



MINSALUD



**TODOS POR UN
NUEVO PAÍS**

PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD

“Hacia un nuevo modelo de atención integral en salud”

Ministerio de Salud y Protección Social



Política de Atención Integral en Salud
Ministerio de Salud y Protección Social.
Bogotá D.C., Enero de 2016



Ministerio de Salud y Protección Social

Alejandro Gaviria Uribe

Ministro de Salud y Protección Social

Fernando Ruiz Gómez

Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios

Carmen Eugenia Dávila Guerrero

Viceministerio de Protección Social

Gerardo Burgos Bernal

Secretaría General

Direcciones

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

Oficinas

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

Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud:

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

Comité Coordinación, Apoyo Técnico y Redacción.

Fernando Ruiz Gómez
Mery Barragán Ávila
Álvaro López Villa
Fernando Ramírez Campos
John Francisco Ariza Montoya
Catalina María Cruz Rodríguez
José Fernando Arias
Catherine Helene Ramírez Gutiérrez

Participantes Comité Ampliado

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

CONTENIDO

1	CONTEXTO INSTITUCIONAL Y JUSTIFICACIÓN	7
1.1	Resultados en seguridad social	7
1.2	Sistema de Salud y Estado de salud	8
1.3	Características de la oferta de servicios de salud	12
1.4	La Intervención en salud pública	18
1.5	Condiciones de los recursos humanos	19
1.6	Efectos del sistema de incentivos	21
1.7	Situación financiera del Sistema	23
2	SISTEMA DE SALUD, LEY ESTATUTARIA Y PLAN DE DESARROLLO	25
3	POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD	29
3.1	Marco estratégico de la Política de Atención Integral en Salud	31
3.1.1	Atención Primaria en Salud	32
3.1.2	Cuidado de la salud	37
3.1.3	Gestión Integral del Riesgo en Salud	39
3.1.4	Enfoque Diferencial	43
3.2	Modelo Integral de Atención en Salud, MIAS	44
3.2.1	Grupos de población y grupos de riesgo	47
3.2.2	Rutas Integrales de Atención en Salud, RIAS	49
3.2.3	Implementación de la Gestión Integral del Riesgo de Salud	59
3.2.4	Territorialización del Modelo Integral de Atención en Salud	63
3.2.5	Redes Integrales de Prestación de Servicios	67
3.2.6	Rol del asegurador	76
3.2.7	Redefinición del esquema de incentivos	79
3.2.8	Requerimientos y procesos del sistema de información	81
3.2.9	Retos en la innovación, investigación y apropiación de conocimiento	83
3.2.10	Implementación y evaluación del MIAS	87
4.	REFERENCIAS	90

1 CONTEXTO INSTITUCIONAL Y JUSTIFICACIÓN

1.1 Resultados en seguridad social

El Sistema General de Seguridad Social en Salud implantado por la Ley 100 de 1993, ha sido reformado en su estructura general a través de diferentes normas, en particular las leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011. Así mismo, el componente de salud pública fue desarrollado mediante la Ley 9 de 1979 en cuanto a medidas sanitarias; la Ley 10 de 1990 definió el modelo de descentralización y la ley 715 de 2001 determinó las competencias y la estructura financiera descentralizada. Adicionalmente, la Ley 1164 de 2007 reguló las condiciones del talento humano en salud. A estas normas se deben agregar la Ley 1751 de 2015 o Ley Estatutaria de la Salud y la Ley 1753 de 2013, Plan Nacional de Desarrollo. Este conjunto de normas ha determinado un modelo de aseguramiento social, con integración público--privado y dos regímenes de aseguramiento: subsidiado para aquellos sin capacidad de pago, y contributivo para la población del sector formal y los independientes con capacidad de pago. Nominalmente en Colombia toda la población accede a todas las tecnologías en salud a través de dos mecanismos administrativos: el aseguramiento y lo que se ha denominado NO POS (reembolso).

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

En cuanto al primer objetivo, el sistema muestra avances en protección financiera y solidaridad en la contribución¹. Así mismo, se han logrado reducir sustancialmente las brechas de inequidad. El gasto de bolsillo en salud ha disminuido del 43% del gasto total en 1995, hasta el 14% en 2014 (Barón, 2014). Los índices de gasto catastrófico, que miden la participación relativa del gasto en salud sobre el ingreso de las familias, indican que el esquema de aseguramiento social adoptado en la reforma logró reducir muy rápidamente la fracción de gasto en salud del gasto global de los hogares, posibilitando así un efecto de conservación del ingreso a las familias, derivado del menor gasto catastrófico (Amaya & Ruiz, 2011). Tanto en grandes ciudades como en regiones apartadas, la población ha valorado los efectos positivos del aseguramiento social sobre el equilibrio de la estructura financiera de las familias (Trujillo y cols., 2012). De hecho, un reciente estudio muestra cómo Colombia tiene el menor gasto de bolsillo como proporción del gasto total entre los 10 países de

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

mayor nivel de desarrollo económico en Latinoamérica, menos del 50% del gasto promedio de los países analizados²

También es significativo cómo el país tiene una gran proporción de hogares con alta vulnerabilidad al gasto catastrófico en salud. Dmytraczenko y Cols evidenciaron que, si bien, se presenta la mayor reducción en el gasto de bolsillo en salud, Colombia continúa siendo uno de los países con mayor riesgo de afectación del ingreso como consecuencia del gasto catastrófico en salud (2015). Esta mayor protección financiera también ha posibilitado un efecto de mayor acceso derivado de la eficiencia en la respuesta de los servicios de salud, integrada bajo condiciones de competencia. El sistema colombiano tiene los mejores resultados del continente en la combinación de reducción de riesgo financiero y acceso a servicios hospitalarios de alta complejidad (Wagstaff y Cols., 2015). En cuanto a la cobertura de la seguridad social en salud, en 1990 solo el 15.7% de la población estaba asegurada (Estudio Sectorial de Salud; Yepes y cols., 1990). Transcurridos 21 años, la cobertura de la seguridad social ha alcanzado el 96,6% (2014). El régimen subsidiado cubre el 48% de la población mientras el contributivo el 43.6% y 5% está afiliada a regímenes especiales y de excepción (Fuerzas Militares, Policía Nacional, el Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio, Ecopetrol, y las universidades públicas u oficiales que se acogieron a la Ley 647 de 2001) (Base única de afiliación, 2015). Estos resultados se han logrado con baja inversión del Estado; un 6.3% del PIB, no muy diferente al gasto en salud antes de la reforma³. Esta proporción representa un gasto per cápita de aproximadamente US\$ 500⁴.

1.2 Sistema de Salud y Estado de salud

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

² Cavangero, 2015

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

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

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

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

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

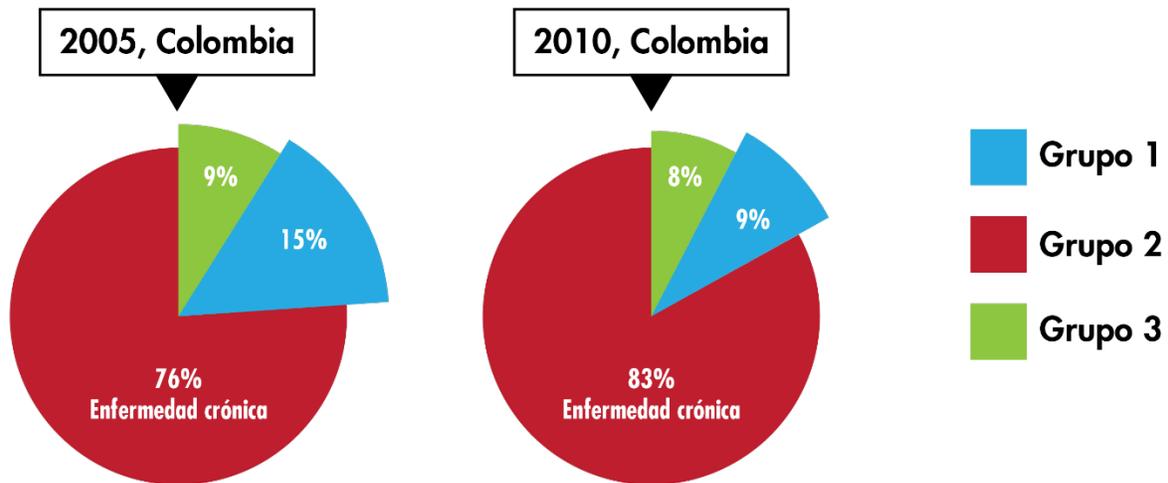
Estos resultados indican una acelerada progresión en el patrón epidemiológico, a partir de los problemas carenciales y las enfermedades transmisibles hacia causas de mortalidad de etiología compleja, relacionada con los factores ambientales y de estilo de vida, propios de sociedades más urbanizadas.

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

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

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

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

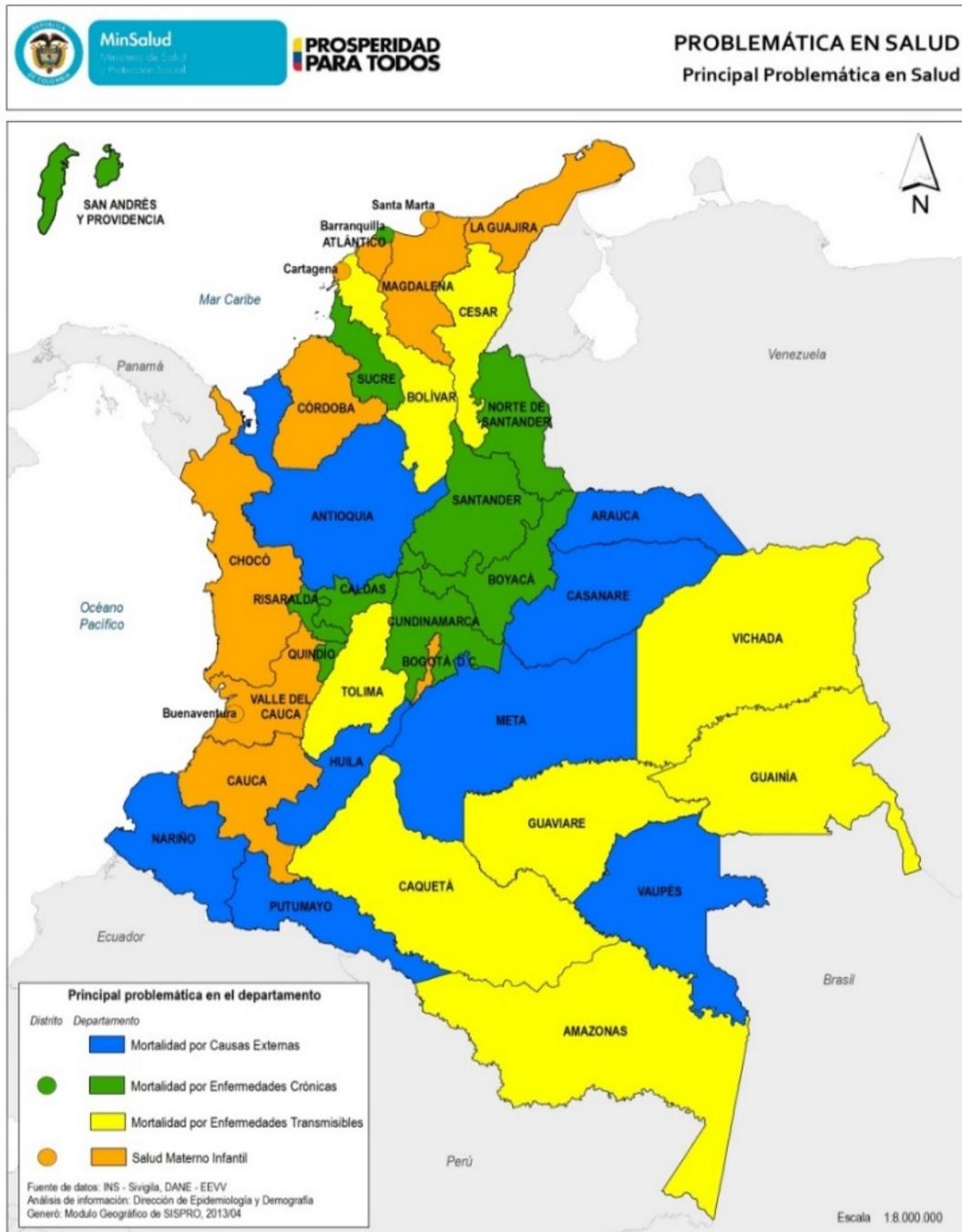


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, y Pontificia Universidad Javeriana. Estimación de la carga de la enfermedad para Colombia, 2010.

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

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

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



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

Los perfiles de mortalidad regional plantean la necesidad de formular respuestas diferenciadas entre las regiones del país, según la afectación de los determinantes

de la salud. Las intervenciones deben adaptarse a las condiciones de servicios, a las características de la demanda y la capacidad en recursos humanos y tecnológicos en cada territorio. Esto puede justificar la implantación de modelos de atención y la prestación de servicios diferenciados según el tipo de territorio, tanto desde las autoridades sanitarias que tienen a su cargo la salud pública como desde las aseguradoras y las redes de prestación. Al Ministerio de Salud esto le implica desarrollar la capacidad para dar asistencia técnica específica a los requerimientos de modelos diferenciales de atención.

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

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

1.3 Características de la oferta de servicios de salud

El Sistema General de Seguridad Social en Salud ha logrado avances en lo relacionado con cobertura, acceso y equidad; en paralelo se ha evidenciado una expansión en la oferta nacional de los servicios de salud con crecimiento predominante en el sector privado y en el segmento de mayor complejidad tecnológica. El crecimiento en la oferta privada se ha concentrado en los profesionales independientes, los cuales durante el periodo 2013 – 2016 pasan de 35.290 a 35.396 (incremento del 0.3%); pese a este crecimiento, la oferta de servicios durante este periodo ha disminuido en un 1.4%.

Respecto a la capacidad instalada, para el mismo periodo se ha observado un incremento general del 9%; sin embargo, este comportamiento no es sostenido; en el caso de las camas se incrementa en un 8.5%, con una disminución en los

prestadores públicos de 2.8%, e incremento en los prestadores privados del 16.9%. En el caso de las ambulancias el incremento global del 28.0% se encuentra ligado a los prestadores públicos (31.0% en los públicos y 25.8% en los privados). Lo más representativo en términos de capacidad instalada es la reducción entre los prestadores de su capacidad instalada en salas de parto y quirófanos; para el caso de los partos se presenta una disminución del 14.1%, siendo más representativa en los prestadores privados 28.1% y en caso de los quirófanos disminuye en 3.5%, con un efecto dado por la disminución significativa en los prestadores públicos en un 12.0%.

