

ANEXO TÉCNICO

MATIS SSMP

Anexo técnico MATIS 18-03-19 V39

Modelo de Atención Integral en Salud

MATIS - Sistema de Salud de las Fuerzas

Militares y de la Policía Nacional -SSMP

[MARZO-2019]

CONTENIDO

1. ANTECEDENTES	5
2. GLOSARIO	7
3. ACRÓNIMOS	18
4. DESPLIEGUE OPERATIVO DE LOS MÓDULOS DEL MATIS	19
4.1 MÓDULO DE GOBERNANZA	19
4.1.1 Mejoramiento de la calidad en salud	19
4.1.2 Representatividad del usuario	20
4.1.3 Planeación integral de salud	21
4.1.4 Gestión del Cambio	21
4.2. MÓDULO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	24
4.2.1. Gestión financiera y del riesgo financiero	24
4.2.2. Gestión Técnico Administrativa	25
4.2.3. Gestión de las tecnologías de la información y comunicación	25
4.3. MÓDULO DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD	25
4.3.1 Identificación del Riesgo en Salud	28
4.3.2. Fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud (APS)	29
4.3.3 Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS)	34
4.4. MÓDULO DE GESTIÓN LA ATENCIÓN EN SALUD	37
4.4.1. Redes Integrales de Servicios de Salud (RISS).	37
4.4.2. Enfoque hacia la atención al usuario y humanización del servicio	52
5. IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DEL MATIS	53
5.1. Matriz de Roles y Competencias Mínimas	53
5.2. Hoja de ruta implementación del MATIS	62
6. BIBLIOGRAFIA	64
RELACIÓN DE ILUSTRACIONES	3
RELACIÓN DE TABLAS	4

RELACIÓN DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Estructura del MATIS	19
Ilustración 2. Grupos de Interés	23
Ilustración 3. Redes Integrales de Servicios de Salud (RISS)	39
Ilustración 4. Implementación del MATIS en el prestador.....	50

Anexo técnico MATIS 18-03-19 V39

RELACIÓN DE TABLAS

Tabla 1 Servicios de salud a proveer por el prestador primario en el ámbito disperso	43
Tabla 2 Servicios de salud a proveer por el prestador primario en el ámbito rural	43
Tabla 3. Servicios de salud a proveer por el prestador primario en el ámbito urbano.....	44
Tabla 4. Etapa de Alistamiento para la implementación del modelo	57
Tabla 5. Etapa de Desarrollo para la implementación del modelo	60
Tabla 6. Etapa de Evaluación y Ajuste para la implementación del modelo	62
Tabla 7.Hoja de ruta implementación MATIS por roles.	63

Anexo técnico MATIS 18-03-19 V39

1. ANTECEDENTES

A pesar de las mejoras en acceso, resultados y protección financiera que el Sistema General de Seguridad Social en Salud ha traído a los colombianos, existe una contrariedad con la calidad y oportunidad de la atención en salud. Por ejemplo se estima que en Colombia entre el 21% y el 35% de las hospitalizaciones se podrían prevenir con una adecuada atención primaria ambulatoria; Colombia tiene la tasa de hospitalización más alta en América Latina; sólo el 36% de los pacientes cuentan con un médico general que le presta atención de manera regular, sólo al 13% de los pacientes que tienen enfermedades precursoras de la enfermedad renal se le hacen pruebas de diagnóstico y seguimiento; y aún persisten inequidades significativas entre la salud de la población en zonas dispersas y las del resto del país; Adicionalmente, los pacientes aún enfrentan procesos dispendiosos para obtener atención¹.

La poca coordinación entre acciones de salud pública y promoción y prevención a cargo de las entidades territoriales con la prestación de servicios de salud, conlleva a un modelo asistencialista, que aumenta los costos al duplicar servicios durante el tratamiento desarticulado de los pacientes.

Ante esta realidad el Ministerio de Salud y de Protección Social², dentro del marco de la Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751 de 2015) en 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”.

Razón por la cual el MSPS definió el Modelo Integral de Atención en Salud que recibirá la población residente en el territorio colombiano, siendo de obligatorio cumplimiento para las entidades que tengan a cargo acciones en salud, bajo el enfoque de Atención Primaria en Salud y Gestión Integral del Riesgo en Salud, para ajustarse a las necesidades territoriales mediante modelos diferenciados para zonas con población urbana, rural y dispersa.

Este modelo tiene un gran potencial para mejorar la salud de la población y la satisfacción de los usuarios con el sistema y reducir de manera importante los costos y las inequidades en salud.

Adoptar y adaptar este nuevo Modelo de Salud para el SSMP, implica grandes retos a nivel administrativo y operativo, por cuanto se debe establecer y articular los diferentes roles desde el asegurador hasta el prestador de servicios de salud, mejorar la sostenibilidad

¹ El sistema de salud colombiano en las próximas décadas: Cómo avanzar hacia la sostenibilidad y calidad de la Atención, Catalina Gutiérrez Sourdis marzo 2018 Cuadernos FEDESARROLLO

² Resolución 429 de 2017 MSPS

financiera, mejorar los resultados en salud y su sostenimiento en el tiempo, articular el trabajo inter e intrasectorial y empoderar al usuario en el cuidado de su salud, familia y comunidad, entre otros elementos que se detallan en el presente documento.

Es importante tener en cuenta que el MATIS parte de la caracterización de la población con el fin de identificar los riesgos e iniciar la gestión integral del riesgo en salud (GIRS) definiendo un plan de intervención en salud; en cada territorio se organizarán Redes Integrales de Prestación de Servicios de Salud (RISS) que serán las encargadas de brindar el acceso a la atención oportuna, continua, integral y resolutive a los usuarios, contando con el recurso humano, físico, técnico y financiero para garantizar las atenciones y resultados en salud.

Los prestadores primarios y complementarios serán los responsables de la implementación de las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS), donde se definen las intervenciones y acciones necesarias para mantener a la población sana y ofrecer la atención y seguimiento de grupos de riesgo.

El Modelo se adapta según las condiciones del territorio (densidad poblacional, oferta de servicios, condiciones geográficas y sociales) y las características de la población, así como las necesidades en salud de los usuarios, tarea que desarrollarán conjuntamente los actores encargados del aseguramiento y la gestión de la prestación en cada Subsistema.

En concordancia con lo anterior, se estructura el presente anexo técnico teniendo en cuenta lo definido en el título III del Acuerdo del Modelo de Atención Integral en Salud, con el fin de alinear el aseguramiento y la prestación de los servicios de salud, donde se definirán los lineamientos a desarrollar en los diferentes módulos y componentes del Acuerdo.

2. GLOSARIO

Abordaje de curso de vida: este enfoque entiende que intervenir en atenciones oportunas en cada generación repercutirá en las siguientes y que el mayor beneficio de un momento vital puede derivarse de intervenciones hechas en un periodo anterior.

Acceso a la atención en salud: Se refiere a la utilización efectiva de los servicios de salud a lo largo del continuo asistencial (acceso real), más allá de la presencia de recursos disponibles (acceso Potencial).

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 la red integral de servicios de salud -RISS- o en los entornos.

Acciones individuales en salud: se refiere a aquellas acciones costo efectivas que al ser ejecutadas a nivel individual afectan positivamente a la población, mejorando sus capacidades o condiciones y/o atenuando riesgos colectivos en salud, protegiendo a la comunidad en su conjunto de un riesgo en salud.

Adscripción poblacional: este concepto alude al acto y el resultado de adscribir (realizar una inscripción, sumar algo, incorporar a alguien a una entidad), la adscripción poblacional es un mecanismo utilizado para identificar el número de usuarios que existen por Establecimientos de Sanidad, territorio y/o regional.

Afiliación: procedimiento a través del cual una persona se ingresa como integrante al SSMP, generándose una constancia de la mencionada pertenencia que lo acredita como afiliado con derechos y obligaciones.

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, si es suficiente en los diferentes segmentos tecnológicos, y no existen barreras relevantes en la distancia entre los servicios y la población. Los 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. Adicionalmente hacen parte de la organización territorial y geográfica del país.

Se consideran ámbitos urbanos los definidos en el Artículo 65 del Plan de Desarrollo 2014-2018³, como tal con el criterio de población mayor a 1 millón de habitantes. Estos ámbitos territoriales tendrán definidos igualmente condiciones específicas de habilitación de los aseguradores y de las redes integrales de prestadores de servicios de salud. Las ciudades que conservan esta categoría son: Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla y Cartagena. Adicionalmente se incluyen las áreas metropolitanas de Barranquilla y Medellín, reconocidas oficialmente. También puede considerarse ámbito urbano Bucaramanga con su área metropolitana, ya que al agregarla se cumple el criterio de ley de 1 millón de habitantes. Para las ciudades que tengan definida legalmente un área metropolitana, el modelo urbano podrá ser extensivo a los municipios que conformen dicha área.

Ámbitos territoriales con alta ruralidad: estos corresponden a la mayor parte de municipios del país donde la oferta de servicios tiende a ser monopólica y en la mayoría de los casos de naturaleza pública, con prevalencia de servicios de baja complejidad y poca capacidad de resolución. Los municipios de los ámbitos territoriales con alta ruralidad deben complementar sus servicios con instituciones de mediana y alta tecnología ubicadas en otros municipios para garantizar una oferta suficiente en los diferentes niveles de complejidad.

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

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

Se consideran ámbitos territoriales dispersos aquellos departamentos en los cuales más del 90% de los municipios sean clasificados como dispersos, así como las agrupaciones de municipios del andén pacífico y el alta guajira, ubicados en departamentos con mayor participación de municipios no clasificados como dispersos. Para la clasificación de los municipios se toma como referencia el Estudio de Geografía Sanitaria.⁴

³ Adoptado mediante la Ley 1753 de 2015

⁴ 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

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, Uribía, Manaure, Maicao y Albania.

Aseguramiento en salud⁵: entiéndase como la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial.

Atención integral en Salud: es el conjunto de acciones coordinadas, complementarias y efectivas para garantizar el derecho a la salud, expresadas en políticas, planes, programas, proyectos, estrategias y servicios, que se materializan en atenciones dirigidas a las personas, familias y comunidades para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.

Atención Primaria en Salud (APS)⁶: es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad.

Beneficiario: es el afiliado que no es cabeza de familia ni aporta cotización, pero está cubierto por el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional en su condición de miembro de un núcleo familiar por su parentesco y/o dependencia económica de un afiliado cotizante.

Capacidad científica: conjunto de procesos, actividades y recursos humanos orientados a la gestión de los riesgos del aseguramiento en salud de la población afiliada, la representación del usuario en los servicios de salud, entre otros, la articulación y garantía de prestación de servicios de salud y la administración del riesgo financiero.

⁵ Basado en la Ley 1122 del 2007, Artículo 14

⁶ Declaración de Alma-Ata de 1978 convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS)

Capacidad Técnico-administrativa: cumplimiento de los requisitos legales, administrativos, contables, logísticos y de talento humano, que soportan las actividades y los servicios que acreditan el cumplimiento de las funciones indelegables del aseguramiento en salud.

