1. INTRODUCCIÓN

La OMS define la Atención Primaria en Salud (APS) como el "conjunto de acciones que se llevan a cabo para promover la salud para todos, así como para prevenir y controlar la enfermedad, mediante la mejor distribución de los recursos y medios disponibles.

De acuerdo a la Ley Estatutaria 1751 del 2016 se propone la prestación de servicios de salud como derecho fundamental, para lo cual se modifican los roles de la EPAB, entes territoriales, instituciones prestadoras de servicios de salud, con un modelo de atención integral con enfoque de riesgo orientado desde lo colectivo, la familia y el individuo en un entorno, cuyos determinantes deben ser enfocados he intervenidos, desde los ciclos de vida, por tal motivo el Hospital Santander ESE se propone adoptar esta nueva propuesta.

Es deber del Hospital Santander garantizar la prestación de los servicios de salud de manera integral en todos los procesos desde la promoción, prevención diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en el primer nivel de complejidad, con el modelo de atención propuesto en la Ley Estatutaria, y en este proceso de adaptación tener la posibilidad de garantizar la sostenibilidad financiera a mediano plazo, permitiéndole garantizar la prestación de servicio a la población interviniendo, los factores determinantes y tener capacidad de negociación.

Para ello es necesario desarrollar estrategias que garanticen que el usuario en todos los ciclos de su vida acceda a los servicios mediante la identificación de los factores de riesgo aprovechando los momentos de verdad, cuando el usuario demanda los servicios de salud ambulatorios, urgencias o por referencia en la demanda inducida producida en las estrategias poblacionales de la Alcaldía de Caicedonia.

APS con enfoque de gestión del riesgo es un modelo de prestación de servicios de salud, en la cual se reconoce que para mejorar y mantener el estado de salud de su población se debe basar en la integralidad de la atención, según las necesidades y el riesgo de los pacientes de acuerdo a su grupo de edad.

En referencia a lo anterior, el equipo de Gestión de Riesgo del Hospital Santander ESE ha implementado estrategias, actividades individuales y colectivas con enfoque de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, detección temprana, protección específica y tratamiento oportuno de la enfermedad, en los grupos priorizados de riesgo teniendo como base el perfil epidemiológico de la ESE,

esta estrategia se estructura en el sistema de asignación de la atención aplicada por personal de salud, que direcciona la atención individual a los programas de promoción, prevención, programas especiales, consulta de morbilidad, atención psicológica, entre otros, buscando aumentar la cobertura, impactar en la morbimortalidad a corto y mediano plazo, mejorando la eficiencia y eficacia de acuerdo a las condiciones psicosociales y de salud de cada individuo.

2. JUSTIFICACIÓN DEL MODELO

El "Modelo de Atención Primaria en Salud con Enfoque de Riesgo" surge como una propuesta para optimizar el control de las enfermedades, brindar educación comunitaria e identificar el riesgo de la población de acuerdo a su edad y generar estrategias, que seguidas por el paciente, su entorno y acompañadas por el equipode salud, logran optimizar los resultados, no se trata de un programa para cada enfermedad crónica por separado, tiene una visión integradora y no fraccionada, utilizando estrategias comunes e intervenciones individuales y generales.

Es así como el modelo incluye una amplia gama de intervenciones que cubren entre otras: la promoción de la salud través de la educación sobre el riesgo, la vulnerabilidad y las atenciones en los momentos de verdad del paciente, organizando cuatro grandes prioridades, de acuerdo a los niveles de prevención: promoción de la salud, prevenir, detectar y manejar riesgos además de recuperar lasalud:

1) Promoción de la salud en hábitos y estilos de vida saludables, con énfasis en educación.
2) Detección temprana de factores de riesgo modificables.
3) Diagnóstico y manejo de las enfermedades.
4) Frenar progresión de las enfermedades crónicas.

En el modelo de APS con gestión del riesgo se determina que las estrategias de la prevención de riesgos a cargo de la Nación y las Entidades Territoriales son: definición, desarrollo, seguimiento y evaluación de las políticas públicas de prevención de los riesgos biológicos, consumo, de comportamiento, definición, seguimiento y evaluación de las acciones de prevención y detección temprana del Plan Obligatorio de Salud - POS de los regímenes contributivo y subsidiado,

definición de las normas técnicas y guías de atención integral basadas en la evidencia para estandarizar los procesos de atención en el POS de los regímenes contributivo y subsidiado, desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud.

