisiones de la intervención en el Sistema de Salud dentro de nuestra provincia.

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 a partir de los requerimientos definidos en los tres tipos de RIAS.

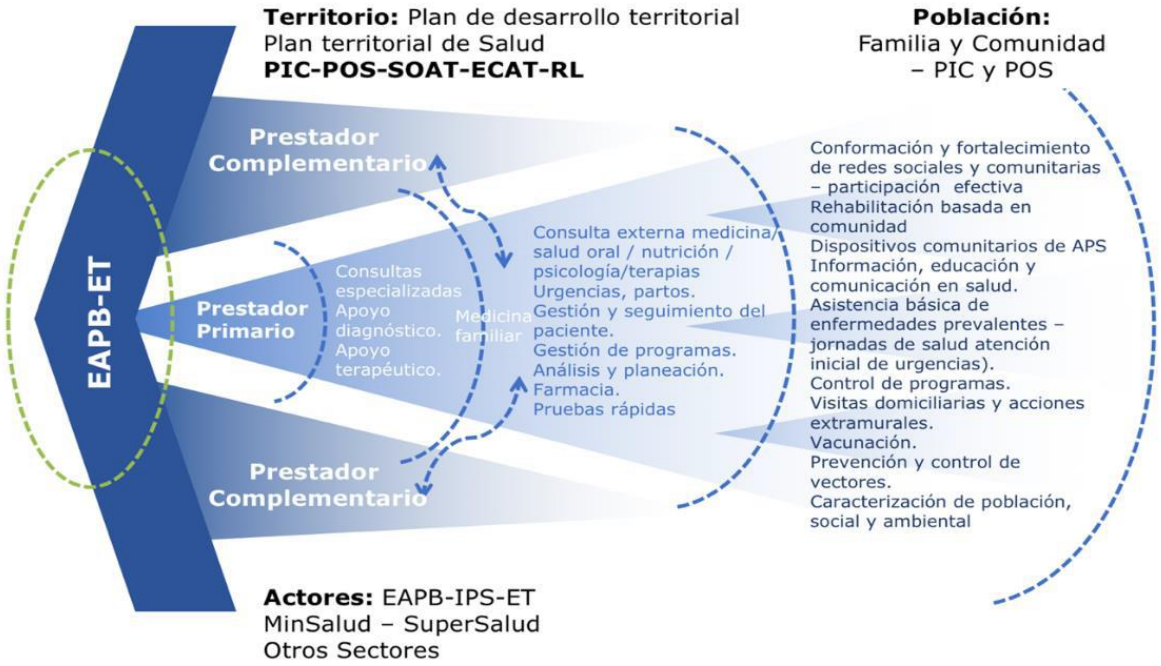
Los resultados esperados del prestador primario incluyen:

- ➢ 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, 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, teleasistencia 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



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, 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 extramurales 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 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 nuestros territorios se realizan a partir de la caracterización y estimación de las necesidades de la población, y para este contexto tenemos 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, 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 y
  - ✓ 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. Con base en esto, se deberán definir los procesos y procedimientos 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 contrarreferencia, 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.