Capacidad Tecnológica: conjunto de condiciones evidenciables de infraestructura, tecnológicas y sistemas de información que permiten garantizar el cumplimiento de las funciones indelegables del aseguramiento.

Capacidad técnico-científica: conjunto de normas, requisitos, procedimiento mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa en la prestación de servicios de salud.

Capas de prestación: el documento técnico de la PAIS - MSPS define las atenciones en salud dentro del prestador primario por capas organizadas de la siguiente manera: Atención comunitaria, Atención Básica y Consulta especializada de nivel primario.

Continuidad Asistencial: se define como el grado de coordinación y unión en la atención que percibe los pacientes a lo largo del tiempo, de manera que esta sea coherente con sus necesidades en salud y contexto personal.

Condición de salud: conjunto interrelacionado de circunstancias del paciente cuyo abordaje se realiza de manera coordinada, incluyendo las complicaciones asociadas y las comorbilidades que afectan los procesos y recursos utilizados durante la atención (Porter, Kaplan, 2011). Las condiciones de salud pueden ser agudas si aparecen en un momento particular y se resuelven en un punto posterior en el tiempo o crónicas si requieren una atención prolongada a través de los años.

Una condición individual de salud hace referencia a enfermedades, traumatismos o situaciones especiales que no son enfermedades pero que implican riesgos específicos y requieren atención como el embarazo.

Contrarreferencia: es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contra remisión del usuario al Establecimiento de Sanidad Militar o Policial al cual pertenece por territorio con las debidas indicaciones a seguir o simplemente, la información sobre la atención recibida por el usuario en la institución receptora o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

Cotización: la cotización tiene como objetivo servir de fuente de financiación del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional y corresponde a la suma del descuento que se hace al servidor público y el aporte que corresponde al empleador,

calculado sobre el ingreso base de liquidación. Debe pagarse por el empleador al SSMP en el mes siguiente del período en el cual se causa.

Cotizante: es el afiliado con capacidad de pago, por lo que aporta de sus ingresos el 4% y su patrono el 8.5% cuando es trabajador dependiente, o el 12.5% si es pensionado. En un mismo núcleo familiar podrán existir varios cotizantes.

Curso de vida: es el conjunto de trayectorias que tiene un individuo y su familia de acuerdo con los roles que desarrolla a lo largo de la vida (hijo, padre, trabajador, esposo, jubilado, entre otros), las cuales están marcadas por transiciones y momentos significativos. Está influenciado por las condiciones biológicas, psicológicas, sociales en los entornos que se desenvuelve el individuo a lo largo de la vida, por las expectativas sociales referentes a la edad por condiciones históricas y culturales específicas, así como por acontecimientos individuales únicos, en las RIAS de promoción y mantenimiento se definen los siguientes cursos de vida: primera infancia, infancia, adolescencia, juventud, adultez y vejez.

Demanda Inducida: es el diseño e implementación de estrategias y acciones encaminadas a organizar, incentivar, informar, educar y canalizar a la población usuaria hacia las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica, detección temprana y adhesión a los programas de control, servicios que garantizan coberturas necesarias de impacto para la salud de la colectividad y no son demandados por los usuarios en forma espontánea.

Determinantes de la Salud: se denomina al conjunto de procesos que tienen el potencial para generar protección o daño, para la salud individual y colectiva. Factores complejos que al actuar de manera combinada determinan los niveles de salud de los individuos y comunidades.

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. Estos entornos se desarrollan acorde a lo establecido en las intervenciones de las RIAS.

Entono hogar: es el escenario de refugio, acogida y afecto. Constituye un espacio de residencia permanente, ambientes específicos de permanencia como son agrupaciones de viviendas fiscales, hogares de paso, seminario castrense, alojamientos de unidades militares y policiales, centros de reclusión militar y policial, entre otros.

Entorno Escolar: escenarios de vida cotidiana donde la comunidad educativa desarrolla capacidades a través de proceso de enseñanza y/o aprendizaje como colegios, centros de Instrucción y Escuelas de Formación, entre otros.

Entorno Laboral: comprendido como escenarios donde las personas e individuos se organizan para producir bienes y servicios, para el caso se contempla entre otros las unidades militares y policiales

Entorno Comunitario: comprende los espacios donde se da la dinámica social de las personas y colectivos, así como los espacios de relación, encuentro y desplazamiento, como son: parques, plazas, vías, bibliotecas, museos, templos y escenarios de participación, entre otros.

Entorno Institucional: comprende espacios intramurales de las Instituciones prestadoras de servicios de salud donde interactúen los integrantes del sistema de salud para garantizar la atención integral.

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.

Equipos básicos de atención integral en salud (EBAS): se define con fundamento a lo establecido por la Organización mundial de la Salud OMS, como un grupo no jerarquizado de personas, con distintas disciplinas técnicas y profesionales sanitarias y no sanitarias que realizan diferentes actividades, pero con un objetivo común de proveer en cualquier ámbito a los pacientes y familias la atención más integral de salud posible. Estos equipos serán el primer contacto y la puerta de entrada de la población con los servicios de salud, abordando de forma integral e integrada a la población por curso de vida, las familias y sus ámbitos de vida cotidiana, con un enfoque diferencial y para la diversidad. Se identificarán las necesidades y organizarán las respuestas que deban brindarse a la población, integrando las del sector salud con otros sectores.

Enfoque de curso de vida: es el abordaje de los momentos del continuo de la vida que reconoce que, el desarrollo humano y los resultados en salud dependen de la interacción de diferentes factores a lo largo del curso de la vida, de las experiencias acumulativas y las situaciones presentes de cada individuo, las cuales son influenciadas por el contexto familiar, social, económico, ambiental y cultural. Este enfoque entiende que invertir en atenciones oportunas en cada generación repercutirá en las siguientes y que el mayor beneficio de un momento vital puede derivarse de intervenciones hechas en un periodo anterior.

Gestión Integral del Riesgo en Salud⁷: entiéndase como el conjunto de acciones que sobre una población específica con individuos identificables y caracterizables, deben realizar las entidades públicas o privadas que en el sector salud o fuera de él tienen a cargo poblaciones para disminuir 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

⁷ Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021

condición previa o la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera podido evitarse.

El riesgo en salud tiene dos componentes para el asegurador:⁸ **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.

Gobernanza⁹: conjunto de arreglos institucionales mediante los cuales se preparan, adoptan y ejecutan las decisiones públicas en un entorno social determinado. Incluiría estructuras, procesos, relaciones entre actores, reglas, mecanismos de imposición, control y rendición de cuentas, incentivos, normas informales y, en general, todos los instrumentos que inciden sobre las decisiones en la esfera pública.

Gobernabilidad: tiene que ver con establecer las “reglas del juego” explícitas, de tal forma que las decisiones y el direccionamiento sean legítimas, transparentes, correspondan a la ética y respeto por los derechos humanos.

Grupo de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico (GADT): este grupo interdisciplinario garantizará la accesibilidad y disponibilidad de servicios del prestador primario y propiciará los mecanismos efectivos de canalización y referencia a servicios de mayor complejidad en el enfoque de una Atención integral.

Grupo de Riesgo: se entiende como el conjunto de personas con condiciones comunes de exposición y vulnerabilidad a ciertos eventos que comparten 1) historia natural de la enfermedad 2) factores de riesgo relacionados 3) desenlaces clínicos 4) formas o estrategia eficientes de entrega de servicios.

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.

Intersectorial: acciones que se desarrollen con entidades públicas de otros sectores del gobierno nacional o entidades privadas.

Intervenciones colectivas: son el conjunto de intervenciones, procedimientos o actividades para la promoción de la salud y la gestión del riesgo dirigidas a grupos

⁸ Ramón Abel Castaño 2014, mecanismo de pago en salud

⁹ Longo F. Ejes vertebrados de la gobernanza en los sistemas públicos. Un marco de análisis en clave latinoamericana. Revista del CLAD Reforma y Democracia. 2010 febrero;(46): p. 73-102

poblacionales a lo largo del curso de la vida; definidas con fundamento en la evidencia disponible y en las prioridades en salud de cada territorio.

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.

Intrasectorial: se entiende por las dependencias del Ministerio de Defensa Nacional, que incluye la Unidad de Gestión General, el Ejército Nacional, la Armada Nacional, la Fuerza Aérea Colombiana, la Policía Nacional y las entidades descentralizadas del sector defensa.

Medicina Basada en la evidencia: uso consciente explícito y razonable de la mejor evidencia disponible para la toma de decisiones en el cuidado de los pacientes - usuarios a nivel individual.

Modalidades de atención: son las intervenciones de salud que se realizan a nivel 1) intramural (ESM, ESP, IPS), 2) extramurales (rurales, operacionales y domiciliarias), 3) telemedicina.

Nota técnica¹⁰: herramienta que permite a las EPS reflejar el comportamiento de los riesgos y de los costos derivados de la atención de los afiliados organizados por momento de curso de vida y grupos de riesgo. Contiene información estadística de una población expuesta e información matemática de las probabilidades de utilización de tecnologías en salud (frecuencia) y el costo unitario de su atención.

Organización funcional de servicios de salud: se refiere a la forma de organización de los servicios de salud por parte de los Prestadores de Servicios de Salud, para la disposición y provisión de servicios de salud con el fin de garantizar la atención en salud de manera accesible, oportuna, continua, integral y resolutive, en los componentes primarios o complementarios de la Red.

Participación Social en Salud: es el ejercicio de los deberes y derechos de los afiliados y beneficiarios del SSMP para propender por la conservación de la salud personal, familiar y comunitaria.

Participación ciudadana: proceso social, mediante el cual, los usuarios, Asociaciones de Usuarios y Veedurías ciudadanas se acercan o se vinculan con el Sistema de Salud de Las Fuerzas Militares y de La Policía Nacional para formar parte de las acciones administrativas y asistenciales programadas en los Subsistemas de salud.

¹⁰ Marin H. 2018

Participación Comunitaria¹¹: en el ámbito normativo de la salud en Colombia la participación comunitaria es concebida como el derecho de la comunidad a participar en las decisiones adoptadas por los agentes del sistema de salud que la afectan o interesan.

Participación social¹²: es el derecho y el deber de los ciudadanos a participar de manera individual o a través de sus organizaciones, redes sociales e instituciones, en la vigilancia de la gestión pública y sus resultados.

Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial: se denomina Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial al conjunto de servicios de atención en salud al que tiene derecho cada usuario del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional (SSMP) y el mismo conjunto de servicios al que está obligado el Sistema a garantizarles, con sujeción a los recursos disponibles en cada uno de los Subsistemas, para la prestación de servicios de salud.

Prevención de la Enfermedad: es el conjunto de procedimientos e intervenciones individuales y colectivos tendientes a evitar en los usuarios del SSMP la ocurrencia de enfermedades o sus complicaciones, orientados al control, reducción o eliminación de factores de riesgo, desarrollando actividades de protección específica de la salud, y detección temprana de la enfermedad

Procesos transdisciplinarios: se define 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.