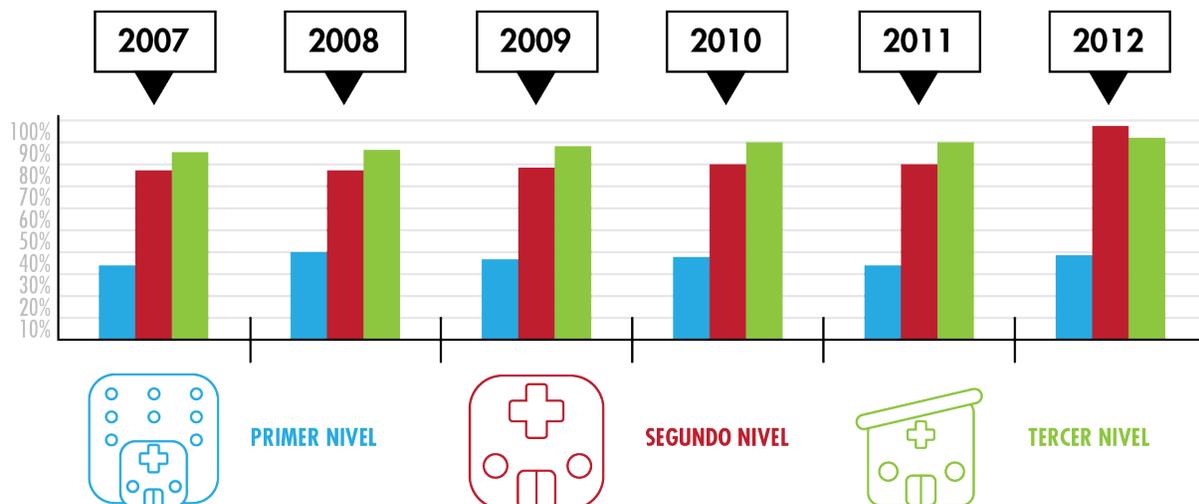
Por su parte las competencias y perfiles de los recursos humanos formados para garantizar el servicio primario en salud son insuficientes para potenciar mayor capacidad resolutoria, profundizando la baja respuesta institucional y generando represamiento de demandas en salud. En la mediana y alta complejidad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

Con respecto a los prestadores públicos, se observa una disminución en la oferta de servicios de los primeros niveles de atención la cual ha disminuido entre 2013 y 2016 en un 2.4%; en el segundo nivel se presenta el mismo comportamiento con una disminución del 1.1%; llama la atención el crecimiento significativo de las IPS públicas de tercer nivel de atención las cuales crecen durante el mismo periodo en 9.8%. Adicionalmente, los niveles de atención básicos presentan alta obsolescencia tecnológica, deficiencia en cantidad, pertinencia y calidad del personal de salud y de infraestructura, efectos que pueden ser evidenciados en la oferta pública, donde la inversión en reposición ha sido escasa.

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

Los niveles de ocupación en los prestadores públicos permiten evidenciar la tendencia de la atención en los niveles de atención superiores; mientras que los niveles de ocupación en el primer nivel de atención no alcanzan el 40%, los demás niveles superan el 78% en el periodo 2007 – 2012, con tasa de ocupación por encima de 97% en el segundo nivel y de 91% en el tercer nivel. La limitación en la respuesta ha sido creciente en los últimos años. En 2007, el 48% de los partos eran remitidos a los centros de mayor complejidad desde los hospitales públicos de primer nivel, para 2012 el 88% generaban esta misma situación, lo cual permite inferir el incentivo al crecimiento de la cesárea en el país, que pasó del 25% en 1998 a 46% en 2013. Esta situación puede estar evidenciada principalmente por los débiles procesos de referencia y contra referencia, el casi inexistente intercambio de la información de registros clínicos entre prestadores y aseguradores y los deficientes procesos de articulación de los prestadores en las redes para posibilitar estos propósitos y garantizar procesos de atención en salud en condiciones de calidad.

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

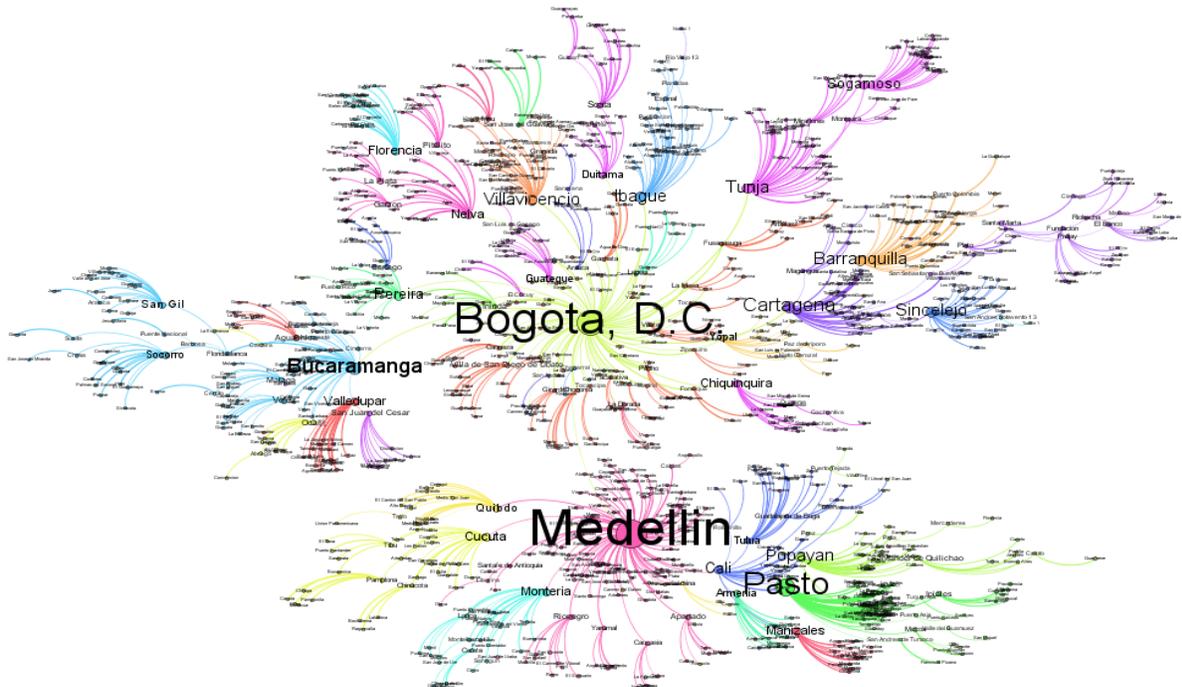


Fuente: Indicadores calculados por el MSPS a partir de la información reportada por las IPS públicas en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004.

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

Se evidencia una concentración de las atenciones de carácter nacional; a partir del análisis de la economía geográfica en la prestación de servicios de salud se observan cerca de 20 nodos que centralizan el flujo de procedimientos médicos para pacientes provenientes de los 1,101 municipios del país. Cuando se analiza el flujo de consulta especializada se observa que este flujo se concentra aún más en diez nodos; seis nodos, por su parte, concentran el flujo de procedimientos hospitalarios (Bogotá, Medellín, Bucaramanga, Pasto, Cali y Barranquilla), con dominancia marcada de Bogotá y Medellín como agrupadores finales de referencia. (Páez y Cols, 2012).

Gráfico 3 Flujo de pacientes para la prestación de procedimientos médicos según ciudad, Colombia 2012



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

Por último, bajo el esquema del SGSSS y con base en los actores que intervienen aún se visibiliza la existencia de “disconformidad y contradicción entre aseguradores y prestadores, por la forma en que los aseguradores definen precios y contratan a los prestadores de servicios”⁵; de manera adicional los contratos entre aseguradores y prestadores tienden a ser incompletos e inestables. Es también evidente que existen diferencias de precios entre los mercados de prestación que indican diferencias en la concentración y poder de negociación entre aseguradores y prestadores (Ruiz, 2015). En el primer nivel de atención la contratación suele corresponder a la capitación sin umbrales y límites definidos y tanto aseguradores como prestadores tienden a generar rentas sobre las asimetrías en los contratos; los primeros, mediante el uso de la autorización como mecanismo para modular la oferta; y los prestadores de primer nivel en la derivación de pacientes y mantenimiento de una estructura no resolutive pero menos costosa para la prestación de servicios. Ante la carencia de una adecuada gestión del riesgo y de la enfermedad,

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

el paciente queda a merced de su propia capacidad de gestión frente al asegurador para obtener los servicios que requiere.

Se puede concluir que el supuesto inicial de mercados de servicios modulados por el mercado no ha posibilitado una regulación extensiva de acuerdo con el interés del usuario y la consolidación del derecho a la salud de toda la población, relacionada con ciudadanos, sujetos de derechos, y operada a través de acuerdos institucionales y un contrato social aceptado por todos los agentes⁶. Este tipo de estrategias optimizadoras basadas en la competencia no regulada entre los agentes ha derivado en diferentes fallas:

- Descreme de mercado⁷, contratación selectiva y racionamiento desde el asegurador
- Inducción de demanda, barreras de entrada y captura del regulador desde los prestadores de servicios de salud, IPS
- Concentración de oferta y control de la formación desde los grupos médicos
- Riesgo moral y selección adversa desde los usuarios
- Aumento de la utilización y pago de servicios de alta tecnología (inducción de demanda de alta tecnología) y baja capacidad resolutive en el nivel primario que está en contacto directo con la población

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

Si bien es cierto que se observa de manera global un comportamiento creciente de la oferta de servicios, este fenómeno como tal no garantiza que se cuente con las condiciones adecuadas para el sector salud, ya que los incrementos o decrecimientos

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

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

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

no ha estado ligado a análisis de las necesidades y las condiciones propias de la demanda, y han respondido más a incentivos hacia una mayor producción de servicios de salud en términos del número de actividades realizadas, más no en la búsqueda de los resultados en salud o de una prestación de servicios de salud en condiciones de accesibilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución; esto conduce al desajuste entre los requerimientos de la demanda y la capacidad resolutoria, con atributos de calidad, integralidad y continuidad, de los servicios de baja complejidad, con limitada eficacia en las acciones individuales y colectivas cuyo objetivo sea la promoción de la salud y la gestión del riesgo⁹.

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

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

Todo lo anterior puede resumirse así:

- Plataforma de prestación de servicios estructurada a partir de la disponibilidad de tecnología -y de sus diferenciales de precio- y no de los requerimientos de la demanda y el ciclo de servicio
- Incremento en los gastos en producción de servicios en los hospitales de alta complejidad derivado de problemas en el flujo de recursos y deficiencias en la gestión de las instituciones, lo cual puede conllevar a condiciones de insostenibilidad financiera

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

- Excesos de demanda hacia los hospitales de alta complejidad, con concentración del uso en casos que no requieren de alta tecnología
- Congestión en la puerta de entrada de urgencias con prolongados tiempos de espera en el proceso de asignación de camas hospitalarias¹⁰
- Baja capacidad resolutoria de los servicios básicos que los ha transformado en “centros de remisión” a los hospitales de mayor complejidad
- Limitaciones en la disponibilidad de recursos humanos, en particular en las especialidades médicas y el personal de enfermería, con concentración de recursos humanos en las grandes ciudades
- Limitaciones en la disponibilidad de información para la planificación de la oferta de servicios de salud tanto pública como privada, y no posibilidad de garantizar el seguimiento a las condiciones actuales de la prestación de los servicios de salud.

1.4 La Intervención en salud pública

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

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

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

en la escala de operación para ejecutar intervenciones en salud colectiva de manera costo-efectiva.

De otra parte, la heterogeneidad territorial y poblacional del país contrasta con un aseguramiento que interviene los riesgos de la población de manera homogénea, sin considerar los condicionantes de la dispersión poblacional y territorial sobre los desenlaces en la prestación de los servicios¹¹.

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

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

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

1.5 Condiciones de los recursos humanos

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

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

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

En relación con la formación del THS, el país ha tenido un aumento progresivo y sostenido a través del tiempo, lo cual se explica por el incremento significativo de la oferta educativa observada a partir de la década de los 90s. Este fortalecimiento de la oferta de talento humano permitió dar respuesta a la demanda de servicios de salud generada por el crecimiento acelerado de la afiliación al SGSSS en los últimos años. Si bien, la titulación de médicos generales y enfermeras se ha incrementado en los últimos años¹², la tasa de formación de especialistas se ha mantenido estática e incluso ha bajado en la proporción de nuevos especialistas por habitantes que ingresan al mercado laboral (Minsalud, 2014). Esto ha impedido la expansión de la oferta, en particular en grandes y medianas ciudades (Matallana y Cols, 2013), más cuando, el perfil del THS ha tendido a la hiper especialización y alta tecnología.

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

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

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

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

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

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

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

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

1.6 Efectos del sistema de incentivos

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

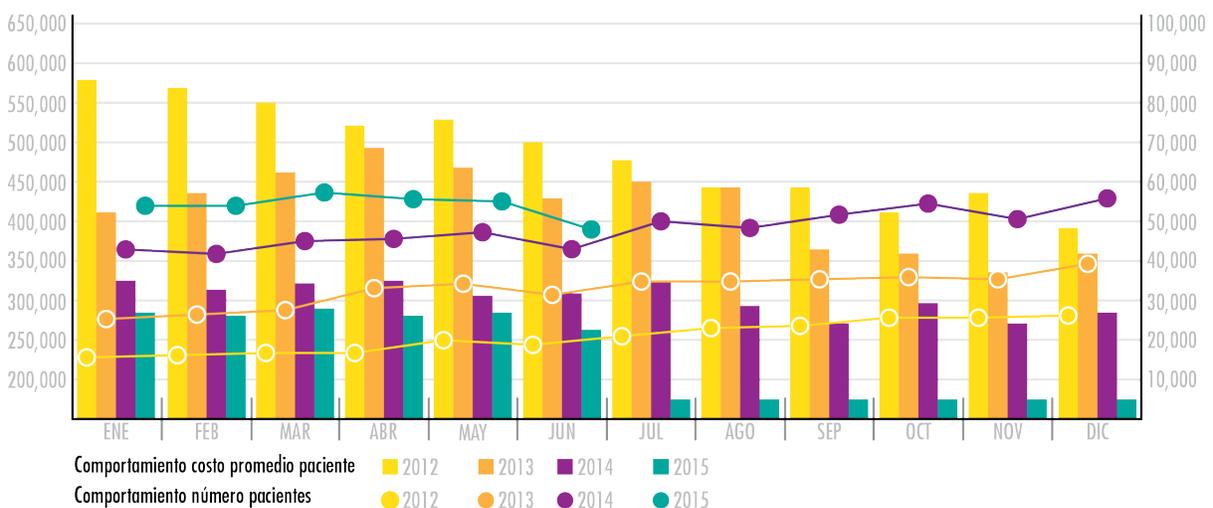
El diseño del Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSS) contempló la posibilidad de contratación selectiva por parte del asegurador como mecanismo para mejorar la eficiencia y posibilitar el acceso al integrar y utilizar eficientemente la oferta pública y privada de prestación de servicios. De acuerdo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

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

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

Sin embargo, la regulación de la contratación, el cumplimiento de las normas adoptadas y los mecanismos de pago de servicios ha sido insuficiente, lo cual ha llevado a estrategias negativas desde el asegurador para compensar los precios. Estos incluyen el racionamiento de servicios, las redes incompletas, la retención de pagos a los hospitales y el financiamiento desde los proveedores. La no existencia de normas que hagan transparente la contratación y el precio ha llevado a la contratación incompleta, la inexistencia o parcialidad de la red que garantice el derecho y uso de la integración vertical. A ello se han sumado barreras negativas desde los prestadores como reducción de demanda, porcentajes de contratación forzada, la diferenciación selectiva de servicios y la creación de barreras a través de la captura del asegurador. Sin embargo lo más precario ha sido la extensión de mecanismos contra cíclicos de pago, como el pago per cápita en la baja complejidad y el pago por evento en la mediana y alta complejidad, mecanismos de pago que incentivan la baja capacidad de resolución de los niveles básicos y la inducción de demanda en la alta complejidad.