3. DIAGNOSTICO SITUACIONAL EN EL MUNICIPIO DE CAICEDONIA

Tomando como base el Análisis de Situación de Salud (ASIS) elaborado por la secretaria de Salud del municipio, que estudia la interacción entre las condiciones de vida, causas y el nivel de los procesos de salud en las diferentes escalas territoriales, políticas y sociales. Se incluye como fundamento, el estudio de los grupos poblacionales con diferentes grados de desventaja, consecuencia de la distribución desigual de las condiciones de vida de acuerdo con el sexo, edad y nivel socio económico, entre otras, que se desarrollan en ambientes influenciados por el contexto histórico, geográfico, demográfico, social, económico, cultural, político y epidemiológico, en donde se producen relaciones de determinación y condicionamiento se plantean las prioridades para la gestión del Hospital Santander en el cual se puede concluir los siguientes aspectos relevantes.

- ✓ En la red de servicios de salud el municipio accede en el sistema de referencia al municipio de Sevilla con una ESE de segundo nivel complejidad a 19 Km y Armeniaa 38 Km y el tercer nivel a Armenia y Cali a una distancia de 170 Km. El número de instituciones y recursos para atender la población son adecuados para el primer nivel de complejidad.

- ✓ El número de camas de 0,53 camas por 1000 habitantes para un primer nivel de complejidad puede ser aceptable pero la realidad sobre las camas de II y III nivel que apoyan la atención al municipio resultan insuficientes en la mayoría de lasespecialidades, más notorio en las subespecialidades y en particular para algunas EPS como Medimás. Además de la dificultad en la red del régimen contributivo como la Policía, Cosmitet, Nueva EPS, Medimás contributivo y Coomeva entre otras, con tiempos de respuesta que alcanzan en algunos pacientes hasta 8 días sin lograr ubicar un paciente, siendo más

notorio en los casos de salud mental. Resultado mayor morbilidad, complicaciones y muerte evitable.

- ✓ Para el año 2019 la población se estimó en 28.827 habitantes de las cuales el 81% viven en la zona urbana con 23.542 habitantes y 8.123 viviendas de las cuales el 82% están en la zona urbana del cual se logran identificar 1480 desplazados, 574 Afrodescendientes y 31 indígenas como poblaciones especiales. Para el año 2020la población se estima en 28.521 (fuente DANE proyección municipios).
- ✓ La Pirámide Poblacional que actualmente presenta el Municipio de Caicedonia evidencia que se vienen modificando los niveles de fecundidad y mortalidad,mostrando un aumento en el grupo de 15 - 59 años lo cual hace referencia a una Transición Demográfica y al realizar los análisis de los ciclos vitales a través del tiempo en el Municipio de Caicedonia se puede observar una disminución en la etapa de Infancia (6 a 11 años) y en la Adolescencia (12 a 18 años), mientras que el aumento de la etapa de Adultez (17 a 59 años) y Persona Mayor (60 años y más)es significativo, corroborando la dinámica que presenta la pirámide poblacional.
- ✓ Los índices poblacionales muestran que el índice de infancia disminuye de 28 en el 2005 a 23 en el 2015 y se proyecta que disminuya a 22 en el 2020 el Índice de juventud de igual manera pasa de 23 en el 2005 a 25 en el 2015 y 23 proyectado en el 2020. Y al contrario el Índice de vejez pasado de 9 en el 2005 a 10 en el 2005y a 12 en el 2020. El Índice de envejecimiento aumenta de 30 a 45 y 53 respectivamente en el 2020.

Tabla 12. Proporción de la población por ciclo vital, Caicedonia, Valle del Cauca 2005,2015 y 2020.

Ciclo vital	2005		2015		2020	
	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa
Primera infancia (0 a 5 años)	3224	10%	2816	9%	2752	9%
Infancia (6 a 11 años)	3685	12%	2658	9%	2593	9%
Adolescencia (12 a 18 años)	4296	14%	3312	11%	2965	10%
Juventud (14 a 26 años)	6575	21%	6579	22%	5806	20%
Adultez (17 a 59 años)	17328	56%	17539	59%	16742	57%
Persona mayor (60 años y más)	3717	12%	4505	15%	5145	18%
Total	31110		29830		29333	