Promoción de la Salud¹³: se define como cualquier actividad educativa en salud, orientada para alterar la manifestación de la herencia genética, la conducta o el ambiente, en una dirección positiva, tendiente a mantener la salud y evitar la aparición de la enfermedad. Estas acciones educativas ayudan a las personas a modificar su estilo de vida, hacia una óptima salud.

Protección Específica¹⁴: se define como las actividades tendientes a proteger a los individuos expuestos a riesgos específicos por grupos de edad, género, ciclos vitales individual y familiar, o variables ambientales y de los nichos ecológicos; es decir, las aplicaciones de acciones y/o tecnologías que permitan y logren evitar la aparición inicial de la enfermedad mediante la protección frente al riesgo.

¹¹ Art. 12° Ley 1751 de 2015

¹² Título V. Cap. I. Artículo 60° Ley 1757 de 2017

¹³ Acuerdo 117 de 1998

¹⁴ Acuerdo 117 de 1998

Red Integral de Servicios de Salud (RISS)¹⁵: se define como el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud u organizaciones funcionales de servicios de salud, públicos y privados; ubicados en un ámbito territorial definido de acuerdo con las condiciones de operación del MATIS, con una organización funcional que comprende un componente primario y un componente 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 de los resultados en salud.

Referencia: es el envío de usuarios o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un Establecimiento de Sanidad Militar o de la Policía Nacional, o a otro de mayor nivel de atención y grado de complejidad o el envío de usuarios del SSMP a instituciones de salud o grupos profesionales habilitados contratados, para la atención o complementación diagnóstica, que acorde al nivel de atención o grado de complejidad den respuesta a las necesidades de salud.

Régimen de referencia y contrarreferencia: es el conjunto de normas técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente al usuario, los servicios de salud, según el nivel de atención y grado de complejidad de los Establecimientos de Sanidad Militar o de la Policía Nacional o a través de instituciones de salud contratadas, con la debida oportunidad y eficacia.

Regionales de Aseguramiento en Salud (RASES): se constituye como la unidad fundamental del territorio que desarrollará las actividades de aseguramiento de la operación del MATIS-SSPN y articulará todas las acciones con las Unidades Prestadoras de Salud UPRES como agencias gestoras de salud y de provisión de servicios en el SSPN.

Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS)¹⁶: son una herramienta obligatoria que define a los integrantes del Sector salud (Entidad territorial, EAPB, prestador) y de otros sectores, las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los diferentes entornos, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación. Las RIAS integran las intervenciones individuales y colectivas que realizan los diferentes integrantes dentro de sus competencias, las cuales deben adaptarse a los ámbitos territoriales y a los diferentes grupos poblacionales. Para el efecto, se definen tres tipos de rutas: Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud; Rutas de Grupo de Riesgo y Ruta Integral de Atención en Salud para eventos específicos.

¹⁵ Resolución N0429 del 17 de febrero de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social

¹⁶ Resolución N0429 del 17 de febrero de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social

Sistema de Referencia y Contrarreferencia¹⁷: se define como el conjunto de recursos, procesos, procedimientos, flujos, instrumentos y normas técnico-administrativas, que permiten prestar a los usuarios del Subsistema de Salud, servicios de salud acordes con sus necesidades y con la capacidad de respuesta de la red propia y contratada, con la debida oportunidad, eficacia y eficiencia.

Tamización: exámenes o procedimientos estandarizados y exámenes especiales que se realizan para detectar precozmente condiciones preclínicas; que aplicados a la población general o a grupos específicos de la población para su clasificación en dos niveles: el primero con una probabilidad alta de enfermar o morir y el segundo con una probabilidad baja.

Territorio: espacio geográfico histórico y socialmente construido.

Transectorialidad: proceso de articulación e integración de acciones individuales y colectivas de diferentes actores institucionales alrededor de la construcción colectiva de las respuestas que permitan incidir con mayor eficacia y eficiencia sobre los determinantes sociales en salud para promover el desarrollo de la salud de las personas.

Unidad de Gestión en Salud (UGESA): se constituye como la unidad fundamental del territorio que desarrollará las actividades de aseguramiento de la operación del MATIS-SSFM y articulará todas las acciones con las Direcciones de Sanidad como agencias gestoras de salud y de provisión de servicios en el SSFM.

Unidades prestadoras de salud (UPRES): Unidades del SPPN encargadas de cumplir y hacer cumplir los lineamientos del nivel central para garantizar la prestación de servicios de salud en su área de influencia. Antes denominadas Área y Seccionales de Sanidad Policial.

Tecnologías en salud¹⁸: actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios y procedimientos usados en la prestación de servicios de salud, así como los sistemas organizativos y de soporte con los que se presta esta atención en salud.

¹⁷ Basado en el Decreto 4747 de diciembre 7 de 2007, artículo 3

¹⁸ Resolución 5269 de 2017

3. ACRÓNIMOS

ARASE: Área Aseguramiento en Salud - SSPN

APRES: Área Prestación de Servicios - SSPN

CSSMP: Consejo Superior de salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional.

DIGSA¹⁹: Dirección General de Sanidad Militar.

DISAN: Dirección de Sanidad

EBAS: Equipos Básicos de Atención.

ESM: Establecimiento de Sanidad Militar.

ESP: Establecimiento de Sanidad Policial.

JEFS²⁰: Jefatura de Sanidad Fuerza Aérea

GIRS: Gestión Integral de Riesgos en Salud.

MATIS- SSMP: Modelo de Atención Integral en Salud del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de Policía Nacional.

MSPS: Ministerio de Salud y de Protección Social

RASES: Regional de Aseguramiento en Salud - SSPN

RIAS: Rutas Integrales de Atención en Salud.

RISS: Redes Integrales de Servicios de Salud.

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud.

SSFM: Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.

SSMP: Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional

SSPN: Subsistema de Salud la Policía Nacional

UGESA: Unidad de Gestión en Salud Sanitaria

UPRES: Unidades Prestadoras de Salud - SSPN

¹⁹ El Comando General de las Fuerzas Militares emitió la disposición No.013 del 23 de Abril de 2018 donde se modifica la cual se reestructura el Comando General de las Fuerzas Militares y se aprueban las tablas de organización y equipos (TOE). En el artículo 22 cambia la sigla de la Dirección General de Sanidad Militar (DGSM) por (DIGSA).

²⁰ Resolución No.1014 del 19 de Febrero de 2018 expedida por el Ministerio de Defensa se aprobó la disposición No.060 del 28 de diciembre de 2017 del Comando General de las Fuerzas Militares en la cual se reestructura la organización de las dependencias de la Fuerza Aérea Colombiana.

4. DESPLIEGUE OPERATIVO DE LOS MÓDULOS DEL MATIS

En concordancia con lo anterior, se presenta el despliegue técnico de los módulos y componentes del Modelo de Atención Integral en Salud - MATIS, así:

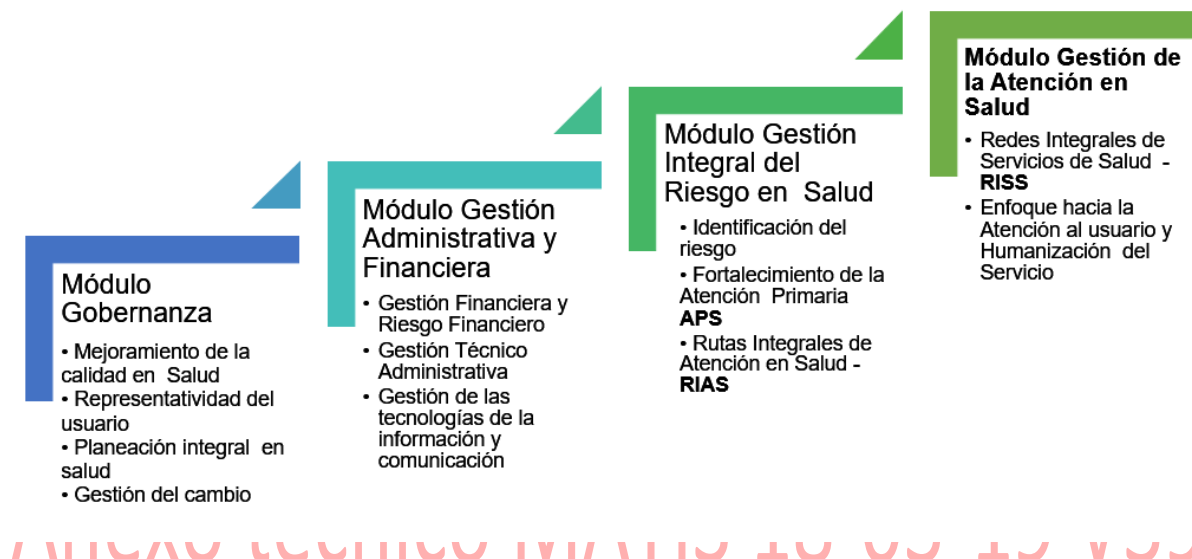


Ilustración 1. Estructura del MATIS

4.1. MÓDULO DE GOBERNANZA

Teniendo en cuenta a lo establecido en el Título II, Capítulo I Artículos 10 al 15 del presente Acuerdo del MATIS.

La gobernanza debe desplegar el diseño, fortalecimiento y emisión de políticas, planes, programas y herramientas que permitan direccionar de manera coordinada las acciones de cada uno de los módulos, garantizando que todos los actores del SSMP se articulen y armonicen sistemáticamente en función de los objetivos. Dentro de este módulo se desarrollan los siguientes componentes:

4.1.1. Mejoramiento de la calidad en salud.

Este componente se desarrollará a través del Sistema Integrado de Gestión - SIG para el SSMP ordenado por el CSSMP, donde definirán entre otros lineamientos, la coordinación, ajuste y estandarización de los procesos y procedimientos desde el nivel de aseguramiento hasta la prestación de servicios, con la finalidad de implementar y mantener el MATIS.

Dentro de los componentes del Sistema Integrado de Gestión se encuentra el Sistema de Calidad en Salud, entendiéndose como el conjunto de normas, requisitos, mecanismos y procesos continuos y sistemáticos que desarrolla el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional para planear, mantener y mejorar la prestación de servicios de salud para los usuarios del SSMP y los inherentes a la Salud Operacional en cada Subsistema de Salud.

El Sistema de Calidad en Salud, permitirá efectuar el seguimiento, monitoreo y evaluación de la calidad y la capacidad técnico científica en la prestación de servicios de salud, de acuerdo con la estructuración de las Redes Integrales de Servicios de Salud.