Gráfico 4 Comportamiento frente a control de precios y respuesta de la demanda, EPS seleccionadas Colombia 2013



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

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

Es necesario avanzar en mecanismos de pago que consoliden incentivos hacia la contratación estable y garantizada, el logro de resultados en salud y evitar las pérdidas de bienestar en los diferentes agentes que conforman el Sistema.

1.7 Situación financiera del Sistema

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

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

En línea con la evolución de poblaciones y de UPC, el costo asociado al reconocimiento de la prima de riesgo de los afiliados al sistema reportó una tendencia creciente en el período 2005-2015 tanto en el RC como en el RS. Analizando de manera agregada los dos regímenes de afiliación, esta tendencia creciente se acentúa en años en que el énfasis de política pública fue alcanzar la cobertura universal del RS (2005-2008,

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

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

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

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

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

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

2 SISTEMA DE SALUD, LEY ESTATUTARIA Y PLAN DE DESARROLLO

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

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

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

Así mismo, en el objeto define al Sistema como el conjunto “articulado y armónico de principios y normas; políticas públicas; instituciones; competencias y

¹³ Resaltado fuera del texto.

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 reafirma¹⁴ de manera explícita el autocuidado como el primer deber de las personas y lo extiende al cuidado de su familia y de la comunidad, e incentiva la autonomía profesional.

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

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

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

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 gráfica 5 ilustra 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 y las redes de prestación y 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, 13,000 prestadores de servicios independientes (públicos y privados) y 70 aseguradoras.

Gráfico 5 Relaciones e interdependencias en el Sistema de Salud Colombiano



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

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

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

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

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

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

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

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

3 POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD

El objetivo general de la Política de Atención Integral en Salud es orientar el Sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes hacia el “acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud” (Ley 1751, Estatutaria de Salud), para así garantizar el derecho a la salud, de acuerdo a la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

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

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

Esto conduce a plantear la hegemonía del Sistema de Salud sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). En el Sistema de Salud, la articulación y armonización de principios, normas, políticas, procedimientos, financiamiento, controles y demás acciones del Estado conforman el núcleo de su intervención. En el Sistema de Seguridad Social el núcleo es la garantía de las prestaciones y contingencias que impedían el acceso del individuo a los servicios. El desarrollo del SGSSS planteado por la Ley 100, el objetivo central era la protección financiera del individuo frente al gasto catastrófico en salud.

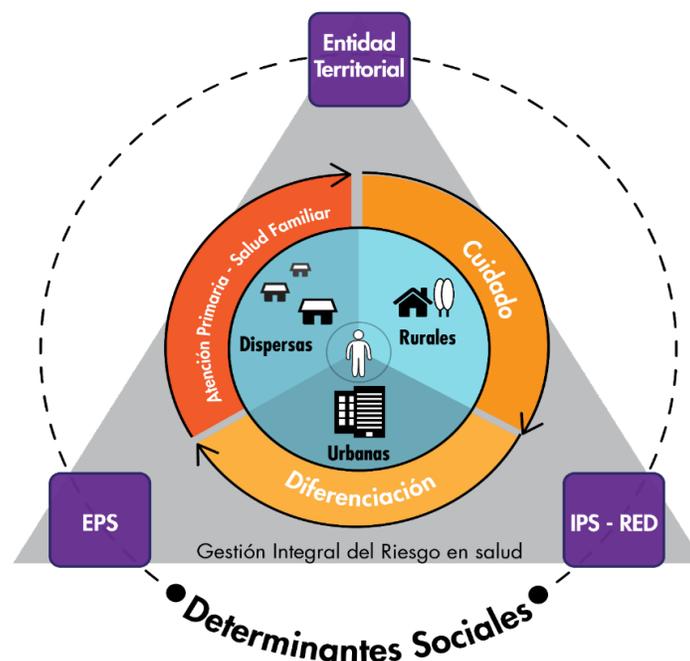
En el Sistema de Salud planteado por la Ley Estatutaria, el objetivo es la integralidad y equidad en el acceso a los servicios. En la Ley 100 la acción regulatoria del Estado se orienta a propiciar las condiciones de los agentes que permitan la protección del

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

Esto no supone la generación de un nuevo sistema de seguridad social, pero sí implica necesariamente el cambio en las prioridades del Estado como regulador y la subordinación de las prioridades e intereses de los agentes a los objetivos de una regulación que centra el sistema en el ciudadano. La transición en el SGSSS para fortalecer la rectoría pública e implementar las herramientas regulatorias para la aplicación de los pilares de la Política de Atención Integral en Salud (Ley 1753 de 2015), requiere el desarrollo de incentivos y de ajustes progresivos para apoyar el desarrollo de capacidades institucionales y de competencias en el talento humano responsable del cuidado de la salud y de los procesos de gestión territorial, coordinación y gerencia.

La política exige la interacción coordinada de los entes territoriales a cargo de la gestión de la salud pública, los aseguradores y los prestadores de servicios, a través de la coordinación que implica la implementación y seguimiento de los planes territoriales de salud, y la gestión de los planes integrales de cuidado primario (PICP).

Gráfico 6 Política Integral de Atención en Salud, PAIS



Fuente: MSPS. 2015

La política integral de atención en salud debe tener tanto un marco estratégico como un modelo operacional que, a partir de las estrategias, adopte los mecanismos e instrumentos operativos y de gestión que orienten la intervención de los diferentes agentes del Sistema. Esto comprende la adaptación de dichos agentes a los objetivos de la política y el desarrollo de procesos que instrumenten la política más allá de sus propios objetivos institucionales.

3.1 Marco estratégico de la Política de Atención Integral en Salud

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

Los determinantes sociales de la salud consolidan tanto los factores protectores de las condiciones de salud como las causas primarias de la enfermedad. De acuerdo con la Ley Estatutaria de la Salud, el legislador deberá definir procesos para su intervención, y su abordaje se considera intersectorial, financiado con recursos diferentes a los destinados a proveer servicios. Sin embargo se deben considerar como factores condicionantes de las intervenciones planteadas en el modelo de atención. La política además supone la interacción coordinada de las entidades territoriales a cargo de la salud pública, los aseguradores y los prestadores de servicios.

Son cuatro estrategias centrales de la Política de Atención Integral en Salud: 1. Atención Primaria en Salud con enfoque de salud familiar y comunitaria, 2. El cuidado, 3. Gestión Integral del Riesgo en salud y 4. Enfoque diferencial.

1. La atención primaria en salud como una estrategia integradora entre las necesidades de la población, la respuesta del sistema y los recursos disponibles en la sociedad como elemento esencial para la viabilidad en la progresividad del ejercicio del derecho. Una APS con enfoque de salud familiar y comunitaria que sirve de interfaz entre la necesidad de desarrollo de nuevas competencias del recurso humano y equipos interdisciplinarios empoderados en el desarrollo de sus capacidades para dar una respuesta social dirigida hacia la persona, la familia y la comunidad.
2. El cuidado entendido como las capacidades, decisiones y acciones que el individuo toma para proteger su salud, la de su familia, la comunidad y el medio ambiente que lo rodea , es decir las responsabilidades del ciudadano consigo mismo y con la comunidad, así como las responsabilidades del Estado del cual se es parte.

3. La gestión integral del riesgo en salud, como articulación de la salud pública, el aseguramiento y la prestación cuya finalidad es la minimización del riesgo y el manejo de enfermedad.
4. El enfoque diferencial en la atención, adaptando el modelo a las particularidades de los territorios, las características de la población y las estructuras de servicios disponibles considerados como factores críticos de éxito en el desempeño del Sistema de Salud.

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

3.1.1 Atención Primaria en Salud

La Atención Primaria en Salud es una estrategia que busca, mediante tecnologías y métodos sociales, clínicos y científicos, proveer asistencia esencial, continua e integral a las personas, familias y comunidades en condiciones de cercanía como “primer elemento de asistencia sanitaria” que se garantiza por ser de alta calidad, costo efectiva y prestación de servicios multidisciplinarios (OMS, 1978). La atención primaria tiene un alcance mayor que el componente asistencial de los servicios curativos tal como lo plantea la OMS en su informe de 2008, e involucra la territorialización, el fortalecimiento de la participación social efectiva que empodera a la población en la toma de decisiones, la gestión intersectorial y la integralidad de los servicios individuales y colectivos con un enfoque de salud familiar y comunitaria¹⁶

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 General de Seguridad Social en Salud. Hace uso de métodos, tecnologías y prácticas científicamente fundamentadas y socialmente aceptadas que contribuyen a la

¹⁶WHO-World Health Organization. Atenco primria  saúde: mais necessria que nunca. The World Health Report 2008. Geneva: WHO; 2008

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 ciudadana¹⁷.

“La Atención Primaria en Salud se regirá por los principios de: universalidad, interculturalidad, igualdad y enfoque diferencial, atención integral e integrada, acción intersectorial por la salud, participación social comunitaria y ciudadanía decisoria y paritaria, calidad, sostenibilidad, eficiencia, transparencia, progresividad e irreversibilidad¹⁸”

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

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

¹⁷ Ley 1438 de 2011 capítulo III, artículo 12

¹⁸ Ley 1438 de 2011 capítulo III, artículo 13.1

- Requiere de la adscripción poblacional y territorial a equipos de personal de salud transdisciplinarios

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

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

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

Enfoque de salud familiar y comunitaria

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

El enfoque de salud familiar y comunitaria reconoce a la familia y la comunidad como sujetos de atención en salud, entiende que la atención de salud debe ser un proceso continuo que se centra en el cuidado de las familias, se preocupa de la salud de las personas antes que aparezca la enfermedad, les entrega herramientas para el autocuidado, la gestión y la promoción. Su énfasis está en promover estilos de vida saludables, en fomentar la acción multisectorial y en fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria para mejorar las condiciones de salud. En caso de enfermar, se preocupa porque las personas sean atendidas en las etapas tempranas de la enfermedad, para controlar su avance y evitar su progresión a fases de mayor daño y de tratamientos más complejos.

Con la orientación de este enfoque, y de acuerdo con la Política de Atención Integral en Salud, las poblaciones son adscritas, atendidas y acompañadas de manera integral

por equipos multidisciplinarios de salud (EMS) vinculados a prestadores primarios, en el marco del componente primario de las redes integrales, que lideran el cuidado de la salud a través de planes integrales de cuidado de la salud, con dimensiones a nivel personal, familiar y comunitario. Estos planes integrales de cuidado de la salud incluyen atenciones y acciones para promover la salud, prevenir, manejar, rehabilitar y paliar la enfermedad en las personas, las familias y comunidades, como sujetos de atención en salud, de acuerdo a las potencialidades y necesidades existentes¹⁹.

La salud familiar y comunitaria se opera bajo procesos transdisciplinarios²⁰ de gestión y prestación de servicios sociales y de salud e involucra no solo al médico familiar, sino también a otras profesiones, ocupaciones, agentes comunitarios, saneamiento básico y los ingenieros y actores sociales que participan en el cuidado de la salud, integrando acciones individuales y colectivas para aportar a la garantía del goce efectivo al derecho a la salud de toda la población. En el desarrollo del enfoque de salud familiar y comunitaria se afectan procesos de determinación social de la salud.

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

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

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

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

- 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 de los prestadores complementarios
- 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 nivel primario y en su relación continua con el talento humano de los prestadores 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 resolutoria para la mayoría de los problemas de salud en el nivel 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 resolutoria y la calidad de los servicios primarios de salud y permite controlar la remisión a los servicios complementarios de alta complejidad sin demérito de la calidad y continuidad de la atención.

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

El enfoque de salud familiar y comunitaria se desarrolla a través del programa de salud y medicina familiar y comunitaria que orienta la reorganización del Sistema de Salud en función de la situación socio sanitaria de las personas, familias y comunidades, mediante un proceso transdisciplinario y un campo de articulación que integra acciones individuales, colectivas y poblacionales, para lo cual se requieren

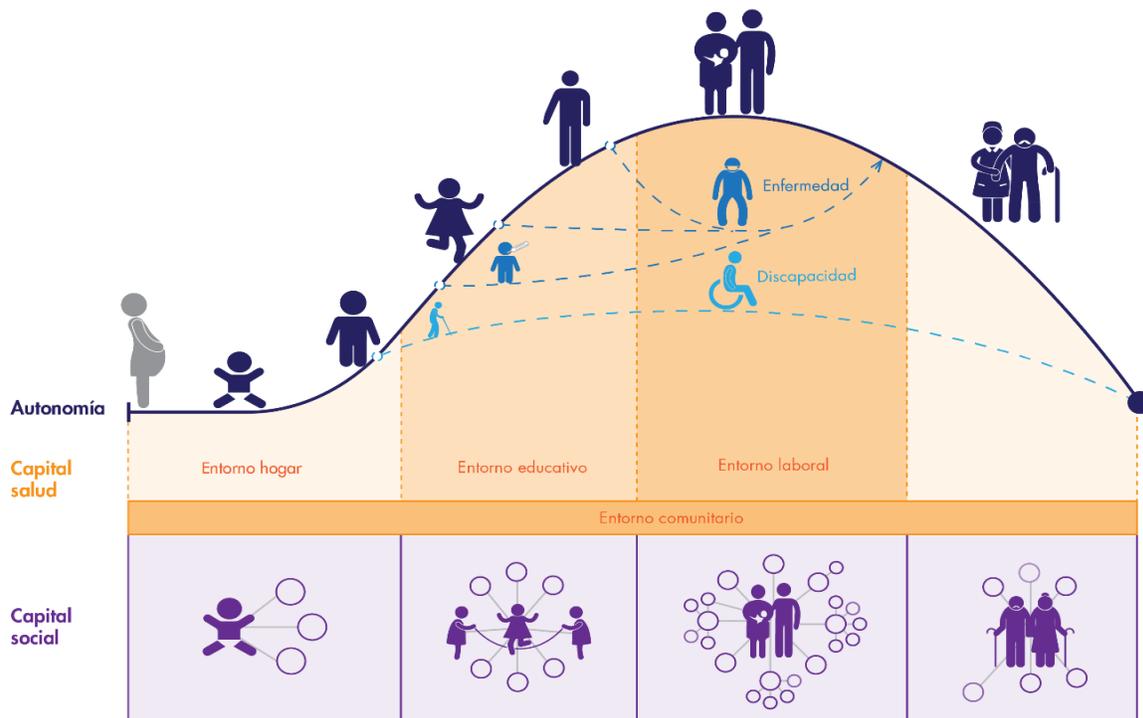
procesos de gestión en los componentes de desarrollo del talento humano, armonización y reorganización de servicios de salud y planeación y gestión territorial.

3.1.2 Cuidado de la salud

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

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

Gráfico 7 Curso de vida y cuidado de la salud



Fuente: MSPS. 2015

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

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

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

autocuidado 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 autocuidado 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 autocuidado se conecta con la valoración del individuo del Sistema de Salud. Su utilización y el seguimiento de las intervenciones colectivas e individuales que este le proporciona.

3.1.3 Gestión Integral del Riesgo en Salud

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 universalidad²¹. 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.