- ✓ Oportunidad en el desarrollo de la ESE. La frecuencia relativa del 57% de la población es adulta (entre 17 y 59 años y el 18% es adulta mayor. Esta población demanda mayor servicio por la enfermedad crónica como hipertensión, diabetes, cáncer, servicio de UCI, trauma. Alrededor de 22.000 habitantes están en este grupoo sea el 75% de la población. La incidencia de estas patologías estima en 6564 usuarios de hipertensión 2,188 diabéticos. Se está atendiendo el 20% de esta población.
- ✓ La población en situación de desplazamiento presenta situaciones económicas ysociales difíciles, ya que se trata de población con bajo nivel de escolaridad, se observa que hay una cifra alta entre hombres y mujeres en edades entre los 29 y 60 años, seguido del grupo entre 18 y 28 años, lo que supone que los jóvenes y adultos son los más afectados en tema de Desplazamiento, pero también son las que más llegan al municipio con un total de 1374 usuarios con tendencia al aumentopor ser un municipio receptor.
- ✓ La tendencia de la mortalidad por grandes causas del Municipio de Caicedonia se observa que las Enfermedades del Sistema Circulatorio presentan las tasas másaltas a través del tiempo, aunque es importante su disminución para el año 2014 (1379,3 por cada 100.000 habitantes) y la tendencia con niveles bajos que presenta hasta la fecha que aun así la convierten en la primera causa de muerte para este año. Es importante destacar las tasas de mortalidad por causas externas que presenta su pico más alto en el año 2014 (1367,9 por cada 100.000 habitantes) y elaño 2016 (1594 por cada 100.000 habitantes); los demás grupos presentan una fluctuación con tendencia estable entre el 2011 – 2018. Igual comportamiento se observa en la mortalidad hospitalaria lo que orienta que la ESE debe orientar sus estrategias a la atención del programa de riesgo cardiovascular y la atención del binomio madre hijo para impactar positivamente el estado de salud del municipio.
- ✓ Otro grupo importante corresponde a las neoplasias de la cuales el cáncer de cérvix,mama son las primeras causas con una Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de mama de 15,57 en el 2016 por encima de la Tasa del departamento del Valle de 14.6 y la Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumormaligno del cuello uterino 20,5 por 100.000 comparado con Valle de 38,63.

✓ La Mortalidad Materno – Infantil y en la Niñez con el análisis de la lista de 14 grandes grupos de causa de mortalidad que corresponden a: Ciertas Enfermedades Infecciosas y Parasitarias; Enfermedades del Sistema Nervioso; Enfermedades del Sistema Circulatorio; Enfermedades del Sistema Digestivo; Ciertas afecciones originadas en el periodo Perinatal; Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas y Causas Externas de Morbilidad y Mortalidad.

✓ Las Muertes en la Infancia y la Niñez 2013 – 2018 se comportó mostrando que la mayor causa de muerte fueron Ciertas afecciones originadas en el Periodo Perinatal con el 45%; en segundo lugar, encontramos con un 23% las Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas afectando en su mayoría al grupo de menores de 1 año. Las Causas Externas de Morbilidad y Mortalidad ocupan el tercer lugar con un 13% distribuyéndose de forma similar entre el grupo de 1 a 4 años.

✓ La enfermedad por el VIH / SIDA, dentro del grupo de las Transmisibles / Infecciosas, aportan la tasa ajustada de mortalidad más elevada para los hombres y mujeres; en cuanto al grupo de las Neoplasias los Tumores Malignos de la Tráquea, los Bronquios y el Pulmón representan la primera causa de muerte para los hombres mientras que, para las mujeres son los Tumores de Órganos digestivosexcepto estómago y colon. En el Subgrupo de las Enfermedades del Sistema Circulatorio se observa que para ambos sexos la mayor mortalidad es por Enfermedades Isquémicas del Corazón y en el Subgrupo de Ciertas Afecciones originadas en el periodo perinatal son los trastornos respiratorios del periodoperinatal los que representan la mayor cantidad de muertes en los dos géneros; referente a las Causas Externas las agresiones y homicidios presentan la mayor proporción de muertes para ambos sexos.

✓ En la Mortalidad Infantil para el periodo de estudio la principal causa de defunción fue Ciertas Afecciones originadas en el periodo perinatal, mientras que laRazón de Mortalidad Materna ha permanecido en 0 casos para los últimos años y la Tasa de Mortalidad Neonatal ha tenido una tendencia a la disminución.

✓ En el periodo del año 2014 al 2019 las principales causas de morbilidad en el Municipio de Caicedonia son las Enfermedades No transmisibles, seguidas por las Condiciones Transmisibles y Nutricionales y el perfil del hospital en Consulta

externa corresponde al mismo grupo Hipotensión arterial como primera causa. Infección urinaria con el segundo lugar y las infecciones respiratorias en el grupo demenores de 10 años y adulto mayor.