4.1.2. Representatividad del usuario

La Dirección General de Sanidad Militar y la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, actuando como representantes de sus afiliados ante las entidades y dependencias que componen el SSMP e instituciones prestadoras de servicios de salud, deberán evidenciar acciones correspondientes a: i) procesos y herramientas de divulgación de derechos y deberes del afiliado; ii) reportes de seguimiento de la atención al usuario referentes a procesos de comunicación permanente con los usuarios del SSMP; iii) monitoreo y evaluación periódica de los procesos y procedimientos de PQRS (Peticiónes, Quejas, Reclamos y Sugerencias); iv) implementación de procesos y herramientas que faciliten a los afiliados el agendamiento estandarizado de citas; v) mejorar la oportunidad en el acceso a los servicios y tecnologías en salud, autorización integral de servicios, la referencia y contrarreferencia; vi) implementación de procesos y herramientas que permitan comunicar a los usuarios el monto de la facturación de la atención y tecnologías recibidas; vii) evidencia de actividades y procesos para fortalecer la participación social y comunitaria; viii) disponer de un sistema de información al afiliado que incluya entre otros: portafolio de servicios, línea gratuita de información a nivel nacional, página web, información en puntos de atención y en su red prestadora; ix) gestión de la afiliación; x) implementación de procesos y herramientas para la gestión Integral del Riesgo del afiliado, bajo un sistema de información con datos y parámetros mínimos necesarios que permitan esta gestión; xi) sistema de inventivos en salud y xii) fortalecimiento de la investigación y la innovación..

Así mismo, serán los garantes para que los usuarios reciban los servicios establecidos en el plan de beneficios con calidad, eficiencia y equidad en el Subsistema de Salud correspondiente, con el fin de brindar una atención integral en salud, asequible, oportuna, pertinente, segura y continua, para los usuarios del SSMP.

Con relación a la gestión de la afiliación se precisa que es el conjunto de actividades que incluye la afiliación del usuario y la validación de derechos, caracterización de la población, la identificación del riesgo, la verificación del pago y recaudo de los aportes; proceso gerenciado y liderado desde la subdirección de salud o área de gestión en salud o quien haga sus veces en cada Subsistema, toda vez que es el punto de partida para la gestión integral del riesgo en salud, competencia del asegurador.

4.1.3. Planeación integral de salud

Siendo este un componente fundamental del aseguramiento en salud para la implementación y mantenimiento del MATIS, se hace necesario que la Dirección General de Sanidad Militar y la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, dentro de la elaboración del mapa de procesos y/o estructura organizacional, se contemplen como mínimo los siguientes temas:

- Conformación de un gran repositorio de datos que recopilará la totalidad de la información generada por las diferentes fuentes (asegurador y prestador) y modalidades de prestación (intramural, extramural y de telemedicina) para su análisis y toma de decisiones oportunas, entre otras.
- Caracterización de la población en cada Subsistema, situación de salud nacional y por territorio, que permitan la identificación, análisis, y clasificación del riesgo de cada afiliado; así como, la conformación de grupos de riesgo por cohortes, de protección específica, por curso de vida y prioridades en Salud Pública.
- Análisis de la oferta de servicios y capacidades, análisis de la demanda de servicios en salud y la adecuación de volumen/oferta de servicios y los lineamientos para la conformación de la red integral de servicios de salud.
- Registro, análisis y evaluación de costos en salud para la apreciación del gasto de la enfermedad y la demanda de servicios.
- Realización y gestión de la nota técnica para suficiencia de recursos.
- Generación de lineamientos para la programación presupuestal de la atención en salud, mediante modelos predictivos que permitan el aseguramiento financiero y el uso eficiente de los recursos.
- Gestión del conocimiento y normalización en salud del SSMP.

La Dirección General de Sanidad Militar y la Dirección de Sanidad de Policía Nacional, en su rol de asegurador, deberán definir las capacidades para llevar a cabo estas actividades.

4.1.4. Gestión del Cambio.

Este componente estratégico es fundamental para facilitar y conseguir la implementación exitosa de los procesos de transformación que se generan en el desarrollo del MATIS, lo que implica trabajar con y para las personas en una nueva cultura organizacional para la aceptación, asimilación y reducción de la resistencia al cambio.

Cada Subsistema de Salud, deberá realizar las siguientes acciones para implementar la gestión del cambio:

- a. Designar el o los responsables de articular la gestión del cambio en la organización, teniendo en cuenta que las acciones dentro del proceso de transformación son transversales en la organización.
- b. Definir las etapas de gestión del cambio que van desde la definición de la visión del cambio hasta su desarrollo y monitoreo:
- Para la definición de la visión se deberá realizar un compendio de buenas prácticas en la gestión del cambio.
 - En el desarrollo de la gestión del cambio, se debe propender por facilitar la adopción y entendimiento de los conceptos relacionados con el proceso de transformación
 - Empezar un proceso de cambio escalable que facilite consolidar un cambio en la cultura de la organización.
 - Definir una clara estrategia de comunicación que facilite la adaptación y asimilación del cambio.
- c. Realizar un plan operativo de gestión del cambio el cuál se presentará ante el Comité de Salud correspondiente conjuntamente con el plan de acción en cada vigencia, así mismo, informes de avance. En este plan operativo, se debe evidenciar como mínimo el desarrollo de los siguientes objetivos acorde a la implementación del MATIS:
- Establecer canales de comunicación de doble vía para involucrar y comprometer a los diferentes grupos de interés²¹ (usuarios, decisores, operadores y entes externos) en el proceso de implementación del Modelo de Atención Integral en Salud, para la toma de decisiones y mantenerlos informados de los avances y victorias tempranas.

²¹ Grafico adaptado del Plan de Comunicaciones del Ministerio de Defensa 2016

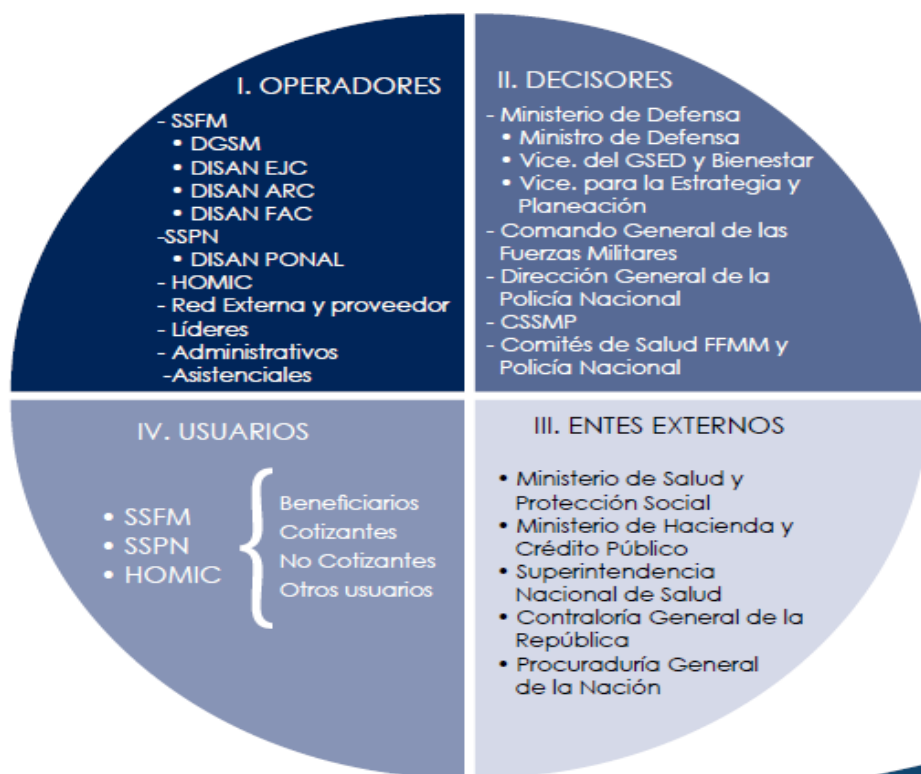


Ilustración 2. Grupos de Interés

Anexo técnico MATIS 18-03-19 V39

- Formar un liderazgo que sea referente y motive la participación de todos los actores en el proceso de transformación, con estrategias que involucren las partes interesadas activamente en todas las etapas de implementación del MATIS, donde se requiere su participación, apoyo y soporte.
- Establecer estrategias para afianzar la relación entre los usuarios y los operadores, propiciando el entendimiento frente a los beneficios, derechos y deberes de los usuarios en el SSMP.
- Fortalecer la cultura del buen usuario donde prevalezca la promoción y mantenimiento de la salud, la gestión y autogestión del cuidado de la salud, el enfoque familiar y comunitario, participación social y comunitaria, donde se incluyan las relaciones inter e intrasectoriales, así como la racionalización en el acceso a los servicios.
- Generar acciones que incentiven la apropiación del conocimiento, el cambio de cultura y el fortalecimiento de la comunicación organizacional como factores de éxito para la implementación del Modelo.
- Implementar un esquema de incentivos para todos los grupos de interés que integran el proceso de transformación.
- Establecer los parámetros de seguimiento y monitoreo del desarrollo y avance de la gestión del cambio a nivel estratégico.

4.2. MÓDULO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

Teniendo en cuenta a lo establecido en el Título II, Capítulo II Artículos 16 al 20 del presente Acuerdo del MATIS.

Este módulo se entiende como el conjunto de procesos y procedimientos mediante los cuales se construye, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de la gestión financiera y del riesgo financiero, así como, las condiciones de las tecnologías de la información y comunicación, capacidad técnico- administrativa, indispensables para la implementación del MATIS; Los lineamientos, políticas y programas rectores de este Modulo serán establecidos por el CSSMP para la gestión y gerenciamiento del Sistema de Salud de Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.

Este módulo se desarrolla a través de los siguientes componentes:

4.2.1. Gestión financiera y del riesgo financiero.

La implementación del Modelo de Atención Integral en Salud debe desarrollarse dentro del marco de los recursos disponibles en la vigencia correspondiente, con la suficiente razonabilidad y coherencia financiera que permita la sostenibilidad del Sistema.

Cada Subsistema de Salud debe establecer criterios técnicos de distribución de recursos bajo el ordenamiento legal, organizando el Fondo Cuenta y transición del modelo financiero (Subsidio a la oferta a un Subsidio a la demanda) entre los cuales se incluye:

- Volumen de usuarios o población adscrita por territorio.
- Población de usuarios atendidos en cada Establecimiento de Sanidad Militar o de Policía Nacional.
- Riesgos de la población adscrita o referenciada.
- Contenidos de las intervenciones de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS)

Otros aspectos que generan un impacto presupuestal en la prestación de servicios que deben ser valorados y cuantificados de manera objetiva son:

- Condiciones demográficas y entornos de los determinantes sociales en salud.
- Condiciones de la oferta de salud del territorio (Urbanas-Rurales o dispersas).

En cada vigencia con la presentación del anteproyecto de presupuesto ante el CSSMP, la Dirección General de Sanidad Militar y la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional adjuntará el estudio técnico de suficiencia de recursos conforme al cumplimiento metodológico y técnico, para la sustentación de la solicitud de asignación de mayores recursos dentro del marco legal vigente. La no presentación del estudio técnico correspondiente dará por aceptada la suficiencia de los recursos para cada Subsistema.

4.2.2. Gestión Técnico-administrativa.

Con el fin de optimizar los recursos para mejorar los resultados esperados en salud, cada Subsistema, deberá articular las condiciones legales, presupuestales, financieras, administrativas, contables, logísticas, de talento humano y capacidad científica que permitan el soporte de las actividades para el cumplimiento del MATIS.