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

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 social²². 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 es una estrategia para anticiparse a las enfermedades y los traumatismos para que no se presenten o si se tienen, detectarlos y tratarlos precozmente para impedir o acortar su evolución y sus consecuencias. Esto implica la acción coordinada de actores sectoriales y extra-sectoriales en la identificación de las circunstancias y condiciones que inciden en su aparición y desenlace, originadas en los individuos, los colectivos y en el entorno donde viven, estudian, trabajan o se recrean; la clasificación de las personas según se vean afectadas por estas circunstancias y condiciones, así como el diseño y puesta en marcha de acciones integrales y efectivas para eliminarlas, disminuirlas o mitigarlas.

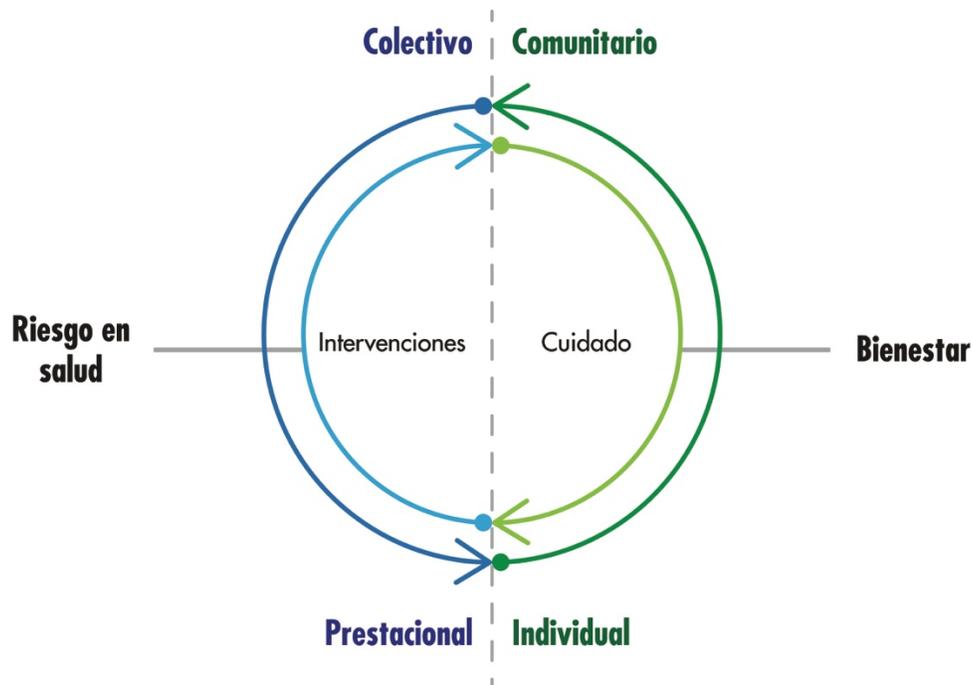
El objetivo de esta estrategia es el logro de un mejor nivel de salud de la población, una mejor experiencia de los usuarios durante el proceso de atención, y costos acordes a los resultados obtenidos.

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

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

Gráfico 8 Interrelación entre riesgos colectivos e individuales



Fuente: MSPS. 2015.

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

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

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

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

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

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

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

- Coordinación administrativa- técnica de los servicios

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

3.1.4. Enfoque Diferencial

El enfoque diferencial es la forma en que el modelo de atención reconoce y se organiza frente a las diferencias de las personas y colectivos con 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 socioculturales, económicos y políticos²³.

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

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

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

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

3.2 Modelo Integral de Atención en Salud, MIAS

La Política de Atención Integral en Salud requiere un modelo operacional que, a partir de las estrategias definidas, adopte herramientas para orientar la intervención de los diferentes agentes del Sistema de forma que induzcan a la transformación de la

²³Ministerio de Salud y Protección Social. Enfoque diferencial de discapacidad en el contexto de la atención a las víctimas del conflicto armado en Colombia. Jaime Collazos y Claudia Suárez. Documento de trabajo. 2012

atención con miras lograr los resultados en salud a partir del mejoramiento del acceso a los servicios, de manera oportuna, eficaz y con calidad.

El propósito del MIAS es por tanto la integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población y los territorios en que se desarrollan, lo cual requiere la armonización de los objetivos y estrategias del Sistema alrededor del ciudadano como objetivo del mismo. Esto implica generar las interfaces entre los agentes institucionales, las normas y los procedimientos del Sistema y su adaptación a los diferentes ámbitos territoriales. Lo anterior exige la interacción coordinada de las entidades territoriales, los aseguradores, los prestadores y las demás entidades, que, sin ser del sector, realicen acciones sobre los determinantes y riesgos relacionados con la salud. No obstante, esta integralidad no implica unicidad ya que las características de las poblaciones y de los territorios tienen diferencias.

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

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

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

El Modelo pone en el centro a las personas, su bienestar y desarrollo, propone intervenciones que comprenden acciones de promoción de la salud, cuidado, protección específica, detección temprana, tratamiento, rehabilitación y paliación a lo largo del curso de su vida, con oportunidad, 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 resolutoria 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 se compone de 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 atención y su adaptación en el territorio, el rol y regulación territorial de los aseguradores, sus funciones y requerimientos para la habilitación técnica, las variables de agrupación de servicios para autorización integral, los esquemas de incentivos y pago; así como los reportes de información y evaluación de resultados del Modelo. Otros instrumentos regulatorios deben adaptarse a las RIAS, lo que incluye tanto el plan de beneficios como el plan de intervenciones colectivas.

La responsabilidad reguladora central del MSPS, en cuanto a la atención en salud, es: 1. La actualización permanente de las RIAS a partir de la evidencia y las guías de práctica clínica. 2. La asistencia técnica a los territorios en cuanto a la implementación del modelo. 3. La evaluación de los resultados obtenidos lo cual debe afectar los esquemas de incentivos y la propia habilitación de las EAPB y las redes de prestación de servicios. Las entidades territoriales, las EAPB y las redes de prestación deben concurrir en la ejecución del modelo, cada una dentro de sus funciones, pero mediante una acción integral y armonizada a partir del comportamiento epidemiológico del territorio y la caracterización de la población de cada EAPB en el respectivo territorio.

3.2.1 Grupos de población y grupos de riesgo

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 los pobladores, desde la entidad territorial. Entre las competencias que les otorga la Ley, los agentes del Sistema deben llevar a cabo esta actividad de manera que la planeación de los servicios que se le prestará a la población sea coherente con sus necesidades y con las metas propuestas en el Plan Nacional de Salud Pública 2012-2021 (PDSP).

Las direcciones territoriales de salud, deben partir del Análisis de la Situación de Salud Territorial, ASIS²⁴ para identificar, conocer y priorizar las necesidades poblacionales; los aseguradores, por su parte, mediante la caracterización poblacional de EAPB²⁵ y de la información para la gestión del riesgo en salud de los afiliados o declaratoria del estado de salud, deben priorizar las necesidades y problemas en su población afiliada, contrastándolas con las prioridades establecidas por el MSPS y por cada entidad territorial en el ASIS, orientando así los grupos objetivo que debe gestionar. Con estos insumos las entidades territoriales formulan el Plan Territorial de Salud²⁶. Una vez establecidas las prioridades deben ajustar y ejecutar el Plan de Intervenciones Colectivas; así mismo liderar los procesos de gestión de la salud pública²⁷. 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 que orienta el MIAS y ordena las rutas integrales de atención en salud, RIAS en todos sus tramos, con especial énfasis en el de promoción y mantenimiento de la salud, al reconocer los estados y condiciones diferenciados en cada uno de los momentos vitales y la consecuente gestión de los determinantes y riesgos que condicionan el desarrollo y la salud integral, precisando atenciones para cada destinatario. También permite enlazar las necesidades de salud con las de los servicios sociales y las acciones de naturaleza intersectorial que deben afectar los determinantes sociales de la salud.

El enfoque de curso de vida 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

²⁴MSPS: *Guía Metodológica para el Análisis de la Situación de Salud, ASIS*. Es la herramienta que posibilita la definición de perfiles territoriales de salud de la población y el establecimiento de prioridades

²⁵ MSPS. *Guía conceptual y metodológica para la caracterización poblacional de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud, EAPB*. Esta herramienta permite que cada EAPB, priorice las necesidades de sus afiliados.

²⁶ MSPS. *Pase a la equidad, herramienta que permite desarrollar el plan de salud*

²⁷ MSPS. Resolución 3518 de 2015

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. Esta selección debe hacerse 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)²⁸.

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.

Los grupos de riesgo establecidos por el MSPS son los siguientes:

1. Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas
- 2 Población con riesgo o infecciones respiratorias crónicas
3. Población en riesgo o presencia de alteraciones nutricionales
4. Población con riesgo o trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones
5. Población con riesgo o trastornos psicosociales y del comportamiento
6. Población con riesgo o alteraciones en la salud bucal
7. Población con riesgo o presencia de cáncer
8. Población en condición materno -perinatal
9. Población con riesgo o infecciones
10. Población en riesgo o presencia de zoonosis y agresiones por animales
11. Población con riesgo o enfermedad y accidentes laborales
12. Población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas

²⁸ MSPS. Definición de grupos de riesgo. Herramienta metodológica para definir los grupos de riesgo

13. Población con riesgo o enfermedades y accidentes relacionados con el medio ambiente
14. Población con riesgo o enfermedades raras
15. Población con riesgo o trastornos visuales y auditivos
16. Población con riesgo o trastornos degenerativos, neuropatías y auto-inmunes

Los grupos de riesgo serán tenidos en cuenta por las entidades territoriales para emprender acciones de promoción de la salud y acciones sectoriales individuales y colectivas, sectoriales e intersectoriales, así como para ejecutar con los aseguradores las interfaces que orienten las intervenciones individuales con miras a los resultados esperados en salud en su jurisdicción.

Para soportar la Gestión Integral del Riesgo en Salud es necesario seleccionar aquellas condiciones (enfermedades y lesiones) que se consideren prioritarias para el Sistema. Los territorios, de acuerdo con el plan territorial, o aseguradores de acuerdo con su caracterización de riesgo, podrán integrar otras condiciones al conjunto prioritario para la gestión del riesgo en salud, los prestadores de acuerdo a la adscripción de la población y los usuarios haciéndose consciente de sus riesgos y fomentando el autocuidado.

3.2.2 Rutas Integrales de Atención en Salud, RIAS

Para superar el problema de fragmentación en la atención en salud de la población, se elaboraron las RIAS, las cuales permiten ejecutar el Modelo Integral de Atención, consolidar los requerimientos para el diseño del prestador primario y el complementario, las redes integrales de atención, los procesos de gestión de riesgo y los requerimientos de información para el MIAS.

Las RIAS son el conjunto de acciones que integran el manejo del riesgo y de la enfermedad a partir de la evidencia científica en cada grupo de riesgo. Su alcance se concentra en el cuidado y la gestión de la persona, ya sea en su condición de persona sana con riesgo, con la enfermedad o con discapacidad establecida. Las RIAS incluyen las guías de práctica clínica (GPC) que se relacionen con los eventos que incluye el grupo de riesgo pero su alcance es mayor en tanto que cubre el continuo promoción-prevención-diagnóstico-tratamiento-paliación.

Las RIAS son una herramienta compleja que se usa para la toma de decisiones y la organización de los procesos de atención, en un grupo definido de individuos que comparten características similares, riesgos o condiciones de salud durante un período de tiempo; se construyen a partir de la mejor evidencia disponible y su objetivo es mantener la salud o recuperarla a partir de una enfermedad en el caso en que no sea esto posible, abordará la rehabilitación.

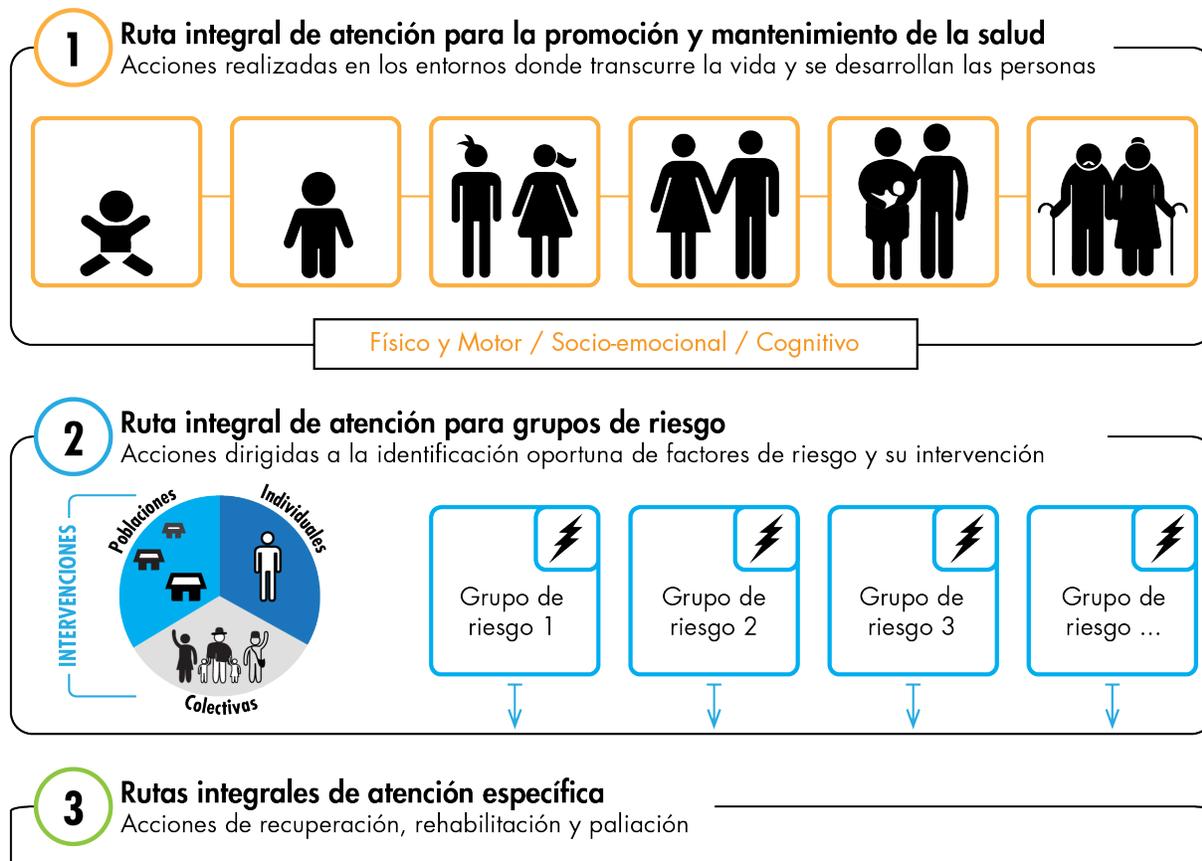
A partir de la Ruta Integral de Atención en Salud se consolidan las acciones tanto del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) como del Plan de Beneficios (PB) y de las guías de práctica clínica que se asocian a estas. Las dos conforman el conjunto de evidencia que determinan aquellas acciones que se deben cubrir e incluir como núcleo esencia de la garantía del derecho y consolidar la base de los beneficios. Existe un entorno de cobertura del Sistema que corresponde al plan implícito de prestaciones, cuyas condiciones de provisión son definidas como acuerdos sociales a partir del mecanismo participativo planteado en la Ley Estatutaria.