✓ Las principales causas específicas en enfermedades transmisibles, las Enfermedades Infecciosas y Parasitarias ocupan el primer lugar en casi todos los grupos del ciclo vital, excepto en la Primera Infancia donde la primera causa son lasInfecciones Respiratorias

✓ En el subgrupo denominado Condiciones materno-perinatales, muestran que elcomportamiento en los ciclos vitales en cuanto a las condiciones derivadas duranteel periodo perinatal y las condiciones maternas oscilan entre valores con tendenciaspositivas y negativas

✓ Las enfermedades crónicas no transmisibles las condiciones orales representanuna gran proporción de la morbilidad en casi todos los grupos del ciclo vital. El comportamiento de las lesiones en todos los ciclos vitales muestra que los traumatismos, envenenamientos y otras causas externas ocupan el primer lugar de proporción por morbilidad en todos los ciclos vitales excepto en Juventud, Adultez yPersona Mayor donde la primera causa la tienen las Lesiones no Intencionales

✓ De acuerdo con la Clasificación de Enfermedades de Alto Costo, sólo se presentaron eventos de VIH durante el período 2015-2019 con un total de 19 casos notificados.

✓ En cuanto a la morbilidad de los Eventos Precursores, se estima una tendenciaa decrecer en la Prevalencia de Diabetes Mellitus y la Prevalencia de HipertensiónArterial.

✓ Por su parte los Eventos de Notificación Obligatoria muestra que las Causas Transmisibles, específicamente la Infección Respiratoria Aguda se encuentran por debajo de la estadística Departamental.

✓ La mayor causa de discapacidad para el municipio de Caicedonia corresponde a las alteraciones permanentes del movimiento del cuerpo, seguidas por las alteraciones permanentes de los ojos, sistema nervioso y sistema cardiorrespiratorio.

✓ Las enfermedades mentales y los eventos relacionados con intento de suicidio,ansiedad, depresión, consumo de sustancias psicoactivas y el abuso, la violencia intrafamiliar y eventos relacionados con el conflicto armado y desplazamiento tieneun subregistro importante, evidenciado por el alto nivel de re consulta, no registro de los eventos de ansiedad y depresión.

En conclusión, se obtiene que para el hospital es necesario hacer énfasis por el perfil epidemiológico de la demanda de servicios, la estructura demográfica y su tendenciay la percepción de necesidades por el alto nivel re consulta, en las rutas de atención del binomio madre hijo, las enfermedades crónicas de riesgo cardiovascular, la ruta de atención de enfermedad mental y adolescente con los servicios amigables.

4. OBJETIVOS.

4.1 Objetivo General.

Implementar el modelo de Atención Primaria en Salud con enfoque diferencial, de derechos, comunitario, de ciclo de vida y de riesgo de la población objeto del Hospital Santander ESE.

4.2. Objetivos Específicos.

Caracterizar el entorno individual y familiar de la población objeto del Municipio de Caicedonia Valle a través de la búsqueda activa, por medio de instrumentos que permita la identificación del riesgo individual por gestores.

Clasificar y priorizar las necesidades en salud de la población objeto del Municipio de Caicedonia Valle.

Capacitar y entrenar al equipo de trabajo para garantizar la atención integral con un trato humanizado en la prestación del servicio.

Asignar la atención en salud al usuario, por los profesionales de acuerdo a cada ruta de atención con enfoque integral teniendo en cuenta el entorno biopsicosocial y por ciclos de vida logrando así una atención personalizada por el equipo de trabajo según el riesgo individual, con cobertura completa de todas las contingencias, permitiendo la evaluación de las necesidades, planeación de los tratamientos,

Realizar el seguimiento del proceso individual, familiar y referenciar a la ruta

intersectorial que requiera de acuerdo a cada contingencia, haciendo énfasis en la educación, promoción, prevención y fomento del autocuidado.

Priorizar las rutas de atención integral RIAS de acuerdo con el perfil epidemiológico del municipio de Caicedonia Valle y fortalecer su implementación para mejorar las condiciones en salud.

Lograr la cobertura al usuario de acuerdo con el ciclo de vida que pertenece y las contingencias encontradas, en las actividades de promoción, prevención y programas especiales.

5. MARCO CONCEPTUAL

Atención primaria en salud: Según la OMS la atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país; es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad.

Ciclo de vida: Está definido como un período que incluye todas las diferentes generaciones de una especie, el ciclo de vida es un concepto que remite a la aparición, desarrollo y finalización de la funcionalidad de un determinado elemento.

Ficha familiar: Instrumento esencial para la aplicación modelo de atención, para establecer los determinantes de la salud de las familias y comunidades y garantizar el ejercicio de sus derechos a la salud

Modelo atención integral MIAS: Según el Ministerio de la Protección Social y de la Salud, establece como un modelo operacional que, a partir de las estrategias definidas, adopta 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 integrantes del sistema, en una visión centrada en las personas.