Cada Subsistema deberá definir una política de talento humano en salud, tomando como referencia lo establecido por el Modelo de Planeación y Gestión vigente emitido por el Departamento Administrativo de la Función Pública, adicional deberá adoptar lo establecido por la política PAIS del Ministerio de Salud y de Protección Social en donde se contemplan entre otros los siguientes cuatro ejes:

- La planeación de la formación y capacitación de masa crítica con enfoque familiar, comunitario y de salud operacional de acuerdo con la misionalidad en cada Subsistema.
- La armonización con el esquema de provisión de servicios y cuidado integral.
- El fortalecimiento del responsable de la planeación y gestión territorial en salud.
- El mejoramiento de condiciones laborales.

La evaluación y seguimiento de la política de talento humano se realizará según los parámetros definidos por el Sistema Integrado de Gestión – SIG según a la normatividad vigente que emita el CSSMP.

4.2.3. Gestión de las tecnologías de la información y comunicación.

Este componente se desarrollará con base a la política que emita el CSSMP para el sistema integral de información del SSMP, que contemplara entre otros: a) los datos generados por los diferentes integrantes, su denominación, estructura y características; b) los mecanismos operativos para la transferencia de los datos; c) la disposición y administración de los datos; y d) las responsabilidades que asumen cada uno de los integrantes del Sistema Integral de Información.

Lo anterior, en cumplimiento a las determinaciones y disposiciones actuales del Ministerio de Salud y de la Protección Social, la Política de Atención Integral en Salud y las necesidades del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.

De igual manera, este sistema de información debe permitir gestionar la afiliación y los riesgos en salud, conforme a los requerimientos para la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud– MATIS y la regulación normativa vigente en salud aplicable al régimen de excepción.

4.3. MÓDULO DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD

Teniendo en cuenta a lo establecido en el Título II, Capítulo III Artículos 21 al 25 del presente Acuerdo del MATIS.

La Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS) es una estrategia para anticiparse a las enfermedades y los traumatismos para que no se presenten o si se tienen, detectarlos y tratarlos precozmente para impedir o acortar su evolución y sus consecuencias. Esto implica la acción coordinada de actores inter e intrasectoriales 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 mitigarlas²².

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

La GIRS comprende un conjunto de acciones dirigidas a minimizar el riesgo de ocurrencia de enfermedad y a reducir la severidad de las consecuencias de la enfermedad, una vez 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”²³.

La GIRS²⁴ tiene un componente colectivo a cargo de la entidad territorial y otro individual a cargo del asegurador, entrelazado con la gestión clínica que ejecutan los prestadores, organizados y conformados en la red integral de prestadores de servicios de salud y el cuidado por parte del individuo y su familia.

El componente colectivo integra las intervenciones, procedimientos o actividades para la promoción de la salud y la gestión del riesgo dirigidas a grupos poblacionales a lo largo del curso de la vida; definidas con fundamento en la evidencia disponible y en las prioridades de cada territorio, con el fin de actuar sobre algunos de los determinantes sociales de la salud, propiciar entornos saludables, desarrollar capacidades y disminuir la probabilidad de aparición de nueva morbilidad.

El enfoque individual involucra el análisis del impacto de los determinantes biológicos y sociales en la exposición y vulnerabilidad diferencial a riesgos, así como en las diferentes condiciones de vida y salud, incluye acciones orientadas a la minimización del riesgo de padecer la enfermedad y el manejo integral de la misma una vez se ha presentado. La gestión individual del riesgo también involucra la reducción de riesgos derivados de la

²² Gestión Integral del Riesgo en Salud MSPS Jun 2018

²³ Resolución 1841 de 2013, p. 51

²⁴ Gestión Integral del Riesgo en Salud MSPS Jun 2018

gestión clínica de la enfermedad y el manejo de la prevención secundaria y terciaria en la enfermedad crónica y multi-enfermedad, así como el autocuidado por parte del individuo, extendido a su familia y comunidad.

La gestión del riesgo en salud tiene dos componentes para el asegurador ²⁵

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 técnico²⁶ 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:²⁷

- Tamización, identificación y seguimiento de personas en riesgo de enfermedad
- Conformación de cohortes para seguimiento de personas según los 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 de riesgos y tipo de intervención clínica
- Monitoreo y seguimiento de intervenciones y sus efectos
- Orientación del gasto hacia la prevención

²⁵ Castaño 2014

²⁶ Política de Atención Integral en Salud MSPS 2016

²⁷ Ibíd.

- Vigilancia de la gestión del riesgo
- Gestión de la calidad de los procesos de atención
- Coordinación administrativa – técnica de los servicios

La GIRS es una estrategia que se opera de manera intencionada, con procesos y protocolos definidos de intervención, sistema 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 resultados/desempeño.

Los componentes de este módulo son:

4.3.1. Identificación y clasificación del Riesgo en Salud

Este componente implica utilizar diferentes fuentes estandarizadas de información como: Análisis de la Situación de Salud (ASIS nacional y territorial), la información de determinantes en salud con base de datos disponibles en el país, la caracterización de la población por Subsistema, las condiciones médicas, historia familiar, estilo de vida de los usuarios, entre otros criterios que se establezcan para la actualización y el aseguramiento de la información.

Las siguientes fuentes y herramientas de información deben ser definidas por cada Subsistema de Salud desde el rol del asegurador para la identificación, análisis y clasificación del riesgo, entre otras:

- Encuestas de estado de salud
- Ficha familiar, que incluye como mínimo los determinantes sociales en salud, el eco mapa²⁸, apgar familiar y familiograma²⁹.
- Historia clínica.
- Tamizajes de clasificación del riesgo.

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 sectorial e intersectorial integral.

La definición de grupos de riesgo y/o cohortes de riesgo se hace bajo los siguientes criterios: a) Grupos sociales de riesgo; b) Enfermedades de alta frecuencia y cronicidad; c)

²⁸ M.I Prdavila Belio, C.G Vivar. Necesidades de las familias en cuidados intensivos. Revisión de la literatura. Enfermedad Intensiva 2012

²⁹ Zurro, A,M , Cano Perez, J.F Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica 4 edición España 2003

Enfermedades prioritarias en salud pública; d) Enfermedades con tratamientos de alto costo; e) Condiciones intolerables para la sociedad; f) Enfermedades de alto costo)³⁰.

En este sentido, cada Subsistema de salud determinará los grupos de riesgo y/o cohortes acordé con el análisis de la información, para establecer la priorización y la intervención por medio de acciones de salud establecidas en las Rutas Integrales de Atención en salud – RIAS y/o protocolos y guías de manejo, entre otros, buscando obtener resultados de salud costo- efectivos.

4.3.2. Fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud (APS) con Enfoque de Salud Familiar y Comunitario

Evidencia internacional sugiere que los sistemas de salud que se fundamentan en una sólida orientación a la APS alcanzan resultados mejores y más equitativos, son más eficientes y tienen menores costos de atención y logran una mayor satisfacción del usuario³¹.

La atención primaria³² 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 comunitaria³³

Según las definiciones de la OPS/OMS, cada país adopta una definición de APS con base en sus particularidades. En el caso colombiano, la Ley 1438 de 2011 establece como definición: “La Atención Primaria en Salud es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema de Salud. Hace uso de métodos, tecnologías y prácticas científicamente fundamentadas y socialmente aceptadas que contribuyen a la equidad, solidaridad y costo efectividad de los servicios de salud. Constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana”³⁴

“La Atención Primaria en Salud se regirá por los principios de: universalidad, interculturalidad, igualdad y enfoque diferencial, atención integral e integrada, acción

³⁰ MSPS. Definición de grupos de riesgo. Herramienta metodológica para definir los grupos de riesgo

³¹ La Renovación de la Atención Primaria en Salud OPS/OMS 2007

³² Política de Atención Integral en Salud MSPS 2016

³³ WHO-World Health Organization. Atenção primária à saúde: mais necessária que nunca. The World Health Report 2008. Geneva: WHO; 2008

³⁴ Ley 1438 de 2011 capítulo III, artículo 12

intersectorial por la salud, participación social comunitaria y ciudadanía decisoria y paritaria, calidad, sostenibilidad, eficiencia, transparencia, progresividad e irreversibilidad”³⁵

Este enfoque de APS tiene las siguientes connotaciones: ³⁶

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

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

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

El enfoque de salud familiar y comunitaria reconoce a la familia y comunidad como sujetos de atención en salud y entiende que 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

³⁵ Ley 1438 de 2011 capítulo III, artículo 13.1

³⁶ Martín Zurro, A. & Cano Pérez, J.F., en el 2008:

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, las poblaciones son adscritas, atendidas y acompañadas de manera integral por equipos interdisciplinarios de salud vinculados a prestadores primarios en el marco del componente primario de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud, quienes lideran el cuidado de la salud a través de planes de intervención que incluyen atenciones y acciones para promover la salud, prevenir, manejar, rehabilitar y paliar la enfermedad en las personas, familias y comunidades, como sujetos de atención en salud, de acuerdo con las potencialidades y necesidades existentes³⁷.

Este enfoque mejora la capacidad resolutive y la calidad de la prestación de servicios de salud en el componente primario y permite controlar la remisión al componente complementario sin demérito de la calidad y continuidad de la atención.

Para los usuarios del SSMP, se debe garantizar entre otras, la adopción de medidas efectivas que permitan el desarrollo de acciones ajustadas a las características territoriales (urbanos, rural y dispersos) y poblacionales (indígenas, ROM, negras, raizales, palenqueras, personas con discapacidad, LGBTI y poblaciones vulnerables), así como las inherentes a los riesgos operacionales del personal militar y policial.

Para la implementación de este enfoque se requiere que cada Subsistema gestione los siguientes aspectos: Desarrollo del talento humano en salud; articulación y reorganización de servicios de salud, planeación y gestión territorial.

Dentro de la APS se contemplarán los siguientes componentes:

A. Acciones inter e intrasectoriales

Con el fin de evidenciar las acciones y respuestas integrales, cada Subsistema deberá emprender y articular las acciones inter e intrasectoriales como un componente de APS, que permitan incidir sobre los determinantes sociales en salud a través de políticas, planes, programas y proyectos, en pro del mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios del SSMP.

La gestión del riesgo colectivo, determinantes en salud, riesgo poblacional y políticas públicas definidas en cada territorio, se realizará mediante la articulación del asegurador, el administrador y/o gestor y el prestador de servicios de salud, acorde a su competencia, con

³⁷ Zurro A.M.Solá G.J. Atención Familiar y Salud Comunitaria Elsevier España 2011

las entidades territoriales según su Plan de Intervenciones Colectivas - PIC, así como con otros sectores acorde a las necesidades identificadas.

El SSMP participará en los espacios de coordinación y mecanismos organizados para la gestión integral e integrada en el análisis de situación de salud de la población, cuando sea convocado por la entidad territorial departamental, distrital o municipal.

Para el sector Defensa, cada Subsistema de Salud deberá coordinar las intervenciones de salud acorde a sus competencias, con las dependencias de bienestar y/o familia, educación y doctrina, seguridad y salud en el trabajo, áreas de gestión ambiental de las Fuerzas y todas aquellas dependencias que permitan incidir sobre los determinantes sociales

En este sentido, las intervenciones podrán realizarse en cualquiera de las modalidades (intramurales, extramurales o telemedicina) para la gestión del riesgo compartido entre el sector y sus diferentes entornos, hacia la población afiliada y beneficiaria del SSMP.