Así mismo, cada Ruta Integral de Atención en Salud orienta las intervenciones de los componentes institucionales del Sistema de Salud (territorio, asegurador, prestador) y busca la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo así como de las intervenciones en promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación que debe ejecutar el Sistema; también incluye las acciones intersectoriales orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla. La RIAS es determinante para la priorización territorial de las intervenciones colectivas y la definición de las redes integrales de prestación de servicios. Estos a su vez, soportan a través de los requerimientos, los resultados esperados y los flujos de información, la base para las acciones de gestión integral de riesgo en salud, tanto en el componente individual como en el colectivo.

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 y oportunidad de la atención.

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

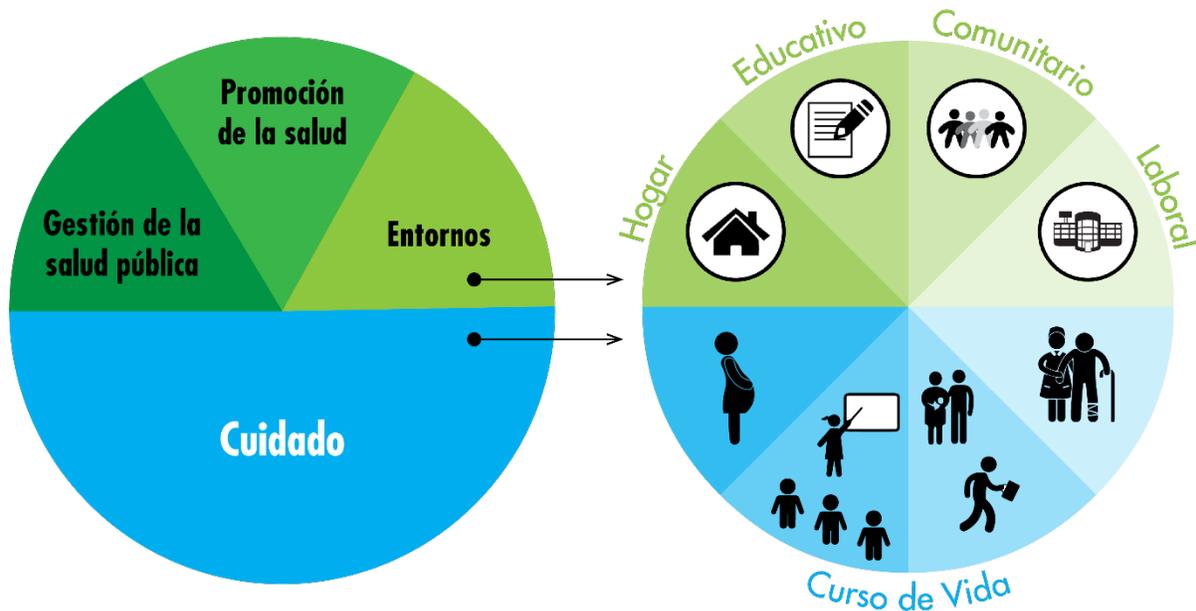
Gráfico 9 Rutas Integrales de Atención en Salud, RIAS.



Fuente: MSPS, 2015.

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

Grafico 10 Ruta de Promoción y Mantenimiento



Fuente: MSPS, 2016.

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

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

Tabla 1 Rutas Integrales de Atención en Salud.
Para grupos de riesgo y para eventos

GRUPOS DE RIESGO	EVENTOS ESPECÍFICOS
1. Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	Diabetes mellitus Accidentes cerebro-vasculares Hipertensión Arterial Primaria (HTA) Enfermedad Isquémica Cardíaca (IAM) Enfermedad Renal Crónica
2. Población con riesgo o infecciones respiratorias crónicas	EPOC
3 Población en riesgo o presencia de alteraciones nutricionales	Deficiencias nutricionales específicamente anemia Desnutrición Sobrepeso y obesidad
4. Población con riesgo o trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones	Psicosis tóxica asociada a consumo SPA Uso nocivo Sobredosis Dependencia Efectos agudos y crónicos sobre la salud problemas sociales agudos y crónicos
5. Población con riesgo o trastornos psicosociales y del comportamiento	Depresión Demencia Esquizofrenia Suicidio
6. Población con riesgo o alteraciones en la salud bucal	Caries Fluorosis Enfermedad Periodontal Edentulismo Tejidos blandos, estomatosis
7. Población con riesgo o presencia de cáncer	Ca Piel no melanoma Ca mama Ca Colon y Recto Ca Gástrico Ca cuello y LPC en diagramación

	<p>Ca Próstata</p> <p>Ca Pulmón</p> <p>Leucemias y linfomas</p>
8. Población en condición materno - perinatal	<p>IVE</p> <p>Hemorragias</p> <p>Trastornos hipertensivos complicadas</p> <p>Infecciosas</p> <p>Endocrinológicas y metabólicas</p> <p>Enfermedades congénitas y metabólicas genéticas</p> <p>Bajo peso</p> <p>Prematurez</p> <p>Asfixia</p>
9. Población con riesgo o infecciones	<p>TV: Dengue, Chikungunya, Malaria, Leishmaniosis, Chagas</p> <p>TS: VIH, HB, Sífilis, ETS</p> <p>ETA</p> <p>ERA, neumonía y EDA</p> <p>Inmuno-prevenibles</p>
10. Población en riesgo o presencia de zoonosis y agresiones por animales	<p>Accidente rábico</p> <p>Accidente ofídico</p>
11. Población con riesgo o enfermedad y accidentes laborales	
12. Población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas	<p>Violencia relacionada con el conflicto armado</p> <p>Violencia de género</p> <p>Violencia por conflictividad social</p>
13. Población con riesgo o enfermedades y accidentes relacionados con el medio ambiente	
14. Población con riesgo o enfermedades raras	<p>Hemofilia</p> <p>Fibrosis quística</p> <p>Artritis idiopática</p> <p>Distrofia muscular de Duchenne, Becker y Distrofia Miotónica</p>

15. Población con riesgo o trastornos visuales y auditivos

Defecto refractivo (Miopía, Hipermetropía, astigmatismos)

Ambliopía

Glaucoma

Cataratas

Retinopatía del prematuro

Visión Baja

Traumas del oído

Hipoacusia

Otitis

Vértigo

16. Población con riesgo o trastornos degenerativos, neuropatías y auto-inmunesEnfermedades neurológicas,
Enfermedades del colágeno y artrosis**Fuente:** MSPS. 2015

Los objetivos sociales últimos de las 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 y oportunidad del mismo.

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 multidisciplinarias 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, instituciones prestadoras de servicios de salud, entidades administradoras de planes de beneficios, entidades territoriales, entre otros).
- Documentan, monitorean y evalúan los resultados y las diferencias, y
- Facilitan la identificación de los recursos humanos, de infraestructura y financieros apropiados.

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

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

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

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

El Ministerio de Salud y Protección Social, y el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS), desarrollaron conjuntamente un proceso sistemático para elaborar

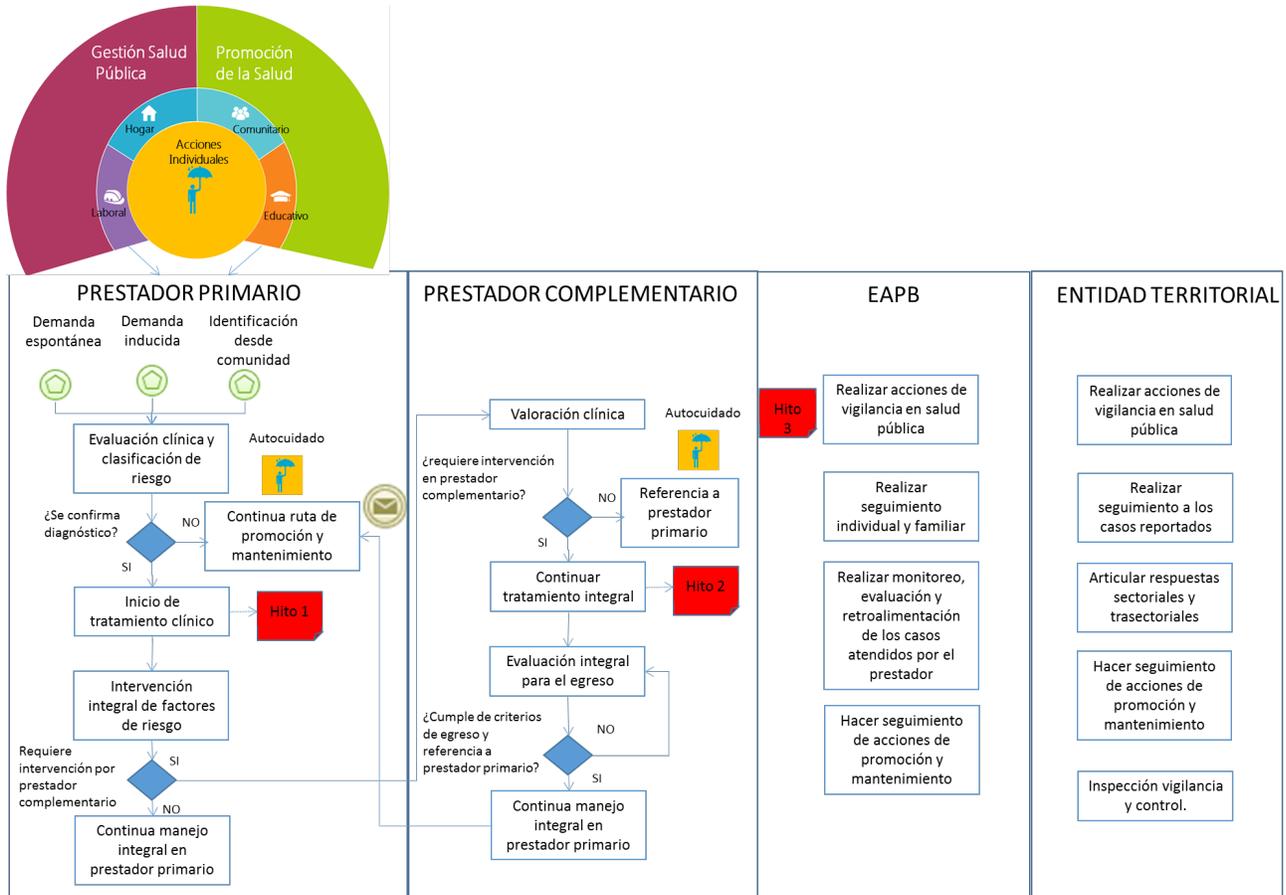
validar y estandarizar las RIAS²⁹. Como resultado se consolidan los siguientes instrumentos técnicos que deben ser asumidos y aplicados por los agentes del sistema dentro de sus competencias:

- **Matriz de intervenciones:** contiene todas las acciones poblacionales, colectivas e individuales que contempla la RIAS. Está conformada por 5 secciones específicas, así: 1) análisis situacional; 2) evidencia científica; 3) acciones de la RIA; 4) hitos; 5) implementación.
- **Diagrama de la ruta integral de atención en salud:** explicita las acciones de la gestión de la salud pública, promoción de la salud y las acciones dirigidas a los entornos en donde el individuo se desarrolla integralmente. Muestra también las acciones individuales específicas para cada grupo poblacional, de riesgo priorizado o condición específica de salud. Es importante resaltar que las acciones de la gestión de la salud pública, promoción de la salud y aquellas dirigidas a los entornos, no tienen un comportamiento secuencial, ya que estas se desarrollan en un *continuum* a través del tiempo en diferentes niveles de acción, y que su sostenimiento y permanencia son los que facilitaran el logro de los objetivos en salud para las poblaciones, comunidades e individuos.

Las intervenciones propuestas se podrán ejecutar en los entornos, en el prestador primario, prestador complementario, entidad territorial o la entidad administradora de planes de beneficios, lo que se refleja en el componente gráfico 11. Representación gráfica de la RIAS.

²⁹ Manual Metodológico para la construcción de Rutas Integrales de Atención en Salud, Ministerio de Salud y Protección Social, 2015.

Gráfico 11 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.

3.2.3 Implementación de la Gestión Integral del Riesgo de Salud

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 RIAS³⁰. 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 ejecuta la IPS con la red de prestación de servicios 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.

³⁰ Por tanto la GIRS compete al propio individuo en la gestión de sus riesgos y los de su familia bajo el concepto central del cuidado, al ente territorial, al asegurador y a la red de prestación.

- 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 el ente territorial, las EAPB y la RED, así como en el manejo e interoperabilidad de la información entre los agentes institucionales y niveles de prestación de los servicios.

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

Gráfico 126 Participación de diferentes agentes en la Gestión Integral del Riesgo en Salud



Fuente: MSPS, 2015.

1. 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

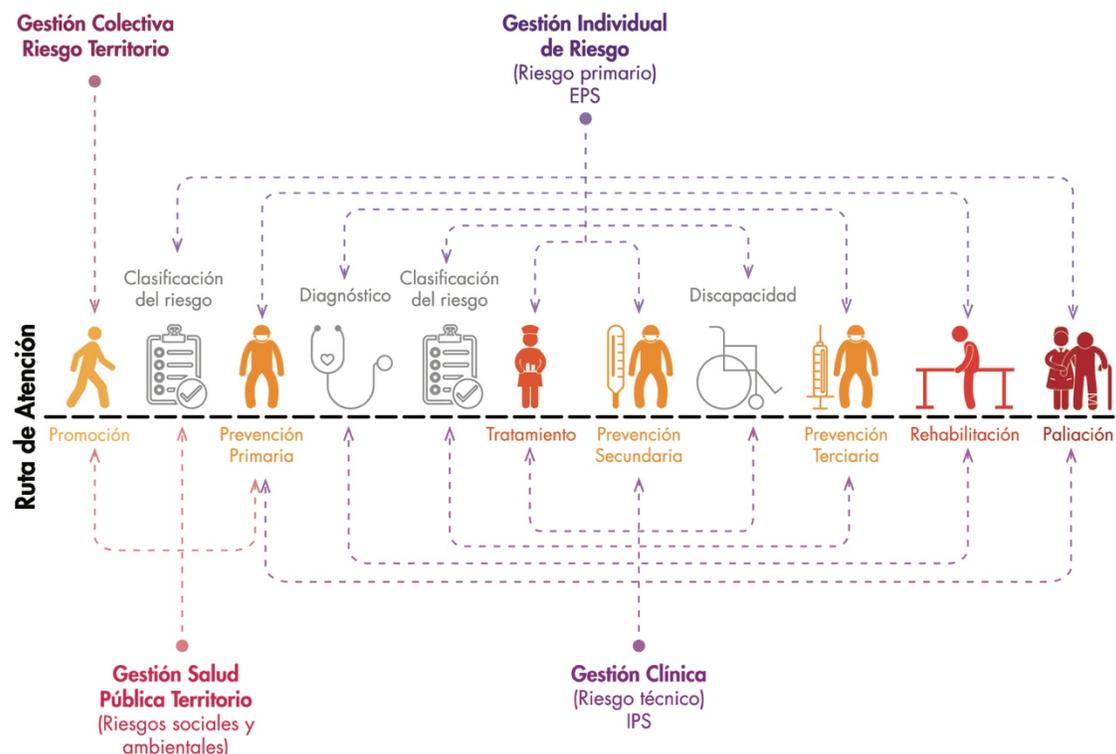
esta tiene del mismo, con el fin de implementar estrategias promocionales y preventivas que se pueden aplicar de manera efectiva a conglomerados de población indivisibles buscando actuar sobre algunos de los determinantes proximales y distales de la salud para disminuir la probabilidad de aparición de 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. La entidad territorial, como ente rector de la salud, articula los agentes del sistema para dar respuestas a las necesidades y problemas de salud de su jurisdicción.

2. Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) coordinan la gestión individual del riesgo en salud. Esto implica identificar, analizar, gestionar y comunicar el riesgo en salud a sus afiliados, con el fin de implementar y monitorear las acciones orientadas a la minimización del riesgo de padecer la enfermedad y el manejo integral de la misma una vez se ha presentado. Incluye el desarrollo de estrategias para apoyar el autocuidado de los afiliados y sus familias y la realización de acciones para la reducción de riesgos derivados de la gestión clínica de la enfermedad. Las EAPB son responsables del seguimiento de cohortes de grupos de riesgo y de la ejecución del componente individual de los programas de salud pública.
3. La red de servicios ejecuta la mayor parte de las acciones de gestión individual del riesgo a partir de la gestión clínica de los pacientes. Esto implica superar la intervención basada en prestaciones discontinuas y como red asumir una integralidad en la intervención a partir de los grupos de riesgo que dan origen a las RIAS. Los prestadores primarios deben manejar la integralidad del riesgo de cada individuo y familia de su población asignada, comunican el riesgo en salud y realizan las intervenciones clínicas incluidas en las RIAS tanto de naturaleza preventiva como diagnóstica y terapéutica.
 - a. A partir de la adscripción de la persona a la IPS y al médico con enfoque familiar, se coordinan y articulan las intervenciones individuales y colectivas y la continuidad del proceso de atención. El prestador primario debe asumir la contra referencia del paciente una vez este egresa del prestador complementario y debe asegurar la continuidad del tratamiento. Los prestadores complementarios son responsables del manejo del paciente cuando las condiciones de su enfermedad requieren de tecnología médica especializada no disponible en el prestador

primario; y también de la reducción de los riesgos derivados de la gestión clínica de la enfermedad y el manejo de la prevención secundaria y terciaria en la enfermedad crónica y multi-enfermedad.

- b. Todos los integrantes de una red de servicios deben contar con procesos de servicio, referencia e información que permitan a sus integrantes disponer de las mejores condiciones para una gestión clínica adecuada y la disponibilidad de información a las EAPB para el seguimiento de grupos de riesgo.
4. El afiliado, la familia y los cuidadores son responsables de propender al autocuidado, el cuidado de su familia y el de su comunidad. Para ello debe contar con información que debe ser suministrada por los agentes institucionales del Sistema.

Gráfico 13 Proceso para la Gestión Integral de del Riesgo en Salud



Fuente: MSPS, 2016.

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

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

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

3.2.4. Territorialización del Modelo Integral de Atención en Salud

Las intervenciones del Sistema de Salud a través del MIAS deben adaptarse a las diferentes condiciones de los territorios, las cuales incluyen las características diferenciales de la demanda (sociales, geográficas, étnicas, de género) y de la oferta en cuanto a la disponibilidad efectiva de servicios.

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 la eficacia del Modelo. La operación de las redes integrales de servicios debe considerar un ámbito departamental para mejorar las condiciones de suficiencia, economías de escala e integralidad de las redes de servicios. El aseguramiento debe garantizar una operación y habilitación departamental con el fin de integrar las escalas y procesos de la red de servicios, también habilitada a nivel departamental.

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

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

Ámbitos territoriales urbanos: son aquellos donde existe alta agregación de población en condiciones de densidad y accesibilidad geográficas a los servicios de salud pues la demanda se ubica especialmente en la inmediación de la oferta, la oferta es suficiente en los diferentes segmentos tecnológicos, y no existen barreras relevantes en la distancia entre los servicios y la población. Desde la oferta la competencia entre aseguradoras y entre prestadores de servicios de salud genera ganancias de bienestar, en donde la libertad de elección puede modular las condiciones de la oferta en estos ámbitos territoriales. Estos municipios son el principal referente en salud para los territorios vecinos, pues tienen capacidad de resolución completa en relación con el nivel primario de salud, lo que lo convierte en punto focal para articular redes de prestación de servicios que resuelvan casos de

alta complejidad. En el plan de desarrollo se especifica una categoría especial para las ciudades de más de un millón de habitantes.

Ámbitos territoriales con alta ruralidad: estos corresponden a la mayor parte de municipios del país donde la oferta de servicios es monopólica y en la mayoría de los casos de naturaleza pública, está centrada en un nivel de atención de baja complejidad y poca capacidad de resolución, deben complementar sus servicios con instituciones de mediana y alta tecnología ubicadas en otros municipios, el acceso a dicha oferta no constituye una barrera onerosa para el usuario y las vías de comunicación permiten la complementación entre prestadores de una misma red.

Ámbitos territoriales dispersos: en estos municipios la densidad poblacional es muy baja, la accesibilidad a los servicios es muy limitada por la carencia de vías de acceso, barreras geográficas o condiciones culturales. El acceso vial a la oferta es una barrera sustancial para la población, usualmente se requiere disponibilidad de transporte aéreo, fluvial o marítimo para acceder a un número sustancial de servicios del plan.

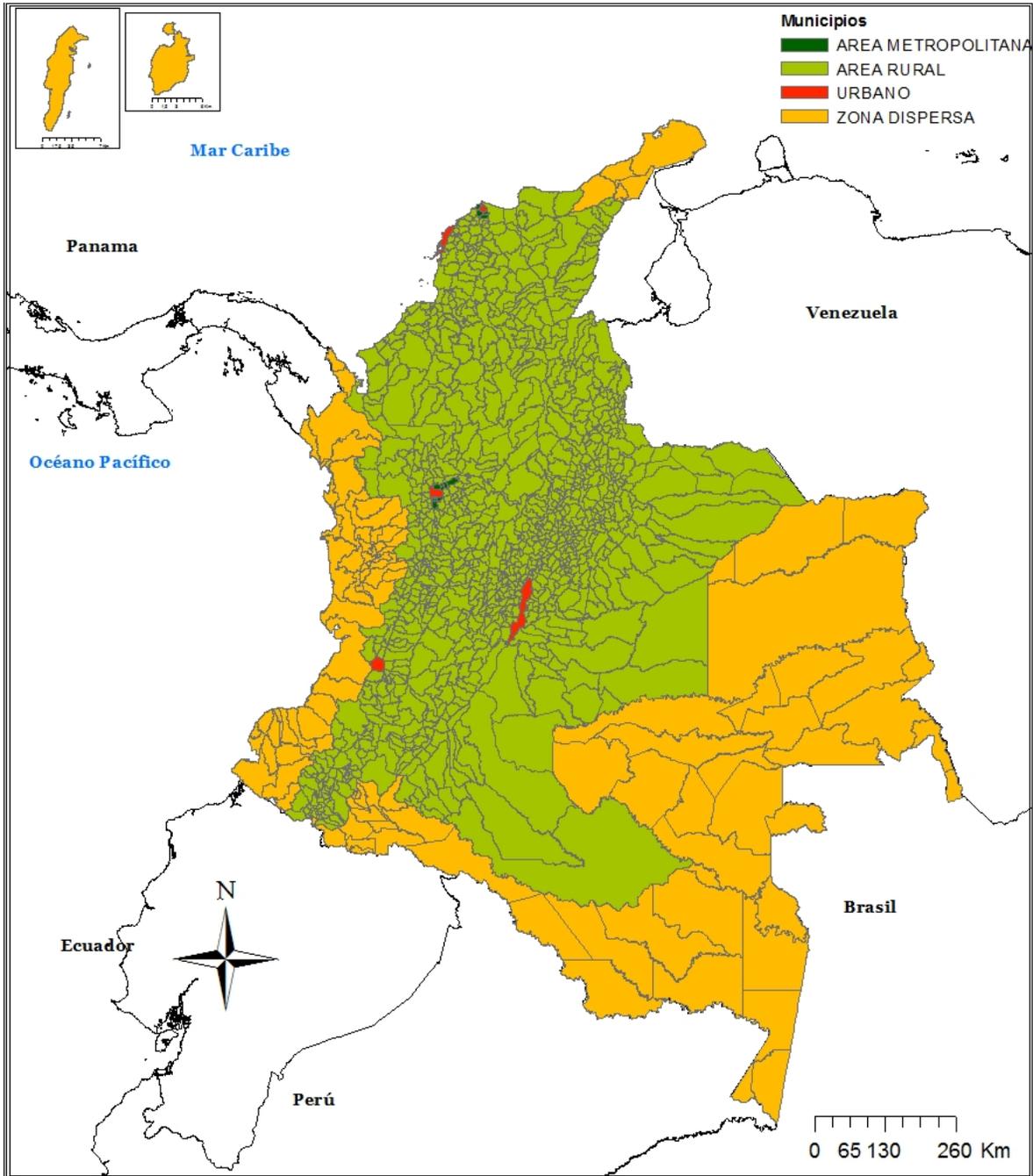
De acuerdo con la categorización se plantearán los modelos de operación del MIAS bajo condiciones diferenciales en:

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

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

La habilitación técnica de las redes integrales de prestación y del asegurador debe corresponder geográficamente.

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



Fuente: MSPS. 2015

Para solucionar este argumento se adoptan los siguientes criterios:

- 1.** Se consideran ámbitos territoriales dispersos aquellos departamentos en los cuales más del 90% de los municipios sean clasificados como dispersos y las agrupaciones de municipios del andén pacífico ubicados en departamentos con mayor participación de municipios no clasificados como dispersos. Para la clasificación de los municipios se toma como referencia el Estudio de Geografía Sanitaria³¹.

Las condiciones específicas de autorización de los aseguradores y redes de prestación serán definidas con el modelo de atención departamental. Los departamentos que cumplen ese criterio son: Chocó, Putumayo, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Amazonas, Guainía, Guaviare, Vaupés y Vichada. Los departamentos con conglomerados de municipios dispersos en el andén pacífico son Valle, Cauca, Nariño y Guajira. En los tres departamentos del pacífico, el modelo de atención adaptado a zonas dispersas solo aplica para los municipios del andén pacífico clasificados como tales. En la Guajira se incluyen únicamente cinco municipios con alta dispersión de la alta guajira: Riohacha, Uribia, Manaure, Maicao y Albania.

- 2.** Se consideran ámbitos urbanos los definidos en el plan de desarrollo como tal de acuerdo con el criterio de población mayor a 1 millón de habitantes. Estos ámbitos territoriales tendrán definidos igualmente condiciones particulares de redes y habilitación de EPS. Las ciudades que conservan esta categoría son: Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla y Cartagena. Adicionalmente se incluyen las áreas metropolitanas de Barranquilla y Medellín, reconocidas oficialmente. También puede considerarse ámbito urbano Bucaramanga con su área metropolitana, ya que al agregarla se cumple el criterio de ley de 1 millón de habitantes. Para las ciudades que tengan definida legalmente un área metropolitana, el modelo urbano podrá ser extensivo a los municipios que conformen dicha área.
- 3.** Se consideran ámbitos territoriales con alta ruralidad aquellos departamentos que no cumplieron con los criterios de clasificación de dispersos. Estos departamentos incluyen aquellos cuyas capitales estén ubicadas en la categoría dos, pero sus redes y EAPB podrán diferenciarse en cuanto a autorización de funcionamiento de las EAPB y habilitación de red, de aquellas

³¹ Para el estudio se analizaron diferentes variables geográficas, de la demanda y de la oferta de servicios de salud que permiten clasificar los municipios de acuerdo con sus condiciones de dispersión territorial

que sirven a sus respectivas capitales. Esta categoría incluye los restantes 24 departamentos.

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

Es evidente que los prestadores complementarios de la red podrán pertenecer a redes de las tres diferentes categorías de ámbito territorial y podrán ser complementarios en las redes de otros departamentos en tanto que no todos los departamentos cuentan con la totalidad de los servicios requeridos para el modelo de atención. Los prestadores primarios deben evidenciar una capacidad instalada concomitante con los requerimientos al prestador primario en las RIAs y podrán suplementarse dentro del propio departamento en la prestación de los servicios primarios. Así mismo deben organizarse como sub redes en condiciones de complementariedad de los servicios y cercanía geográfica con el usuario (Ver Mapa 2).

3.2.5 Redes Integrales de Prestación de Servicios

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

La RED se define a partir de 1. las necesidades de la población ubicada en un ámbito territorial; 2. La caracterización de riesgo de las aseguradoras para su población afiliada en el respectivo entorno territorial y consecuente con: 3. Los requerimientos de las RIAs y 4. Los resultados de la definición de grupos poblacionales y grupos de riesgo del territorio al cual se adhiere 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 el 90% de los problemas de salud de la población

El componente primario deberá estar conformado y organizado de las siguientes maneras:

- Como un conjunto de servicios habilitados (servicios primarios) por diferentes prestadores (públicos, privados o mixtos) en un territorio, que como contribuyen a la adecuada operación de las redes organizadas y gestionadas por los aseguradores y entidades territoriales, de acuerdo a su función de atención integral en salud, para su población objeto.
- Como prestadores primarios habilitados (públicos, privados o mixtos), es decir, que cuentan con el conjunto de procesos y servicios primarios habilitados, y cumplan además con los estándares y criterios definidos por el MSPS para dar alcance a los objetivos planteados, para la atención integral en salud en lo concerniente al componente primario de la red (capacidades y condiciones soportadas en instrumentos, procesos, procedimientos e insumos); y que contribuyen a la adecuada operación de las redes organizadas y gestionadas por los aseguradores y entidades territoriales para asegurar la atención integral de acuerdo a sus competencias.
- Como una combinación de las anteriores, dependiendo de la disponibilidad, suficiencia y completitud de la oferta existente en el territorio para garantizar la implementación de la RIAs y de las demás necesidades y problemas en salud de la población.

Componente complementario de prestación, encargado de las acciones individuales de mayor complejidad en la atención, para lo cual utilizan la referencia desde el componente primario y su contra referencia a éste, para garantizar la integralidad y continuidad en la atención. Está dirigido a la atención de aquellos eventos de enfermedad que de acuerdo con las RIAS requieran tecnología y competencias especializadas no disponibles en el componente primario. El componente deberá atender una población y territorios delimitados. La población susceptible deberá estar definida a partir de la población asignada por cada asegurador que contrate a la red y el territorio de referencia tendrá incluido un área territorial primaria regulada sobre la base de suficiencia de la red frente a la demanda, un área territorial secundaria donde la red presta servicios a otros áreas territoriales primarias donde no hay suficiencia de servicios y un área territorial terciaria en la cual los prestadores sin el requerimiento de actuar en red prestan servicios de naturaleza pública o privada que no están vinculados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

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 las intervenciones colectivas, a cargo de las entidades territoriales, en lo pertinente a cada caso³². 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 a un médico ubicado 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

³² Es fundamental entender que el prestador primario no sustituye en sus roles y competencias en el MIAS y en SGSSS a las aseguradoras y entidades territoriales las cuales conservan sus funciones como gestoras del riesgo individual en la población afiliada y de la gestión de la autoridad sanitaria y de los riesgos poblacionales y determinantes sociales de la salud, conforme a sus competencias, respectivamente.