Ruta de atención integral RIAS: Desde el Ministerio de la Protección Social y de la Salud la RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD fue creada para garantizar la integralidad de la atención en salud de la población, las RIAS, las cuales se configuran como la herramienta que ordena la gestión intersectorial y sectorial como plataforma para la respuesta que da lugar a las atenciones/intervenciones en salud dirigidas a todas las personas, familias y comunidades, a partir de: Acciones intersectoriales y sectoriales orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de las personas, familias y comunidades, Atenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación. Acciones de cuidado que se esperan del individuo para el mantenimiento o recuperación de su salud. Las RIAS son una herramienta que definen a los agentes del Sistema de Salud (territorio, asegurador, prestador) y de otros sectores, las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se

esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla. El objetivo de las RIAS es garantizar la atención integral en salud a las personas, familias y comunidades a partir de intervenciones de valoración integral de la salud, detección temprana, protección específica, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y educación para la salud, teniendo en cuenta el mejoramiento de la calidad en todo el continuo de atención, el logro de los resultados esperados en salud, la seguridad y aumento de la satisfacción del usuario y la optimización del uso de los recursos.

Familia: Grupo de personas formado por individuos unidos, primordialmente, por relaciones de filiación o de pareja. También se define, entre otras cosas, como un grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas, lo que lleva implícito los conceptos de parentesco y convivencia, aunque existan otros modos, como la adopción. Según la Declaración Universal de los Derechos Humanos, es el elemento natural, universal y fundamental de la sociedad, tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado.

Hogar: La palabra es usada a para designar a un lugar donde un individuo o grupo habita, creando en ellos la sensación de seguridad y calma. En esta sensación se diferencia del concepto de casa, que sencillamente se refiere a la vivienda física. La palabra hogar proviene del lugar donde se encendía el fuego, a cuyo alrededor se reunía la familia para calentarse y alimentarse. Se aplica también a todas aquellas instituciones residenciales que buscan crear un ambiente hogareño, por ejemplo: hogares de retiros, hogares de crianza, etc.

Entorno: Conjunto de personas, cosas y circunstancias que rodean a alguien o algo e influye en su desarrollo. En ese sentido el entorno en los seres humánanos se clasificarían así.

Entorno hogar

Se comprende como el escenario de refugio, acogida y Afecto. Constituye un espacio de residencia permanente y es fundamental para y establecimiento de vínculos y relaciones sociales de base para la vida Social, cultural y política de las personas y las familias. Por lo tanto, pueden ser Hogares familiares o no familiares.

Entorno Social.

Conjunto de circunstancias y condiciones laborales, familiares, educativas o económicas que rodean a toda persona.

Es decir, es la cultura en la que ese hombre o mujer ha crecido y se ha educado.

Entorno Educativo.

Comprendido como escenarios de vida cotidiana donde la comunidad educativa desarrolla capacidades a través de procesos de enseñanza/aprendizajes contextualizados, que permiten la construcción social y reproducción de la cultura, el pensamiento, la afectividad, los hábitos y estilos de vida; que le brindarán mejores formas de vivir y relacionarse consigo mismo, con los demás y con el ambiente.

Entorno Empresarial,

Por su parte, señala al marco externo que influye en el desarrollo de la actividad de una empresa: "

Entorno Natural

Está vinculada al medio ambiente e incluye lo referente al aire, el paisaje, la vegetación y la fauna.

Entorno Comunitario.

Se comprende como los espacios donde se da la dinámica social de las personas y los colectivos dispuestos en grupos de base, redes sociales y comunitarias; así como también, los espacios de relación, encuentro y desplazamiento, como son las infraestructuras, bienes y servicios dispuestos en el espacio público. Se compone de espacios abiertos, caracterizados por el libre acceso.

Entorno institucional.

Se comprende como los espacios intramurales de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (Públicas y privadas) donde interactúan los integrantes del Sistema de Salud para garantizar la atención integral en salud a los usuarios mediante intervenciones individuales y colectivas, teniendo en cuenta la disponibilidad de servicios habilitados, en el territorio y los atributos de calidad de la atención en salud.

Población objeto: Es aquella que será beneficiada con la ejecución de un proyecto o programa. Se identifica a partir de la población de referencia, definida como la población total del área de influencia, perteneciente al grupo en estudio (por ejemplo, si el problema identificado afecta a la tercera edad, la población de referencia es el total de la población de la tercera edad ubicada en el área de influencia). De la población de referencia se identifican dos subgrupos: la población afectada por el problema (población con problema o potencial) y la no afectada (población potencial o sin problema).

Gestión de riesgos: Hace referencia a la aplicación de un enfoque estructurado para manejar la incertidumbre relativa a una amenaza, a través de una secuencia de actividades humanas que incluyen evaluación de riesgo, estrategias de desarrollo para manejarlo y mitigación del riesgo utilizando recursos gerenciales. Las estrategias incluyen transferir el riesgo a otra parte, evadir el riesgo, reducir los

efectos negativos del riesgo y aceptar algunas o todas las consecuencias de un riesgo particular.