B. Participación social, comunitaria y ciudadana

Este componente también hace parte de la estrategia de APS, se desarrollará de acuerdo con los lineamientos emitidos por el CSSMP, donde se busca garantizar el derecho de la participación en salud, por medio del cumplimiento de mecanismos eficaces que permitan identificar los canales de comunicación, medios electrónicos y presenciales, tecnologías de información y espacios institucionales, para analizar conjuntamente con los usuarios temáticas e iniciativas que favorezcan los espacios de participación, promoviendo el intercambio de información entre los usuarios y el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.

Los mecanismos de participación ciudadana al interior del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, se consolidan a nivel individual y colectivo, la participación se concibe como la herramienta de empoderamiento de los usuarios en la toma de las decisiones que inciden en el estado de salud personal, familiar y comunitaria, facilitando la formulación de políticas, la proyección de planes y programas, el rol fiscalizador importante para el control ciudadano sobre las acciones públicas; cuya finalidad promueva la democratización de los servicios, en beneficio de la equidad y la eliminación de barreras de accesibilidad.

C. Autocuidado

Otro componente de APS que 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”.³⁸

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 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”.

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

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

Cada Subsistema dentro de sus acciones en salud deberá hacer énfasis 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.

³⁸ OMS, 1998

4.3.3. Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS)

Las RIAS son una herramienta que define, a los integrantes del sector salud (Entidad territorial, asegurador, prestador) y de otros sectores, las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación. Estas condiciones, además, serán suficientes en tanto cubran las condiciones diferenciales de los territorios y de los diferentes grupos poblacionales³⁹.

Los objetivos sociales de las RIAS son las ganancias en salud y la reducción de la carga de enfermedad.

Es importante resaltar que la Gestión Integral del Riesgo en Salud, se operativiza en las intervenciones de las RIAS que están estructuradas a partir de la promoción y mantenimiento de la salud por momentos de curso de vida, los grupos de riesgo y las rutas correspondientes a las atenciones específicas:

- 1. Ruta de promoción y mantenimiento de la salud:** Comprende acciones sectoriales e intersectoriales, intervenciones de carácter individual y colectivo, dirigidas a promover la salud, prevenir el riesgo y la enfermedad y generar cultura del cuidado de la salud en las personas, familias y comunidades, mediante la valoración integral del estado de salud, la detección temprana de alteraciones, protección específica y la educación para la salud. Esta ruta se aplica para toda la población afiliada al SSMP a nivel nacional.
- 2. Ruta Integral de Atención en Salud de Grupos de Riesgo.** Incorpora acciones sectoriales e intersectoriales, intervenciones individuales y colectivas, con el propósito de identificar e intervenir oportunamente factores de riesgo; ya sea para evitar la aparición de una o varias condiciones específicas en salud o para realizar el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, según cada situación. Esta ruta se aplica para la población en riesgo del SSMP en los diferentes territorios.

Actualmente los grupos de riesgo definido por el MSPS, son:

1. RIAS para la población con riesgo o presencia de alteraciones Cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas.
2. RIAS para la población con riesgo o presencia de enfermedades respiratorias crónicas.
3. RIAS para la población con riesgo o presencia de alteraciones nutricionales.
4. RIAS para la población con riesgo o presencia de trastornos mentales y del comportamiento manifestados debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones.

³⁹ Resolución 429 de 2016 Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud

5. RIAS para la población con riesgo o presencia de trastornos psicosociales y del comportamiento.
6. RIAS para la población con riesgo o presencia de alteraciones en la salud bucal
7. RIAS para la población con riesgo o presencia de cáncer.
8. RIAS para población materno –perinatal.
9. RIAS para la población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas.
10. RIAS para la población con riesgo o presencia de zoonosis y agresiones por animales.
11. RIAS para la población con riesgo o presencia de enfermedad y accidentes laborales
12. RIAS para la población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas.
13. RIAS para la población con riesgo o presencia de enfermedades y accidentes relacionados con el medio ambiente.
14. RIAS para la población con riesgo o presencia de enfermedades huérfanas.
15. RIAS para la población con riesgo o presencia de trastornos visuales y auditivos.
16. RIAS para la población con riesgo o presencia de trastornos degenerativos, neuropatías y auto-inmunes.

3. Ruta Integral de Atención en Salud para eventos específicos: Estas rutas se definen a partir de aquellos eventos específicos priorizados por cada grupo de población en riesgo a que se refiere el numeral anterior. Este tipo de rutas incorpora actividades individuales y colectivas que pueden ser realizadas en los entornos donde transcurre la vida de las personas y/o en los prestadores primarios y/o en los complementarios. Se orienta al tratamiento, rehabilitación y paliación, según sea el caso

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

Lo anterior, se constituye en la forma de brindar los servicios de salud a los usuarios del SSMP. Se precisa que estas rutas se contemplan de carácter obligatorio en cumplimiento a los lineamientos técnicos y operativos emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Sin embargo, cada Subsistema de salud teniendo en cuenta los factores de riesgo específicos identificados y su excepcionalidad, podrán desarrollar nuevas rutas de acuerdo con la metodología establecida por el Ministerio de Salud.

Cada Subsistema de Salud, en la implementación de las rutas en el SSMP, debe alcanzar los siguientes objetivos:

1. Articular la Red Integral de Servicios de Salud - RISS con sus portafolios de servicios y procedimientos de referencia y contra-referencia, para facilitar el acceso a las intervenciones de las RIAS, la atención integral de los usuarios del SSMP y al cumplimiento de los lineamientos de manejo para los eventos de interés en salud pública.
2. Impulsar el fortalecimiento de la capacidad técnico científica y operativa del personal del SSMP con la apropiación conceptual, para brindar las intervenciones de las RIAS, bajo el enfoque en salud familiar, comunitario y diferencial, así como el adecuado manejo de los eventos de interés en salud pública.
3. Fomentar la participación de los afiliados y beneficiarios del SSMP, promoviendo condiciones y estilos de vida saludables, así como la cultura del cuidado en salud.
4. Identificar e intervenir en cada uno de los momentos del curso de vida los factores de riesgo en salud que sean modificables, con el fin de disminuir las tasas de morbilidad, mortalidad y discapacidad por enfermedades prevenibles.
5. Realizar control y seguimiento a las coberturas alcanzadas en la implementación de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, la Ruta Materno Perinatal y las demás RIAS implementadas, fortaleciendo la demanda inducida para ampliar la cobertura de las intervenciones de valoración integral, protección específica, detección temprana, educación en salud y prestación de servicios ordenadas en las mismas, bajo las tecnologías, frecuencias y talento humano requeridos.
6. Efectuar búsqueda activa institucional de riesgos que puedan afectar la salud de los usuarios y los eventos de interés en salud pública, con el fin de evitar o minimizar su impacto.

En concordancia con lo establecido en las Rutas Integrales de Atención en Salud se desarrollarán las acciones de salud ambiental las cuales son transversales y cumplen con los siguientes objetivos

- Planear y ejecutar la gestión integral de residuos generados en atención de salud, control y manejo de vertimientos, saneamiento básico y educación ambiental en los Establecimientos de Sanidad Militar y de Policía Nacional.
- Desarrollar acciones de diagnóstico, educación y asesoría en salud ambiental, partiendo de la identificación de los factores de riesgo ambiental en la Unidades Militares y Policiales que puedan afectar la salud de quienes residen en dichas instalaciones.

- Direccionar a las entidades intersectoriales competentes, la información relacionada con la población del SSMP que presentan riesgos ambientales y sanitarios en sus entornos, identificados a través de la caracterización ambiental.

4.4. MÓDULO DE GESTIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD

Teniendo en cuenta a lo establecido en el Título II, Capítulo IV Artículos 26 al 30 del presente Acuerdo del MATIS.

Este módulo se entiende como el conjunto de herramientas, políticas, planes, programas, proyectos, normas, guías, lineamientos, protocolos, instrumentos, metodologías y documentos técnicos que se implementan de forma integral en la prestación de los servicios de salud, garantizando el acceso y la atención oportuna, continua, integral y resolutive a los usuarios de SSMP, bajo los principios de un servicio humanizado y seguro.

Este módulo se desarrolla a través de los siguientes componentes:

1. Redes Integrales de Servicios de Salud – RISS
2. Enfoque hacia la atención al usuario y humanización del servicio.

4.4.1. Redes Integrales de Servicios de Salud (RISS)

Para el desarrollo del componente de Redes Integrales de Servicios de Salud RISS, cada Subsistema de Salud, establecerá los lineamientos relacionados con el proceso de conformación, organización, gestión, seguimiento y evaluación de las RISS, tomando como referente la normatividad emitida por el Ministerio de Salud y de Protección Social y demás entidades competentes.

La red se organiza y gestiona a partir de las necesidades y problema de salud de los afiliados, atendiendo a los riesgos en salud identificados, estratificados y a la organización territorial definida por cada Subsistema de Salud.

Parámetros Generales de las RISS⁴⁰

Para la estructuración de las RISS por cada territorio, es necesario establecer la caracterización de la población, los conceptos de riesgos individuales y colectivos, determinantes sociales en salud, procesos de gestión clínica de pacientes, referencia y contrarreferencia, suficiencia de red, Plan de Beneficios, tecnologías establecidas en las RIAS y los resultados del ASIS territorial como fuente de información, entre otros.

⁴⁰ Ajustado a lo descrito por la Organización Mundial de la Salud

El objetivo de las RISS es garantizar el acceso a las intervenciones en prevención y mantenimiento de la salud, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de manera oportuna, continua, integral y resolutive a los usuarios de SSMP, contando con las capacidades técnico científicas, para la gestión adecuada de la atención, así como resultados efectivos en salud⁴¹.

Cada Subsistema de Salud, para la conformación, organización y gestión de las RISS, debe tener en cuenta, entre otros los siguientes parámetros, según las competencias de cada actor:

- Determinar las demandas de salud de la población a nivel territorial, teniendo en cuenta sus características demográficas, epidemiológicas y demás.
- Definir el portafolio de servicios por territorio, lo que implica precisar los déficits de oferta existentes.
- Definir los procesos y procedimientos para la atención bajo modalidades intramurales o extramurales (rurales, operacionales y domiciliarias), telemedicina y otras pertinentes según el territorio.
- Adecuar y coordinar el sistema de referencia y contrarreferencia al interior de las RISS en el SSMP y con las respectivas entidades departamentales y distritales de salud, en lo referente a la red de urgencias.
- Establecer programas de capacitación y actualización continua para el desarrollo de competencias del personal encargado de la operación de la red (procesos operativos, técnicos, jurídicos, administrativos y financieros) y la gestión de los reportes obligatorios de información.
- Ajustar los procesos, procedimientos y mecanismos administrativos para la contratación, recepción de cuentas, reconocimiento y pago de servicios a prestadores, en el marco del SIG y el MATIS del SSMP.
- Coordinar con las entidades territoriales y las dependencias del Sector Defensa, las acciones en salud para intervenir los determinantes sociales, que están impactando a los usuarios del SSMP.
- Realizar los procesos de asignación, reubicación de personal, distribución de recursos físicos y tecnológicos, según la suficiencia de red (análisis oferta vs demanda y adecuación de volumen).
- Establecer el proceso de gestión de la información, para la toma de decisiones en cuanto a la conformación y distribución de la red, así como la asignación de presupuesto.
- Conformar y organizar la red en cuanto al tipo y completitud de los servicios, para garantizar que se presten en condiciones de accesibilidad, oportunidad, continuidad, integralidad, capacidad de resolución y calidad de recursos humanos.
- Organizar en cada Subsistema los Establecimientos de Sanidad en prestadores primarios o prestadores complementarios, conforme con las intervenciones establecidas en las RIAS.