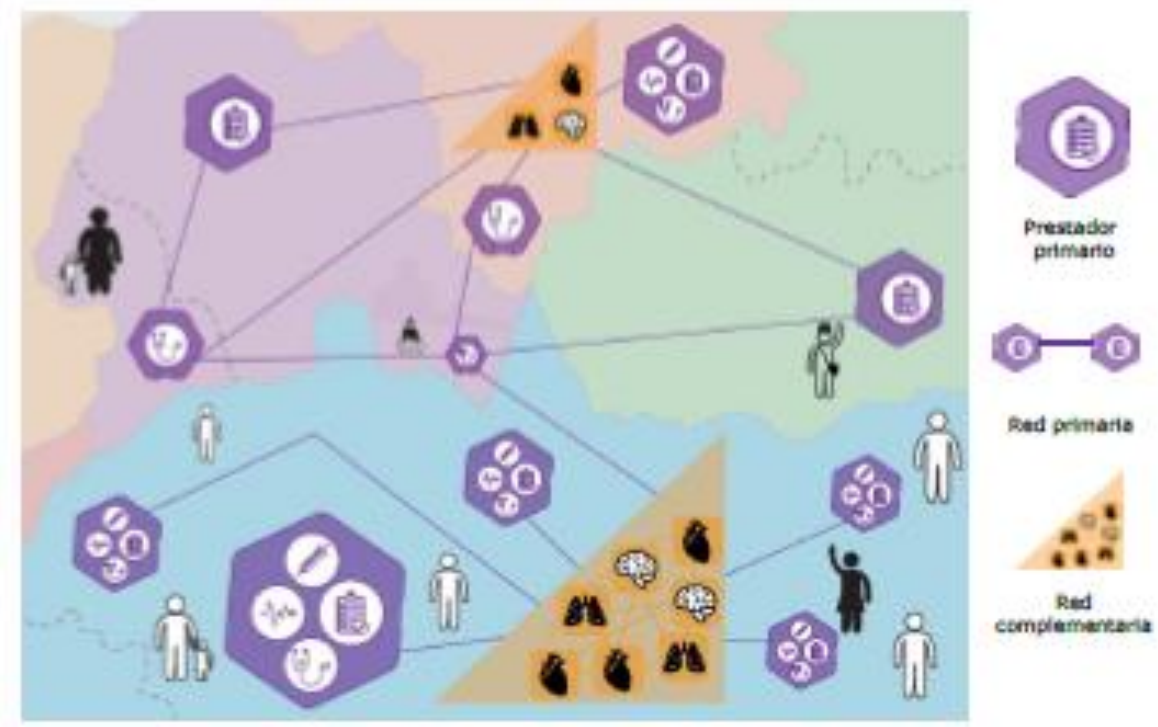
- La definición de procesos, procedimientos y mecanismos administrativos para la contratación, recepción de cuentas, reconocimiento y pago de servicios a prestadores.

- 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 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 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 la red conformada tendrá con la Secretaría de Salud de Cundinamarca, 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



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, pero dada la existencia de servicios pertenecientes a otros municipios, que por distancia o disponibilidad pueden atender poblaciones de otros municipios o 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 municipio, este deberá ser provisto desde otro municipio, 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.

3.6 REDEFINICIÓN DEL ROL DEL ASEGURADOR EN NUESTRA GESTIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS:

La agencia es propia de los esquemas de aseguramiento con administración gerenciada, aquí el asegurador estructura su red de servicios buscando pertinencia, calidad y menores costos. Este esquema fue 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.

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. Este riesgo se denomina riesgo primario 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 Modelo Integral de Atención en Salud de la , la ESE Hospital Ismael Silva, hemos iniciado un proceso de gestión clínica con el enfoque del asegurador y una visión de empresa privada; donde lo más importante para nosotros es la gestión del riesgo del ser humano que acude a nuestro servicio. Por todo lo anterior, la ESE Hospital Ismael Silva ha fortalecido algunas de las funciones que tienen los aseguradores en busca de mejorar la resolutividad de nuestro servicio de salud.
En el contexto del Modelo, trabajamos sobre capacidad técnica para la gestión de riesgo en salud de nuestros usuarios y sus familias; de esta manera empezamos a gestionar los siguientes escenarios del asegurador:

1. Identificamos los riesgos en salud de nuestra población objeto de gerenciamiento.
2. Conformamos grupos de riesgo, a través de la construcción y seguimiento de los Mapas de Riesgos de los últimos 4 años (2016 – 2019).
3. Adoptamos y alcanzamos niveles de desarrollo y gestión de las Rutas integrales de atención propuestas por el Ministerio de Salud y Protección Social.
4. Gestionamos la demanda (demanda inducida, búsqueda activa, apoyo al autocuidado, gestión de enfermedades y de caso), a través de nuestro equipo multidisciplinario de salud de los Programas de Gestión de Riesgos (Cardiovascular y AIEPI).
5. Estamos adelantando una revisión del manejo de costos corrientes y costos causados en la suficiencia de las contrataciones de capitación y eventos; de esta manera buscamos establecer condiciones de contratación con mecanismos de pagos orientados a resultados.