El objetivo de la gestión de riesgos es reducir diferentes riesgos relativos a un ámbito preseleccionado a un nivel aceptado por la sociedad. Puede referirse a numerosos tipos de amenazas causadas por el medio ambiente, la tecnología, los seres humanos, las organizaciones y la política. Por otro lado, involucra todos los recursos disponibles por los seres humanos o, en particular, por una entidad.

Para realizar el proceso de gestión de riesgo la ESE estructura la ruta a partir de dos entradas por referencia del usuario caracterizado en la vivienda para un tipo de atención o por demanda espontanea a la IPS donde un gestor en salud aplica la ficha para identificar los riesgos individuales en sus antecedentes, necesidades sentidas en salud, ciclo de vida y define el tipo de atención que requiere cubriendo todas las contingencias hasta finalizar su atención en el periodo o dando seguimiento durante toda la vigencia. Esta atención se refuerza con todo el equipo de salud como Enfermera, Auxiliar de enfermería, Medico, Psicólogo, quienes deben hacer énfasis en el enfoque de riesgo integral.

Intervenciones de gestión integral del riesgo en salud: De acuerdo con la Política de Atención Integral en Salud – PAIS (MSPS, 2015), 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 e intersectoriales en la identificación de las circunstancias y condiciones que inciden en su aparición y desenlace, originadas en los individuos, los colectivos y en los entornos donde se desarrollan; la clasificación de las personas según se vean afectadas por estas circunstancias y condiciones, así como el diseño y puesta en marcha de acciones integrales y efectivas para eliminarlas, disminuirlas o mitigarlas" Esta gestión integral del riesgo en salud, 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.

6. MARCO NORMATIVO

LEY 1122 DE 2007:
Por la cual se introducen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (Ley 100 del 93), en los aspectos de dirección, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización y mejoramiento en la prestación de los servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y en las funciones de inspección, vigilancia y control, así como en la organización y funcionamiento de las redes para la prestación de servicios de salud. Esta Ley define la Salud pública como el conjunto de políticas que buscan garantizar, de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país.

El Plan de Salud Pública 2012-2021:
Se encuentra fundamentado sobre un marco conceptual que acoge tendencias internacionales como la Iniciativa de Salud en las Américas, el desarrollo de las Funciones Esenciales en Salud pública, los compromisos Internacionales como el Desarrollo de los Objetivos del Milenio. Las líneas que define el Plan son la Promoción de la Salud y la calidad de vida, la prevención de los riesgos, la recuperación y superación de los daños, la vigilancia en salud y la gestión del conocimiento.

Tiene como propósito definir la política pública en salud que garantice las condiciones para mejorar la salud de la población Colombiana, prolongando la vida y los años de vida libres de enfermedad, promoviendo los hábitos y estilos de vida saludables, previniendo y superando los riesgos para la salud, y recuperando o minimizando el daño, entendiendo la salud como un derecho esencial individual, colectivo y comunitario logrado en función de las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida, mediante acciones sectoriales e intersectoriales. Pretende, además, evitar la progresión y los desenlaces adversos de la enfermedad.

Las líneas que define el modelo de APS con gestión del riego: La promoción de la salud y la calidad de vida; la prevención de los riesgos fiscos y mentales; la recuperación y superación de los daños en la salud física y mental, la gestión integral para el desarrollo operativo y funcional.

Ley 1616 de 2013:
Norma por la cual se expide la ley de Salud Mental la cual tiene como objeto "el ejercicio pleno de la Salud Mental en Colombia, priorizando a los niños, niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y prevención del trastorno mental, la atención integral e integrada en salud mental en el ámbito del SGSSS, de conformidad con lo conceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de la calidad de vida y la estrategia y principios de la atención primaria en salud".

Ley 1751 de 2016:
La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección. Comprende 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. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas.

Resolución 429 de 2016:
Por medio de la cual Ministerio de la Protección Social en Salud adopta la Política de atención integral de salud.

Resolución 3280 de 2018:
Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación.

7. METODOLOGIA

FUENTE DE INFORMACIÓN Y REVISIÓN:

La elaboración del presente Modelo de Atención Integral con enfoque del Riesgo inicio por el plan de desarrollo trabajando por la salud todos del Hospital Santander ESE y la revisión de las diferentes guías de manejo emitidas por el Ministerios de la Protección Social y Salud vigentes y actualizadas en la Atención de manejo de: ansiedad, depresión, Hipertensión Arterial, Diabetes, binomio madre hijo, guías de práctica clínica basadas en la evidencia sobre el tamizaje, diagnóstico y tratamiento las guías son socializadas con el equipo interdisciplinario de la institución (médicos, enfermeras, auxiliares, promotoras, psicólogos, auditor médico, laboratorio, odontología y farmacia).