⁴¹ Adaptado Política de Atención Integral en Salud Ministerio de Salud y de Protección Social Bogotá 2016

- Organizar en los prestadores primarios todo el personal en Equipos Básicos de Atención en Salud (EBAS) y Grupo apoyo y Diagnóstico Terapéutico (GADT), a excepción del personal que realiza labores administrativas y de atención al usuario.
- Definir por ámbito territorial, tipo de población, número de familias adscritas al ESM – ESP según la georreferenciación, el número y la disponibilidad del talento humano; esta asignación se realizará por el asegurador y/o la Unidad de Gestión Sanitaria correspondiente para cada Subsistema.
- Establecer con las Instituciones Prestadores de Salud -IPS, personas naturales o jurídicas contratadas por los Subsistemas, el cumplimiento de las obligaciones contractuales, para la implementación del MATIS según su competencia.

Estos parámetros, deben estar articulados y reflejarse en la gestión de la prestación de servicios de salud, soportados en procesos y sistemas asistenciales, administrativos y financieros que posibiliten la prestación oportuna, continua e integral de los servicios de salud a los usuarios del SSMP, aspectos contemplados en los módulos de Gobernanza y de Gestión Administrativa y Financiera del MATIS.

Componente de la Red

Para el SSMP, la red integral de servicios de salud dentro de su estructura y organización debe contar con 1) Componente primario y 2) Componente complementario los cuales se ajustarán según el ámbito territorial donde operen, así:

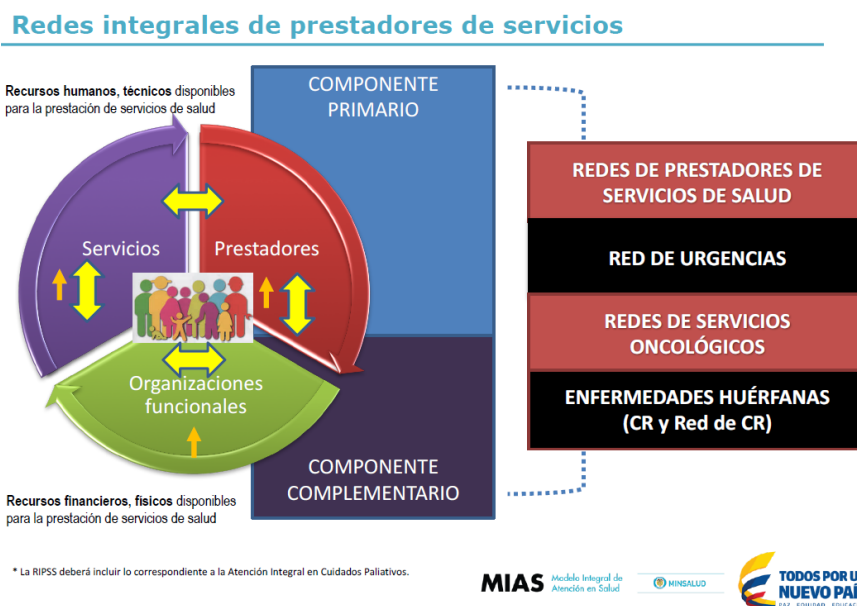


Ilustración 3. Redes Integrales de Servicios de Salud (RISS)

1) Componente Primario⁴²:

El componente primario, considerado el soporte estructural de las RISS, es el encargado de la prestación de acciones individuales, colectivas y poblacionales, acorde a su competencia, según las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), a nivel personal, familiar y comunitario, durante todos los momentos del curso de vida y en los diferentes entornos (hogar, escolar, laboral, comunitario e institucional), teniendo en cuenta la georreferenciación e incorporando las tecnologías (blandas y duras) disponibles con servicios de baja y mediana complejidad. Las actividades se pueden desarrollar en diferentes ámbitos: intramural, extramural y telemedicina.

El prestador primario⁴³, es una de las puertas de entrada al SSMP para las intervenciones individuales, colectivas y poblacionales en salud; se concibe como una unidad funcional que organiza y gestiona integralmente el cuidado primario y debe contar con capacidad para identificar y analizar en el territorio asignado, las necesidades de la población adscrita, resolver los problemas de salud más frecuentes y gestionar los riesgos acorde a las rutas de atención integral en salud definidas y a las necesidades específicas de la población.

Así mismo, debe coordinar a través de las RISS las respuestas que se requieren de la intervención de los prestadores del componente complementario y realizar seguimiento al proceso de atención en salud de la población a cargo que garantice el logro de los resultados en salud previstos.

El enfoque del prestador primario, es Atención Primaria en Salud – APS- (con enfoque de salud familiar, comunitaria y diferencial, acciones inter e intrasectorial, participación social, comunitaria y ciudadana y el autocuidado de la salud) con las modalidades de atención requeridas para la población a cargo. Le corresponde apoyar y contribuir la articulación de los procesos para la planeación, ejecución y evaluación de las intervenciones, procedimientos y actividades definidos en las rutas de atención como parte del Plan de beneficios en Salud del SSMP.

Con la orientación de este enfoque, los usuarios según el territorio serán adscritos por el Asegurador a un Establecimiento de Sanidad ESM-ESP atendidos y acompañados de manera integral por Equipos Básicos de Atención en Salud – EBAS, conformados por el personal de salud de los ESM y ESP en las modalidades de atención intramural, extramural (rural, operacional y domiciliario) o telemedicina, quienes son parte del prestador primario y vinculan al usuario con las intervenciones de las RIAS, iniciando por las intervenciones de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la salud (RPMS) y las Rutas de atención específicas por evento o grupo de riesgo respectivas, que le permitan una atención integral y resolutive de la población asignada.

⁴² Para la construcción del componente primario se adapta el documento borrador “Prestador Primario de Servicios de Salud” del Ministerio de Salud y Protección Social de abril de 2018 “. Documento que especifica los lineamientos en términos de organización, operación y gestión del prestador primario de servicios de salud, de conformidad con lo establecido en la Ley 1753 de 2015 y la Política de Atención Integral en Salud adoptada mediante la Resolución 429 de 2016.

⁴³ Documento borrador Prestador Primario Min Salud y de Protección Social Abril 2018

Con la asignación de los usuarios a un Equipo Básico de Atención en Salud –EBAS, se busca generar adherencia por parte de estos hacia el cuidado de su salud bajo el principio de corresponsabilidad, aumentando su confianza en los servicios de salud, a partir de los resultados positivos los cuales influyen, no solo a un óptimo grado de resolución, sino también en un uso racional de estos.

El prestador primario, teniendo en cuenta las intervenciones de las Rutas Integrales de Atención en Salud y las modalidades de atención, deben adaptar su infraestructura, recursos y procesos de acuerdo con las tres capas de prestación, correspondientes a: Atención comunitaria, Atención Básica y Consulta especializada de nivel primario.

Para los usuarios que se encuentran georreferenciados en territorios donde el SSMP no cuenta con infraestructura propia para la prestación de servicios, el asegurador debe garantizar las intervenciones establecidas en las RIAS de promoción y mantenimiento de la salud, así como las RIAS de atención específicas según su riesgo.

Funciones Prestador Primario:

- Analizar la situación en salud de su población a cargo, tomando como insumos, la caracterización de la población, los resultados de la aplicación de instrumentos como la encuesta de estado de salud, ficha familiar, entre otros, con el fin de identificar y gestionar los riesgos de los afiliados. Adicionalmente, contará con los análisis de la situación de salud Territorial y Nacional, para la definición de las actividades a desarrollar.
- Definir de manera articulada las intervenciones a la población a cargo o designada, mediante procedimientos de valoración integral, detección temprana, intervención, protección específica, educación para la salud; así mismo, la provisión integral en salud en lo concerniente al componente primario.
- Gestionar y organizar los insumos, recursos y servicios necesarios en la prestación de servicios para la gestión integral del riesgo en salud.
- Apoyar en lo correspondiente y según su competencia, la gestión de los determinantes sociales en salud, conforme a los lineamientos del MATIS
- Identificar mecanismos de intervención y seguimiento del riesgo e inducción de demanda, los cuales deben ser provistos por el prestador, a través de los equipos básicos de atención en salud, con acciones a nivel institucional y extramural.
- Establecer programas de atención individual y colectivos que incluyan el cumplimiento de las intervenciones individuales de las RIAS, los acuerdos con las entidades territoriales y las intervenciones colectivas definidas para el SSMP, donde

se desarrollarán atenciones de alta externalidad como vacunación, intervenciones de detección temprana, educación en salud grupal en los entornos institucionales y socioculturales específicos, así como a las poblaciones por momentos de curso de vida.

- Generar los mecanismos para garantizar la atención integral y continua de la población a cargo teniendo en cuenta, entre otras: las personas con eventos de interés en salud pública y priorizados a partir de la caracterización de la población, establecimiento de grupos de riesgo y cohortes e implementar modalidades de prestación de servicios de salud que se requieran para la atención según sus necesidades.
- Planificar, desarrollar, implementar y realizar el monitoreo de la gestión en la prestación de servicios del componente primario de la población a cargo, en el marco de las RISS.
- Realizar el monitoreo de resultados de la gestión del proceso de atención en salud para su población a cargo, así como identificar los requerimientos, las necesidades de ajuste y mejoramiento en la planeación de actividades, procedimientos e intervenciones, de conformidad a las necesidades de la población y los requerimientos de los servicios del componente primario.
- Reportar la información para el seguimiento de la gestión del proceso de atención en salud de su población a cargo, incluyendo las actividades de vigilancia epidemiológica, en lo correspondiente a sus competencias y los requerimientos de la Dirección General de Sanidad Militar, Direcciones de Sanidad de las Fuerzas y Dirección de Sanidad de la Policía Nacional. Adicionalmente, apoyar la generación de información para el seguimiento y evaluación del desempeño de la red en lo relacionado con la gestión de la prestación de servicios del componente primario.

Servicios de Salud del Prestador Primario

Se establecerán los servicios del prestador primario según el ámbito territorial, insumo base para la organización de la RISS, los cuales deben asegurarse con los ESM- ESP o las IPS.

Servicios de salud a proveer por el prestador primario en el ámbito disperso

Grupos servicios	Nombre servicio
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	Servicio farmacéutico, tamización de cáncer de cuello uterino (Técnica de inspección visual con ácido acético y lugol), toma de muestras de laboratorio clínico (eventos de interés en Salud Publica), toma e interpretación de radiografías odontológicas.
Consulta Externa	Enfermería, medicina general, odontología general.