6. Gestionamos un mejor sistema de información y registro del gerenciamiento de los riesgos en salud.
7. Desarrollamos capacidades para monitorear las intervenciones y evaluar los resultados e impactos sobre la población.
8. Ejecutamos la gestión individual del riesgo, que incluye la capacidad de seguimiento de poblaciones y cohortes identificadas según los grupos priorizados y definidos en las RIAS.
9. Estamos reorganizando la suficiencia y estabilidad de la red de prestación para cada ámbito territorial de cobertura por, la ESE Hospital Ismael Silva y sus Puestos de Salud.

La capacidad de gestión de nuestra Red de Prestación de Servicios, incluye la capacidad para conformar y organizar los procesos debidamente habilitados en el ámbito territorial donde hacemos presencia directa, de acuerdo con las condiciones de salud, demanda de la población y los requerimientos de una prestación con calidad.

3.7 REQUERIMIENTOS Y PROCESOS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN.

Hacer posible un sistema de salud centrado en el usuario, 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 en el reporte confiable, oportuno, sistemático, claro, suficiente, con la calidad aceptable, y en los plazos que se establezcan.

3.8 FORTALECIMIENTO DEL RECURSO HUMANO EN SALUD (RHS)

Para el fortalecimiento de desarrollo del RHS se deben desarrollar acciones a nivel de cuatro ejes:

3.8.1. LA FORMACIÓN DEL RECURSO HUMANO EN SALUD.

, la ESE Hospital Ismael Silva está liderando el desarrollo, actualización y fortalecimiento de los perfiles y competencias de su Recurso Humano en Salud, orientando su formación y desempeño, como aporte a la trasformación social que requiere nuestra provincia Cundinamarquesa. Esta tarea exige un proceso explícito de gestión del cambio en los procesos académicos; el fortalecimiento de los equipos multidisciplinarios. La formación del RHS que requiere el Modelo Integral de Atención en Salud de la , la ESE Hospital Ismael Silva se plantea en tres fases con resultados a corto y mediano plazo.

- **Resultados a corto plazo:** Incluyen acciones de formación continua armonizadas en un programa de fortalecimiento del talento humano en salud para apoyar el desarrollo del MIAS, que contribuya a mejorar la resolutividad en los servicios, principalmente en nuestro 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 esta fase, también se requiere fortalecer la formación de líderes comunitarios, así como de representantes sociales, requeridos para adelantar acciones específicas y sistemáticas con la población y la intervención positiva de los determinantes sociales.

- **Resultados a mediano plazo:** Implementación efectiva de los programas de gestión de riesgos de la especialización en Medicina Familiar y Salud Comunitaria. Como resultado se incrementó en forma significativa la disponibilidad de médicos familiares en la ESE Hospital Ismael Silva y sus Puestos de Salud.

3.8.2. ARMONIZACIÓN DEL RECURSO HUMANO EN SALUD CON EL ESQUEMA DE CUIDADO INTEGRAL DE LA SALUD Y LA PROVISIÓN DE SERVICIOS

El Ministerio de Salud y Protección Social lidera 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:

- ✓ Propendemos por la gestión sobre 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
- ✓ Consideramos la inclusión de “nuevos perfiles” como gestores y agentes comunitarios, promotores de salud; líderes comunitarios, entre otros, mediante un proceso de capacitación e integración permanente.
- ✓ Consideramos la coordinación con diferentes profesionales y técnicos de otras disciplinas: ingenieros sanitarios, licenciados en educación física, entre otros.

Los Equipos multidisciplinarios en salud, son los responsables de consolidar, implementar y evaluar el Plan Integral de Cuidado Primario (PICP). Cada Equipo 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:

- ✓ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
- ✓ Médicos Generales con Entrenamiento en Gestión de Riesgos
- ✓ Odontólogos Generales
- ✓ Jefe de Enfermería
- ✓ Auxiliar de Demanda Inducida
- ✓ Psicología
- ✓ Nutrición
- ✓ Profesional en ciencias del deporte.

En conjunto con los equipos interdisciplinarios, somos parte del apoyo para los programas extramurales (PIC, APS, Concurrencia, Brigadas, entre otros.), Estos equipos están liderados por Gestores Comunitario en Salud, que también son equipos interdisciplinarios para la gestión de los riesgos a través de las intervenciones en los territorios; Estos equipos tienen como mínimo las siguientes competencias, y las adecuaciones que se definan para para territorio:

o 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.

o 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.
o 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
o 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 salud38.
 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.

 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.