FORMACIÓN Y ABORDAJE DEL MODELO ADAPTADO A LAS CONDICIONES DE LA ESE HOSPITAL SANTANDER:

Teniendo en cuenta los anteriores elementos, se realizó una primera formulación del abordaje del modelo creando una ruta de entrada de los servicios que presta el Hospital Santander ESE así: Morbilidad, Programa de promoción y prevención, Programas especiales. Desde allí teniendo en cuenta grupo etario se medirán los riesgos de acuerdo a la edad, por medio de una encuesta que posterior mente servirá de guía para direccionar el paciente, el modelo de atención primaria con enfoque del riesgo tendrá las siguientes prioridades:

- ✓ Promoción de salud en hábitos y estilos de vida saludable
- ✓ Detección temprana de factores de riesgo fisco y mental.
- ✓ Seguridad del paciente.
- ✓ Frenar progresión de las enfermedades relevantes.

Para la primera se fortalece las acciones comunitarias tendientes a la intervención, educación, comunicación de la línea de acción en hábitos saludables de la comunidad; para la segunda el tamizaje en población "sana", identificación y abordaje individualizado de cada factor encontrado; para la tercera prioridad, se toma de referencia las guías de manejo basadas en la evidencia clínica de enfermedades de impacto en salud pública como hipertensión, diabetes, depresión, mujeres gestantes y los demás riesgos que se tengan de acuerdo con la edad, finalmente, la cuarta prioridad resalta el control de metas de intervención según el diagnóstico encontrado, se toma la decisión criterios de referencia a nivel superior y pertinencia en la decisión clínica.

Socialización del modelo de APS con enfoque de riesgo:
Se programan una serie de acciones tanto en los clientes internos (personal operativo, y administrativo) y clientes externos (usuarios de los servicios) que presta del Hospital Santander ESE que permitan conocer la ruta y los alcances del modelo, así mismo capacitar a los profesionales de la salud que intervienen de acuerdo a cada ruta de atención.

Definición de Indicadores de Seguimiento:
Por último, se desarrollaron los indicadores básicos que permitirán hacer seguimiento e identificar las desviaciones que nos lleven a un mejoramiento continuo en la implementación del Modelo de Atención primaria en salud con enfoque de gestión del riesgo y evaluar el impacto del mismo en prevención de los factores de riesgo, detección temprana y freno de la progresión de la enfermedad.

8. RUTA DE ENTRADA.

LA ruta de atención inicia con la solicitud del servicio por parte del usuario:

- ✓ Solicitud de Información y Atención al Usuario
- ✓ Solicitud de servicios de atención primaria en salud: Programas de Promoción y mantenimiento de la Salud y Programas para grupos de Riesgo
- ✓ Solicitud de Servicios Ambulatorios: Consulta Externa, Odontología y Psicología.
- ✓ Solicitud de Servicios Hospitalarios: Hospitalización, partos, Urgencias, Procedimientos
- ✓ Solicitud de Servicios de Apoyo: Fisioterapia/terapia respiratoria, laboratorio clínico y rayos X.

9. PLANTILLAS DE IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO

Se desarrolla la ficha individual de riesgo en el Programa CNT para ser aplicada por los gestores en salud modulo asistencial siendo parte de la historia clínica aplicando la ruta de atención del modelo de atención integral.

- ✓ Identificación con todas las variables para el reporte de los RIPS.
- ✓ Datos para la Resolución 4505 que permiten actualizar la información de manera permanente y consultada por los programas.
- ✓ Identificación de los antecedentes personales y familiares.
- ✓ Aplicación de la encuesta Find Risk para la identificación del riesgo metabólico para los grupos mayores a 10 años y de acuerdo a la GPC dislipidemia, Diabetes mellitus I y II.
- ✓ Aplicación de modelo de Framingham para orientar principalmente a los mayores de 45 años con reporte de Colesterol total HDL y otros factores de riesgo para hombres y mujeres de acuerdo a las GPC de riesgo cardiovascular.
- ✓ Registro de la indicación de medicamentos al paciente con el objetivo de resumir y evaluar los antecedentes de formulación.
- ✓ Identificación del riesgo de depresión aplicando la GPC Depresión adoptada por la institución y para activar la ruta de atención APS en salud mental
- ✓ La encuesta es orientada por dos preguntas así:
  ¿Durante los Últimos 30 días se ha sentido a menudo desanimado, deprimido o con pocas esperanzas?
  ¿Durante los Últimos 30 días ha sentido a menudo poco interés o placer al hacer cosas que habitualmente disfrutaba?