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

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

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

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

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

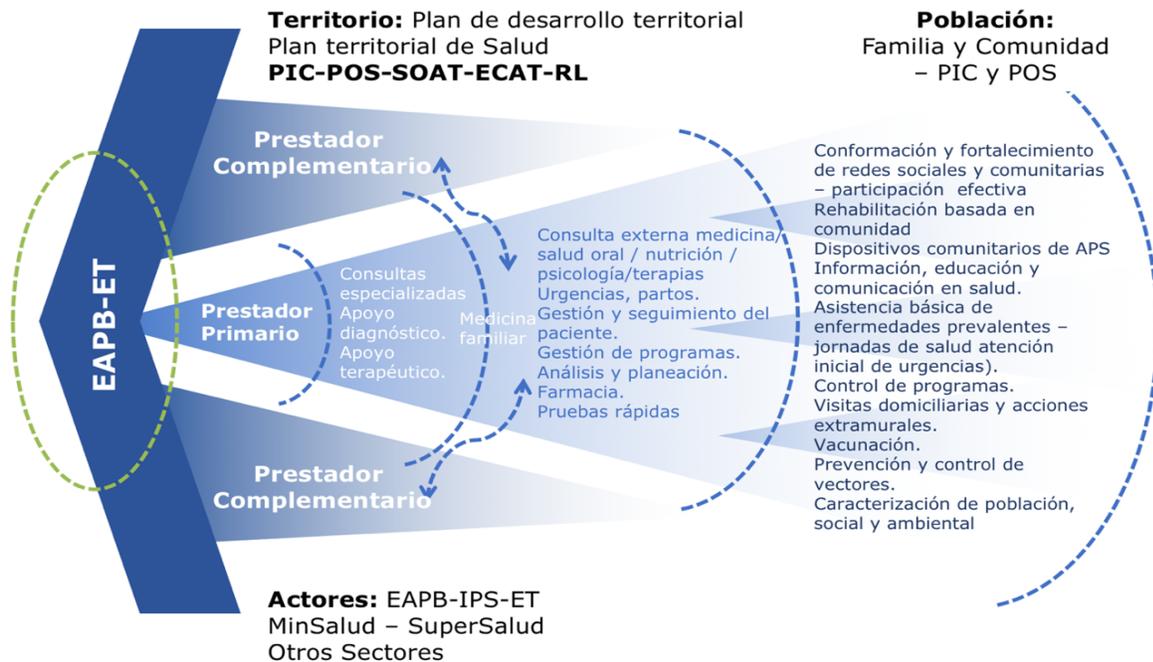
La IPS primaria de adscripción debe asumir además la responsabilidad de la coordinación y seguimiento del paciente en los demás componentes de la red primaria y en la red complementaria. La historia clínica del paciente adscrito en la IPS primaria debe mostrar la totalidad del recorrido del paciente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

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

Los resultados esperados del prestador primario incluyen:

- Resultados en salud para la población a su cargo en relación con el manejo de los riesgos para la salud, el manejo de las enfermedades y lesiones agudas, y el manejo de la enfermedad crónica
- La prestación de servicios a conjuntos homogéneos de condiciones y enfermedades considerando el curso de vida y las patologías más frecuentes de acuerdo con el comportamiento epidemiológico de la población y la priorización de condiciones a intervenir
- La estandarización de conjuntos homogéneos de pruebas y procedimientos médicos y quirúrgicos a partir de las RIAS y sujetos potenciales de autorización integral en el manejo de pacientes con enfermedad crónica
- La definición de las actividades principales a desarrollar a partir del enfoque adoptado de salud familiar y comunitaria. Debe incluir acciones de inducción de demanda, protección específica, atención institucional y domiciliaria, gestión clínica del riesgo en salud, valoración y seguimiento comunitario y coordinación con las entidades territoriales
- Mecanismos de funcionamiento en red entre prestadores entrelazados en el componente de red primaria y con integrantes de la red complementaria. Referencia y contra referencia de pacientes, manejo compartido de historia clínica, telemedicina, tele asistencia y cuidado en casa, así como manejo comunitario del riesgo y la enfermedad
- Características y competencias esperadas para los equipos de salud familiar y comunitaria que conforman el staff 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, colonos entre otros).

Gráfico 147 Prestador Primario


Fuente: MSPS. 2015

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

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

Adicionalmente el prestador primario debe tener capacidad de referencia y contra referencia y los apoyos requeridos en temas de comunicaciones, transporte,

telemedicina. El PP estará articulado con prestadores complementarios, para constituir redes integradas de servicios de salud, las cuales requieren 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 de atención integral en salud: Las redes para su conformación, organización y gestión deben tener en cuenta los siguientes elementos a ser garantizados, según las competencias de los actores que intervienen:

- La valoración y dimensionamiento de la demanda de la población en el territorio determinado, a partir de la caracterización y estimación de las necesidades de la población, teniendo en cuenta:
 - Las estimaciones ex ante para las actividades de protección específica y detección temprana para los grupos de riesgo definidos de la población
 - La demanda efectiva de servicios de salud, de acuerdo a la metodología definida por el MSPS
 - El análisis de disponibilidad y suficiencia de la RED, teniendo en cuenta los recursos humanos, técnicos, financieros y físicos requeridos, a partir de sus servicios habilitados en el ámbito territorial (departamento o distrito) definido en función de las necesidades de la población (incluyendo, eventos en salud priorizados), lo cual implica:
 - La identificación de la capacidad instalada reportada para la atención de la prioridad
 - El análisis del estado actual de los servicios habilitados en términos de disponibilidad en un territorio.
- La interrelación y estimación del diferencial entre oferta y demanda (según capacidad instalada disponible y reportada, frente a la demanda asociada con dicha capacidad instalada)
- La definición del portafolio de servicios que se podrá garantizar en el territorio, a partir de los servicios habilitados por los prestadores de servicios de salud ante la respectiva entidad territorial competente, lo cual implica a su vez, precisar los déficits de oferta en el territorio, que deban ser cubiertos mediante nuevas inversiones y los instrumentos que promoverán su desarrollo, como aquellos que eventualmente puedan ser garantizados a través de la oferta disponible en otro territorio³³. Con base en esto, se deberán definir los procesos y procedimientos

³³Por parte de las aseguradoras respectivas, y a partir de la oferta de servicios de salud habilitados en cada territorio, en la conformación, organización y gestión de la red de prestación de servicios de salud se deberá valorar tanto la disponibilidad, como la suficiencia

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

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

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

El MSPS definirá los ámbitos territoriales de referencia para la implementación y habilitación de las redes de atención, así como los estándares y criterios de habilitación de redes integradas de atención de conformidad con el MIAS y con los requerimientos de las RIAS y las condiciones básicas de oportunidad, calidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución.

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.

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

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

3.2.6 Rol del asegurador

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

La primera condición derivó en el modelo de aseguramiento indemnizatorio en el que el usuario recupera su gasto en salud sujeto a un deducible que controla los incentivos para el abuso moral (consumir más allá de lo que haría de no estar asegurado). La agencia es propia de los esquemas de aseguramiento con administración gerenciada, en que el asegurador estructura su red de servicios buscando pertinencia, calidad y menores costos. Este esquema fue el planteado de manera implícita en la Ley 100 de 1993 cuando al asegurador se le dio la opción de estructurar su propia red de

servicios bajo una autonomía basada en la contratación selectiva de prestadores como mecanismo para inducir competencia y calidad de los servicios. Hasta aquí el asegurador responde a la enfermedad como contingencia (Artículo 1 de la Ley 100 de 1993)³⁴ y se compensa mediante una prima calculada bajo un mecanismo actuarial que considera, en general, riesgos uniformes en la población. Estas condiciones corresponden a diferentes variantes de un aseguramiento privado.

En un esquema de aseguramiento social como el colombiano hay un componente elevado de transmisión de funciones públicas por parte del Estado, la principal derivada de su responsabilidad sobre el 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 privado³⁵. 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 un adecuado cumplimiento de sus funciones, los aseguradores deben fortalecer:

- El cumplimiento de las condiciones financieras y de solvencia que les permita disponer de recursos actuarialmente ajustados para solventar los riesgos que deba asumir como consecuencia de la incertidumbre en los costos asociados a la enfermedad. Se enfoca en la interacción entre el gasto en salud y sus efectos financieros dados unos riesgos actuariales y sus derivados financieros frente a patrimonio y reservas del asegurador.
- La capacidad técnica para la gestión de riesgo en salud de los afiliados y la interacción con los demás agentes del Sistema. Involucra las competencias del asegurador para identificar y calcular los riesgos en salud de su población afiliada, diseñar e implementar estrategias y protocolos para minimizar los riesgos y

³⁴ Artículo 1, Ley 100 de 1993.

³⁵ Estrictamente en el esquema de aseguramiento público colombiano no se considera el abuso moral como un factor excluido de la función general del aseguramiento en salud ya que el cambio en el comportamiento de consumo se considera que refleja necesidades no cubiertas por el Estado y que son asumidas por el asegurador. Se consideran excluidas las actitudes dolosas que llevan al sobreconsumo por parte del usuario o el prestador.

manejar la enfermedad, desarrollar capacidades para monitorear las intervenciones y evaluar sus resultados e impacto sobre la población. La gestión individual del riesgo incluye la capacidad de seguimiento de poblaciones y cohortes identificadas según los grupos de riesgo priorizados y definidos en las RIAS.

- La capacidad de gestión de la RED, la cual incluye la capacidad del asegurador para conformar una red de servicios en el territorio de acuerdo con las condiciones de salud y demanda de la población y los requerimientos de una prestación con calidad de acuerdo con las RIAS, los requerimientos de la regulación de las redes integrales de atención, mantener la estabilidad e integralidad de la red, disponer de mecanismos de contratación, mecanismos de pago adecuados y de evaluación del servicio.
- La capacidad de gestión del usuario, la cual tiene que ver con toda la respuesta a la demanda, autorizaciones, procesos administrativos de soporte y comunicación, sistemas de información y manejo de quejas. También incluye la capacidad técnico-científica del asegurador.

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

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

Tabla 2 Mecanismos de Habilitación, riesgos y núcleos de evaluación en aseguramiento público

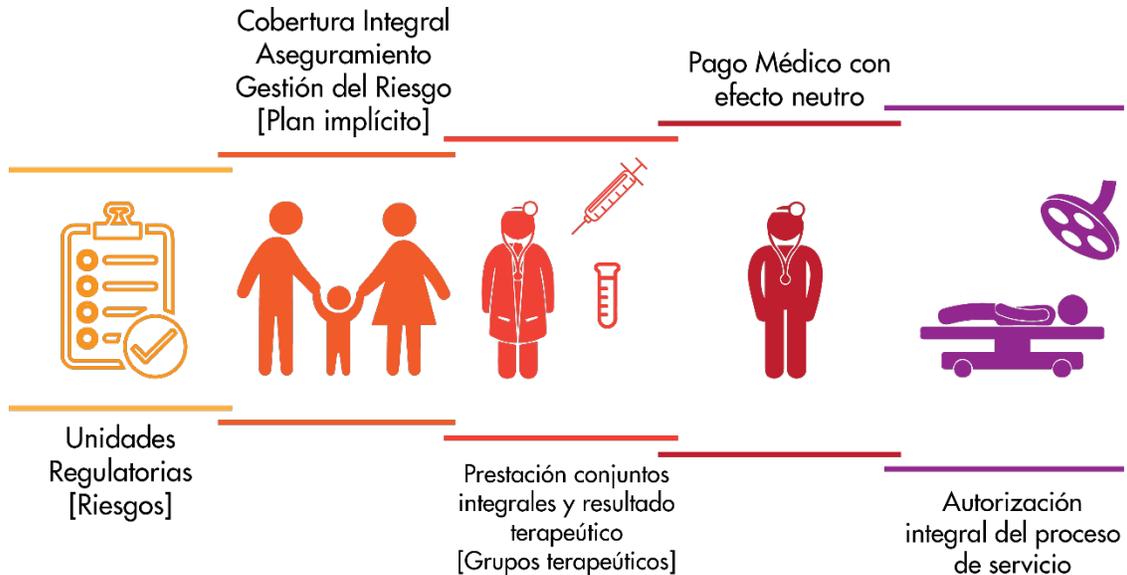
Función	Mecanismo Habilitación	Tipo de Riesgo	Núcleo Evaluación
Protección financiera	Habilitación financiera	Financiero	Capital mínimo
		Actuarial	Patrimonio adecuado Reservas técnicas
Agencia	Habilitación técnica	Operacional	Inspección, vigilancia y control
			Capacidad gestión de red Capacidad gestión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

Fuente: MSPS. 2015

La aplicación de un esquema territorial de regionalización en el aseguramiento requiere escalas que no necesariamente se superponen con las de las redes de servicios en la medida que el aseguramiento requiere grandes números para hacer viable su operación a través de la mancomunación de riesgos. También es requerido mantener un nivel de competencia en los mercados de aseguramiento. Por esta razón se propone una regionalización del aseguramiento que integre los condicionantes de tres componentes del MIAS: 1. Diferenciación; 2. Redes Integrales; y 3. Regionalización del aseguramiento.

3.2.7 Redefinición del esquema de incentivos

Para hacer posible el MIAS, es necesario orientar los incentivos hacia los resultados esperados en salud. Esto requiere ajustar el esquema de pagos a lo largo de la cadena de provisión de servicios.

Gráfico 16 Esquema de incentivos


Fuente: MSPS, 2015

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

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

evitable y la severidad de una condición o enfermedad hacia la cual no se puede esperar curación

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

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

3.2.8 Requerimientos y procesos del sistema de información

Hacer posible un sistema de salud centrado en el ciudadano, implica que la información debe recolectarse, analizarse y disponerse a nivel individual (persona) y organizarse de tal forma que responda a las necesidades de información de los diferentes agentes involucrados en la atención integral en Salud.

De esta forma la unidad de análisis debe ser la persona en cualquier proceso que implique la trazabilidad de las acciones preventivas y de gestión clínica de los

ciudadanos, a través de las RIAS, intervenciones colectivas e individuales y la gestión del riesgo en salud. Esto involucra la nominalidad en la identificación de las personas, el seguimiento y la evaluación de las intervenciones y sus efectos.

Para el efecto, es necesario reconocer que “todos” los procesos que se definen en el MIAS (incluye las RIAS) se hallan interrelacionados y son interdependientes, con el fin de alcanzar 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, debe implementarse y fortalecerse el Sistema Integral de Información en Salud y Protección Social – SISPRO de tal forma que integre los componentes demográficos, socioeconómicos, epidemiológicos, clínicos, administrativos y financieros. Este fortalecimiento implica también la obligatoriedad de los agentes en el reporte confiable, oportuno, claro, suficiente, con la calidad aceptable, y en los plazos que se establezcan según los requerimientos del SISPRO.