Decisión de la conducta a tomar por parte del gestor quien debe educar al paciente y garantizar la asignación de la cita en el programa o la atención por el profesional respectivo por ciclo de vida, ajustados a la Resolución 3280 del 2018.

10. VALORACION POR EL EQUIPO INTERDISICIPLINARIO DE APOYO

El manejo de la gestión del riesgo supone la conformación de un equipo de trabajo básico con profesionales de medicina, enfermería, psicología, odontología. Podrán vincularse otros profesionales de acuerdo con las propuestas de atención y las necesidades de atención de cada usuario.

El profesional de medicina será el encargado de liderar el programa en cuanto al diagnóstico, responsable de liderar el manejo clínico del usuario y favorecer la articulación con otras intervenciones.

El profesional de enfermería será el encargado de la clasificación y articulación de intervenciones, Búsqueda activa de usuarios ante problemas de cumplimiento, coordinación de suministro de medicamentos y entrega de órdenes de laboratorio de control, administración de información y documentación requerida por el usuario, es el punto de contacto permanente entre el usuario y el programa

El profesional de psicología dará soporte a las intervenciones del equipo en la esfera emocional y psicosocial, en lo relativo a la reducción del riesgo, el desarrollo de capacidad para aceptar el estado mórbido, sus relaciones con la comunidad, la familia y los otros y continuar su vida personal y familiar, controlando la enfermedad. Incluye terapia de grupos.

Las acciones de educación de la persona en riesgo, la familia y los cuidadores serán realizadas por todo el equipo terapéutico de acuerdo con su área de competencia y serán transversales a todo el proceso de manejo.

11. BARRERAS IDENTIFICADAS

De la capacitación realizada al grupo de gestoras y de las reuniones con los profesionales se obtienen las siguientes barreras:

Las personas trabajan jornadas amplias y no pueden acceder a los programas ya que en muchos casos las empresas no dan permiso para asistir.

Pacientes en portabilidad y movilidad con respuesta lenta por parte de las EAPB.
Se repiten acciones innecesarias por parte de los médicos en la formulación de anticonceptivos e hipertensos o programa de riesgo cardiovascular.

Barreras de política en dispensación de medicamentos, por los tiempos estipulados

para entregar el medicamento.

Planificación familiar cuando suspende por parte de la paciente para reactivar el programa.

Los tiempos de programación no se cumplen. El Sistema CNT no permite organizar el horario de los médicos se programa por 15 minutos.

La atención en las veredas es deficiente por falta de información al paciente, no adecuado registro de las historias clínicas.

Los médicos no diligencian toda la plantilla de la historia clínica.

Hay médicos que dicen que no hacen controles de primera vez en C y D así tenga agenda.

No toman la citología a mayores de 69 años se tiene barreras por criterio.

12. INDICADORES

ACCION	TIPO DE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	FUENTE DE INFORMACION
Cobertura de pacientes con ficha de riesgo que demandan servicios de salud.	Proceso	Número de usuarios con ficha de riesgo aplicada / total de usuarios que demandan servicio por mes	CNT, ficha de riesgo.
Calidad de los registrosen los instrumentos de Información.	Proceso	Número de instrumentos diligenciados correctamente / totalde instrumentos revisados en el periodo	CNT, ficha de riesgo.
Cobertura de programas o rutas de atención	Proceso	Número de usuarios atendidos en programa / Número de usuarios en riesgo u objeto del programa	CNT, ficha de riesgo.
Oportunidad en la atención por cada programa o ruta de atención.	Resultado	Número de días entre la atención de la cita en el programa / total depacientes a atender.	CNT

Jorge Alberto Zuluaga Fonseca
Gerente Hospital Santander ESE
Caicedonia Valle del Cauca

13. REFERENTE BIBLIOGRAFICO

- Ley 1616 de 2013. Por la cual se regula el ejercicio del derecho a la Salud enla Población Colombiana.
- Resolución 3280 de 2018. Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud
- Ministerio de Salud y de la protección social. Política de atención integral de salud. 2016.
- Ministerio de Salud y de la protección social. Rutas de atención integral en Salud
- OPS/OMS. Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud. Enfoque de Competencias: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. 2006.
- OPS/OMS. Consulta Regional de Recursos Humanos en el Sector de la Salud: Retos fundamentales en: http://observatoriorh.org. La salud Pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción.Publicación científica y técnica. 2007).
- OPS/OMS. Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud: La Renovación de la APS. 2005
- Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud Gobernación Departamento del Valle. Secretaria Departamental de Salud del Valle del Cauca Dirección Local de Salud Municipio de Caicedonia Área de Epidemiología Grupo ASIS 2019.