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

- El sistema de información de apoyo a la política de atención integral en salud debe estar centrado en el ciudadano y por tanto su caracterización debe ser única. La información debe estar alojada en un solo sitio y dispuesta a los agentes del Sistema de salud, garantizando el derecho a la intimidad mediante criterios de seguridad y privacidad. Se debe disponer mecanismos de protección para el suministro de información a terceros, salvo las autorizadas por las disposiciones legales
- Se deben adoptar sistemas integrados de gestión que permitan toda la integración de información incluida la de determinantes sociales de salud, necesidades y problemas de la población, suficiencia de las redes de servicios, servicios y tecnologías de salud realizados al ciudadano, condiciones de mercado del aseguramiento, resultados en salud definidos en las RIAS, mecanismos de pago, indicadores del goce efectivo del derecho a la salud, la cual se constituye en la base de la gestión de cada institución, de cada entidad territorial y de la gestión nacional del sector salud, dentro de sus competencias
- El Modelo deberá establecer conceptos, definiciones y nomenclaturas únicas con el fin de permitir la integración de la información, comparación y trazabilidad de las acciones.
- El desarrollo y la implementación del sistema de información se debe realizar a través de arquitecturas modulares con interfaces estandarizadas y otras tecnologías disponibles, que garanticen la eficiencia del sistema de salud. La información una vez capturada, debe almacenarse e intercambiarse utilizando medios electrónicos y mecanismos de seguridad y privacidad
- Se debe asegurar que toda la información esté disponible para los agentes: - planificadores, gerentes en salud, directores y administradores, profesionales,

pacientes y ciudadanos y los agentes pertinentes y autorizados donde y cuando se la requiera, de tal forma que apoye la libre elección del usuario de las entidades, la oferta disponible, el seguimiento de cohortes definidas alrededor de grupos de riesgo, así como el monitoreo de resultados de los incentivos y sus ajustes

3.2.9 Fortalecimiento de la investigación, innovación y apropiación de conocimiento

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

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

La investigación en salud debe orientarse a solventar las necesidades en salud de las poblaciones, el abordaje integral de los entornos en donde se desarrolla y las necesidades del modelo de atención como estrategia para solventar las necesidades en salud de las poblaciones y la modificación de los entornos para garantizar el derecho a la salud de los individuos³⁶. Este proceso de identificación de necesidades en investigación en salud, estrategias de desarrollo sostenible de procesos de investigación de alto impacto en salud y de las funciones y objetivos de los sistemas de salud debe ser liderada por el Ministerio de Salud y la Protección Social, apoyada por el Departamento Administrativo de Ciencia y Tecnología (COLCIENCIAS) y ejecutada por los centros e Institutos de Investigación con fortalezas en estas disciplinas.

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

1. El establecimiento de la rectoría del sistema de salud

³⁶ Frenk J. Dimensions of health system reform. Health Policy, 1994, 27: 19–34.

La ley estatutaria de salud establece la salud como un derecho fundamental y este modelo integral de salud es una estrategia para que ese derecho se garantice. Una de las prioridades es trabajar por el fortalecimiento de la rectoría del sistema de salud en tres aspectos: a) generación de políticas en salud efectivas para la implementación del modelo integral de atención y las rutas integrales de atención³⁷; b) Mecanismos efectivos de regulación de los diferentes actores del sistema que establezcan la organización y comunicación entre ellos para obtener el mayor beneficio de las actividades e intervenciones en salud propuestas³⁸ y c) estrategias de rendición de cuentas claras por parte de los actores en relación a los procesos establecidos en el modelo de atención³⁹, d) El estudio de estrategias efectivas para el abordaje de los determinante sociales de la salud

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

Este modelo de atención reta al sistema de innovación e investigación a generar procesos que den respuesta a los mecanismos necesarios para garantizar el adecuado uso de los recursos económicos, la asignación responsable y eficiente de recursos a los actores y actividades relacionadas con la prestación de servicios de salud individuales y colectivos⁴⁰. Así mismo abre una puerta de innovación sobre los mecanismos de pago a prestadores primarios y complementarios y la evaluación de mecanismos de control de la demanda de servicios de salud con el nuevo modelo

3. La gestión eficiente de los recursos humanos en salud

El conocimiento de las características y distribución del recurso humano en salud para garantizar las acciones colectivas e individuales enmarcan una necesidad en investigación en relación a la formación del recurso humano en salud en áreas de salud preventiva, atención primaria en salud y medicina informada en evidencia. Así mismo la caracterización y mecanismos de retención de profesionales de la salud en zonas rurales para garantizar la red de prestadores primarios y complementarios⁴¹

Así mismo se requiere la conformación de equipos de salud multidisciplinarios e integrales, cuya composición debe obedecer a los siguientes criterios; i) la mezcla de perfiles de los técnicos, profesionales y especialistas, deben corresponder a las características de la población definidas en el ASIS; iii) se debe considerar la inclusión de “nuevos perfiles” como agentes comunitarios, promotores de salud; parteras,

³⁷ Hsiao WC. Comparing health care systems: what nations can learn from one another. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 1992, 17: 613–636.

³⁸ Idem cita 36-37

³⁹ North DC. *Institutions and institutional development*. Cambridge, Cambridge University Press, 1990. Roemer MI. *National health systems of the world*. Vol. 1: The countries. New York, Oxford University Press, 1991.

⁴⁰ Murray CJL et al. *Defining and measuring fairness of financial contribution*. Geneva, World Health Organization, 2000 (GPE Discussion Paper No. 24).

⁴¹ Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 1996, 44: 166–203.

líderes comunitarios, entre otros, mediante un proceso de capacitación e integración permanente; iii) se debe considerar la integración o trabajo coordinado con profesionales y técnicos de otras disciplinas: ingenieros sanitarios, sociólogos, agrónomos; antropólogos, licenciados en educación física; iv) se debe considerar la disponibilidad de talento humano en la región, la posibilidad de vincular personal de otras regiones y, en general, las restricciones de oferta de talento humano; v) de manera progresiva se incorporarán médicos familiares y otros especialistas en salud familiar, quien liderarán los equipos de salud⁴².

Para el fortalecimiento de competencias del THS se deben desarrollar acciones en cuatro ejes: i) la formación; ii) la armonización del THS con el esquema de cuidado integral y provisión de servicios; iii) el fortalecimiento del THS responsable de la planeación y gestión territorial en salud; y iv) gestión del Talento Humano en Salud. Estos elementos deben articularse para generar impacto real en las personas, familias y comunidades teniendo en cuenta las particularidades de cada territorio.

El desarrollo del modelo de atención requiere de generar capacidades en las diferentes componentes del Sistema. Entre los más relevantes figuran:

- a) Reforzamiento de la formación del médico general y su carácter comunitario
- b) Reforzamiento del perfil en medicina familiar
- c) Reforzamiento del perfil en salud familiar y comunitaria
- d) Desarrollo de competencias en modelos diferenciales de atención
- e) Reforzamiento del perfil en especialidades básicas
- f) Reforzamiento del perfil de enfermera profesional
- g) Reforzamiento de los perfiles de auxiliares de enfermería, auxiliar en salud oral y auxiliar en salud pública.
- h) Reforzamiento del perfil de gestores comunitarios
- i) Fortalecimiento de las capacidades de parteras para las zonas dispersas donde este perfil sea el más adecuado para la atención de partos de bajo riesgo

4. Fortalecimiento de los sistemas de información efectivos y eficientes

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

⁴² Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. In: Griffith JR et al, eds. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, University of Michigan, Health Administration Press, 1980.

soporte de la toma de decisiones en el sector a través de la información válida generada por el mismo⁴³.

5. Mecanismos efectivos de transferencia de conocimiento en políticas públicas

El país requiere de procesos eficientes de transferencia de conocimiento para la toma de decisiones en salud. La implementación del modelo de atención implica la generación de un dinamismo entre el sector de investigación e innovación y el sistema de salud para adoptar intervenciones que demuestren ser efectivas para el adecuado desarrollo del modelo de atención, por lo tanto se trabajara en la identificación de capacidades de investigación en sistemas de salud, la creación de una red de conocimiento y de una estrategia que permita la identificación de nueva evidencia científica, las oportunidades de implementación de dicha evidencia dentro de la ejecución del modelo y la evaluación de la efectividad de dicha incorporación dentro del desempeño del modelo integral de atención^{44 45}.

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

El modelo integral de atención en salud plantea una reorganización del sistema de prestación de servicios en salud, incorporando el abordaje de los entornos, comunitario a través de acciones poblacionales y colectivas desde una perspectiva intersectorial y sectorial, así mismo busca integrar estas acciones con las intervenciones individuales de las condiciones y eventos en salud. Esto coloca varios retos para el sector de la investigación en sistemas de salud y salud pública como lo son: a) La investigación en la generación, sostenibilidad y evaluación de redes integradas de servicios de salud; b) La implementación efectiva de estrategias de atención primaria en salud integrada c) Programas nacionales de salud como estrategias para la integración de acciones y actores frente a un problema de salud y d) La reducción de la inequidad en el acceso y la utilización de servicios de salud⁴⁶.

Fortalecimiento de la capacidad de investigación en salud pública:

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

⁴³ Frenk J. De la pertinencia a la excelencia: dilemas de la investigación en el sector público. *Ciencia* 1987; 38:169-178.

⁴⁴ Pellegrini A. Bases para la formulación de políticas de ciencia y tecnología en salud en América Latina. *Bol Oficina Sanit Panam* 1994;116(2):165-176.

⁴⁵ Lopez-Acuña D. Monitoring and evaluating health sector reform in Latin America and the Caribbean. London: Health Care International, The Economist Intelligence Unit (in press).

⁴⁶ Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Desafíos de la educación en salud pública. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2000.

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

Así mismo, se requiere el fortalecimiento del Instituto Nacional de Salud como organismo gestor de la salud pública en conjunto con el Ministerio de Salud y Protección Social. De manera articulada con las escuelas de salud pública se orientaran los esfuerzos de investigación en el fortalecimiento del MIAS. Las acciones de investigación de la salud pública estarán orientadas a fortalecer las 11 funciones esenciales de la salud pública establecidas por la Organización Mundial de la Salud a través de mecanismos relevantes en el país como son los observatorios nacionales de salud, los sistemas de vigilancia para el control del riesgo, la promoción de la salud de las condiciones prevalentes, la prevención y control de daños por desastres naturales, la gestión del sistema de salud para el establecimiento de la salud, reducción del gasto de bolsillo y garantía de la calidad de servicios de salud; la reducción de la inequidad en salud y la participación social a través del autocuidado y la garantía de la rendición de cuentas a la población civil, entre otras acciones de investigación en esta disciplina⁴⁷.

3.2.10 Implementación y evaluación del MIAS.

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

1. Establecimiento y fortalecimiento de la gobernanza del sistema de salud
2. Mecanismos de retroalimentación y planes de mejora

Establecimiento y fortalecimiento de la gobernanza del sistema de salud

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

La gobernanza no es solo potestad del gobierno, también lo es de todos los agentes del SGSSS, e implica i) definir prioridades, ii) realizar procesos de monitoreo y iii) tener mecanismos para la rendición de cuentas.

⁴⁷ Musgrove P. Public and private roles in health. World Bank Discussion Paper N° 339. Washington, D.C.: World Bank; 1996.

- i) **El establecimiento de prioridades**, debe estar enfocadas a mantener y mejorar la salud de la población, al acceso equitativo a los servicios con oportunidad y calidad, a establecer, estándares de servicio o de metas que se aspira alcanzar⁴⁸, normas financieras y políticas del sistema. El Ministerio, las Entidades territoriales, aseguradoras y prestadores de servicios deben redefinir de manera oportuna las prioridades y así mismo proteger financieramente el sistema⁴⁹, dentro de sus competencias y gestionarlas de manera eficiente teniendo en cuenta el enfoque poblacional y territorial que administran.
- ii) **El proceso de monitoreo**, debe evaluar el progreso hacia consecución de las prioridades definidas, y garantizar que todos los agentes del SGSSS y los demás actores relevantes se articulen en función de los objetivos propuestos en el MIAS y bajo el propósito de la optimización. Realizar el monitoreo dada la diversidad de las poblaciones y territorios es compleja, requerirá la adaptación del proceso en cada ámbito territorial.
- iii) **Mecanismos de rendición de cuentas**. Se deben poner en marcha mecanismos de rendición de cuentas adecuadas a la información disponible y a los objetivos propuestos, que permitan a los agentes del Sistema expresar sus juicios y cuando sea necesario alentarlos a tomar medidas correctivas. Estos deben ir encaminados a⁵⁰: la presentación de cuentas (provisión de rendimiento de la información y de recursos), y las consecuencias del manejo de cuentas (sanciones o recompensas por la parte responsable).

2. Mecanismos de retroalimentación y planes de mejora

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

⁴⁸ Hauck K, Smith P, Goddard M. The economics of priority setting for health: a literature review. Washington, DC: The World Bank; 2002

⁴⁹ Wismar M, Busse R. Outcome-related health targets – political strategies for better health outcomes. A conceptual and comparative study (part 2). Health Policy 2002;59(3):223–41

⁵⁰ Stewart J. The role of information in public accountability. In: Tomkins C, editor. Issues in public sector accounting. Oxford: Philip Allen; 1984.

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

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

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

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

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

4. REFERENCIAS

- Amaya J, Ruiz F. Determining factors of catastrophic health spending in Bogota, Colombia. *Int J Health Care Finance Econ*. 2011
- Australian Health Ministers Council (2002). Final Report from The 'Improving Rural Health' Reference Group.
- Dirección de Desarrollo Rural Sostenible (DDRS) Equipo de la Misión para la Transformación del Campo (2014). Misión para la Transformación del Campo Informe Definición de Categorías de Ruralidad.
- Commission on Health Research for Development. Health research: essential link to equity in development. Geneva: COHRED; 1990. [Links]
- Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 1996, 44: 166–203. 49.
- Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. In: Griffith JR et al, eds. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, University of Michigan, Health Administration Press, 1980.
- DNP. 2015. Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018.
- Frenk J. Dimensions of health system reform. *Health Policy*, 1994, 27: 19–34.
- Frenk J. De la pertinencia a la excelencia: dilemas de la investigación en el sector público. *Ciencia* 1987; 38:169–178.
- Hsiao WC. Comparing health care systems: what nations can learn from one another? *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 1992, 17: 613–636.
- Gómez A, Caicedo C. 2015. Actualizando la gestión del riesgo en salud: herramientas para la identificación y el manejo de riesgos en salud que facilitan dar cumplimiento a los cambios normativos recientes, *Revista Conexión*. Año 4, número 8, enero-abril. Acemi.
- IBM Global Business Services, IBM Institute for Business Value (2015). Healthcare 2015 and care Delivery: Delivery models refined, competencies defined.
- National Rural Health Alliance. INC (2014). Establishment of Primary Health Networks (PHNs)
- National Strategic Framework for Rural and Remote Health (2012)
- North DC. Institutions and institutional development. Cambridge, Cambridge University Press, 1990.
- Roemer MI. National health systems of the world. Vol. 1: The countries. New York, Oxford University Press, 1991.
- Nyman, J. (2003) The theory of demand for health insurance. Stanford University Press. Stanford

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ANEXO 1

Distribución de municipios según ámbito territorial

Para la categorización de municipios según ámbito territorial se adopta la clasificación propuesta por la Misión Para la Transformación del Campo (Misión Rural, 2014), que combinó los criterios de población, densidad poblacional y porcentaje poblacional que habita la categoría resto⁵¹.

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

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

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

⁵¹ La clasificación oficial del DANE y actualmente utilizada incluye cabecera municipal, centro poblado y resto de la población. Hasta ahora se considera que la población rural corresponde a la categoría resto. Esta categorización no permite segmentar municipios según ruralidad ni definir zonas dispersas.