Grupos servicios	Nombre servicio
Atención Salud Operacional	Valoración integral del riesgo operacional e intervenciones acorde a los lineamientos propios del SSMP.
Transporte Asistencial	Transporte asistencial básico
Unidad de urgencias	Servicio de urgencias
Protección Específica y Detección Temprana	Intervenciones conforme a lo establecido en las RIAS.

Tabla 1 Servicios de salud a proveer por el prestador primario en el ámbito disperso

Servicios de salud a proveer por el prestador primario en el ámbito rural

Grupos servicios	Nombre servicio
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	Servicio farmacéutico, tamización de cáncer de cuello uterino, terapia respiratoria, toma de muestras de laboratorio clínico, toma e interpretación de radiografías odontológicas.
Consulta Externa	Consulta prioritaria, enfermería, medicina general, odontología general, medicina familiar, pediatría y psicología.
Internación	General adultos, general pediátrica y obstetricia.
Atención Salud Operacional	Valoración integral del riesgo operacional e intervenciones acorde a los lineamientos propios del SSMP.
Unidad de urgencias	Servicio de urgencias
Transporte Asistencial	Transporte asistencial básico
Protección Específica y Detección Temprana	Intervenciones conforme a lo establecido en las RIAS.

Tabla 2 Servicios de salud a proveer por el prestador primario en el ámbito rural.

Servicios de salud a proveer por el prestador primario en el ámbito urbano

Grupos Servicios	Nombre Servicio
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	Fisioterapia, servicio farmacéutico, tamización de cáncer de cuello uterino, terapia respiratoria, toma de muestras de laboratorio clínico, toma e interpretación de radiografías odontológicas, fonoaudiología y/o terapia del lenguaje, laboratorio citologías cervico-uterinas, laboratorio clínico, radiología e imágenes diagnósticas, terapia ocupacional, ultrasonido.
Consulta Externa	Consulta prioritaria, enfermería, ginecobstetricia, medicina general, odontología general, pediatría, anestesia, cirugía general, medicina familiar, nutrición y dietética, medicina interna, optometría, trabajo social, psicología y otras especialidades.
Internación	Cuidado básico neonatal, general adultos, general pediátrica, obstetricia y

Grupos Servicios	Nombre Servicio
	otras disponibles.
Atención Salud Operacional	Valoración integral del riesgo operacional e intervenciones acorde a los lineamientos propios del SSMP.
Otros Servicios	Atención al consumidor de sustancias psicoactivas, atención domiciliaria de paciente agudo, atención domiciliaria de paciente crónico sin ventilador, atención institucional no hospitalaria al consumidor de sustancias psicoactivas, atención domiciliaria de paciente crónico con ventilador.
Protección Específica y Detección Temprana	Intervenciones conforme a lo establecido en las RIAS.
Quirúrgicos	Cirugía general
Transporte Asistencial	Transporte asistencial básico
Urgencias	Servicio de urgencias

Tabla 3. Servicios de salud a proveer por el prestador primario en el ámbito urbano.

Organización del prestador primario

El prestador primario para el SSMP, se organizará en Equipos Básicos de Atención en Salud (EBAS) y Grupos de Apoyo y Diagnóstico terapéutico (GADT), los cuáles liderarán el cuidado de la salud, a través de planes integrales de cuidado que se brinden en los entornos (hogar, educativo, comunitario, laboral e institucional) que incluyen intervenciones y acciones según las diferentes modalidades de atención, para promover la salud, prevenir, manejar, rehabilitar y paliar la enfermedad en las personas, las familias y comunidades acorde a sus competencias.

Los Establecimientos de Sanidad Militar y Policial conformarán Equipos Básicos de Atención en Salud (EBAS), los cuales estarán integrados por: profesional de medicina y enfermería, auxiliar de enfermería o gestor de salud e higienista oral; quienes tendrán a su cargo un determinado número de familias asignadas, de acuerdo con la población adscrita al ESM – ESP, según la georreferenciación.

Lo anterior, teniendo en cuenta el análisis de la caracterización de la población, los riesgos identificados, cohortes establecidas, oferta vs demanda de servicios, adecuación de volumen y capacidad instalada, para determinar la suficiencia del Talento Humano en Salud. En caso, que no se cuente con las capacidades necesarias de personal, los demás profesionales diferentes a los del equipo base, harán parte de éste cuando la necesidad asistencial lo amerite.

Cada equipo de salud tendrá como líder una enfermera/o profesional que ejecutará funciones tanto asistenciales como administrativas, en el caso de no contar con este recurso humano se asignaran las funciones a otro profesional por competencia. De igual manera, se designará un médico familiar o profesional de la salud con énfasis en Medicina Familiar o comunitaria para efectos de coordinación, direccionamiento y seguimiento de las intervenciones realizadas con los EBAS.

La población adscrita a un Equipo Básico de Atención en Salud -EBAS 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.

Para el SSMP, se tiene establecido que en el ámbito territorial urbano, cada Equipo Básico tendrá asignada una población sugerida de 2.500 a 3.000 usuarios equivalentes en promedio a 800 familias y de acuerdo con la progresividad y gradualidad en la implementación del MATIS, se definirá la población asignada para los territorios rural y disperso y de ser necesario se ajustará en el urbano.

Los objetivos del EBAS con el individuo y su familia, entre otros son:

- Desarrollar la relación equipo-paciente basada en el humanismo, creando una conexión con la familia de la cual es responsable.
- Obtener y analizar la información para llegar a los diferentes diagnósticos así impactar en las causas reales
- Educar e influir en cambios de estilo de vida, fomentar el cuidado en salud, buscando la corresponsabilidad.
- Valorar todos los eventos de salud, en forma longitudinal y no lo solo en forma episódica.
- Reforzar en la familia que el equipo de salud va a brindarle la atención en salud, cada vez que lo requiera.

Los EBAS buscarán y caracterizarán los individuos y familias asignadas por microterritorio, permitiendo conocer y estar en contacto con el entorno del usuario, obteniendo información e interacción con los miembros de la familia y los diferentes colectivos que allí mismos habitan.

La intervención de cada EBAS es flexible, puede ser realizada de acuerdo con las características de la población asignada, idiosincrasia o aspectos de cada región, las modalidades de atención del EBAS es intra y extramural independientemente que el EBAS sea en territorio urbano.

De igual manera, son parte del componente primario los Grupos de Apoyo y Diagnóstico terapéutico (GADT), constituidos por médicos especialistas, odontólogos, psicólogos, terapeutas, nutricionistas, trabajo social, laboratorio clínico, imagenología, quienes apoyaran la atención integral de los EBAS, garantizando la accesibilidad y disponibilidad de servicios de baja y mediana complejidad.

Los GADT propiciarán los mecanismos efectivos de canalización y referencia a servicios de mayor complejidad como parte de la prestación complementaria en comunicación

permanente con el líder del EBAS. Así mismo, realizarán acciones asistenciales y aquellas establecidas en las RIAS, integrando las acciones individuales y colectivas.

2) Componente Complementario

Los Establecimientos de Sanidad Militar y de la Policía Nacional definidos como prestadores complementarios o las IPS designadas por el asegurador, serán los encargados de las acciones individuales de mayor complejidad en la atención, conforme a la referencia dada desde el componente primario, posterior a la prestación de servicios según su pertinencia, éste prestador deberá realizar la contrarreferencia, con el objetivo de brindar la continuidad de la atención en aquellos eventos o contingencias de enfermedad correspondiente, que requieran prestaciones o capacidades de tecnología y competencias especializadas no disponibles en el componente primario

El prestador complementario deberá estar acorde a las capacidades de la RISS dentro de un territorio y cumplirá las intervenciones de salud establecidas en las RIAS conforme a su competencia.

Al componente complementario, se derivan los pacientes que requieren atención para riesgos ya materializados que demandan mayor complejidad y están orientados a garantizar las prestaciones individuales cuya atención requiere de mayor tecnología médica, con especialidades y subespecialidades médicas, no disponibles en el componente primario, o en el componente complementario dentro de un territorio, o incluso en varios territorios y que como tal, pueden constituirse en centros de referencia nacional.

En el marco de lo anterior, deberán definir la organización del sistema de referencia y contrarreferencia al interior de la red, contando con los procedimientos y mecanismos para su operación, evaluación y seguimiento, así como un sistema de información y de recursos logísticos que soporten la gestión del proceso de atención y garanticen oportunidad, disponibilidad, pertinencia, suficiencia, accesibilidad, seguridad, continuidad e integralidad en la prestación de los servicios.

Políticas para la operativización del RISS:

1. Para el SSMP, se establece mínimo como puerta de entrada⁴⁴ los siguientes servicios: Urgencias, Medicina General, Odontología General, Enfermería, Higiene oral y aquellas que determine el aseguramiento acorde a la caracterización y necesidades de la población por territorio.
2. Cada Subsistema establecerá mecanismos de tal forma que independientemente del tipo de servicio que el usuario requiera siempre habrá una secuencia ordenada de

⁴⁴ Puerta de entrada: Entiéndase como los servicios de salud a través de los cuales los usuarios pueden acceder a la prestación.

actividades para acceder a los servicios de salud en cumplimiento a lo determinado en el MATIS; en este orden de ideas, se establecen tres momentos de contacto con el usuario como punto de partida para iniciar la gestión integral del riesgo en salud, así:

- Primer momento durante el proceso de afiliación: el usuario realizará la encuesta de estado de salud, herramienta que permitirá al asegurador conocer el estado de salud auto percibido, así como los hábitos de vida y utilización de los servicios; con lo cual realizará la planeación y toma de decisiones frente a la prestación de los servicios.

Una vez identificado el usuario y sus riesgos, se procede a informarle sobre el Modelo de Atención y como acceder a los servicios del SSMP, de igual manera, se le informa al usuario el ESM - ESP al cual fue adscrito de acuerdo con su georreferenciación y a su vez se le reportará al Establecimiento de Sanidad para que en el menor tiempo posible se establezca contacto con el usuario, e iniciar el proceso de caracterización (ficha familiar y tamizajes), según corresponda.

- Segundo momento asistencia del usuario al Establecimiento de Sanidad para recibir un servicio, instancia que busca captar y canalizar al usuario a un punto caracterizador o de tamizaje, el cual debe encontrarse estratégicamente ubicado dentro de los ESM – ESP. Es importante que el auxiliar ó gestor en salud, concerté con el usuario de manera inmediata o programada el diligenciamiento de la ficha familiar (individual y familiar), identificando el riesgo estimado acorde a las herramientas establecidas.

De igual manera, el ESM – ESP debe establecer estrategias de mercadeo para generar demanda inducida en los diferentes entornos (hogar, educativo, comunitario, laboral e institucional) es decir, acciones para incentivar y orientar a la población adscrita sobre la importancia del diligenciamiento de la Ficha Familiar, para la utilización de los servicios establecidos.

De acuerdo con lo anterior, el auxiliar o gestor de salud, gestionará la cita de consulta con el profesional de Enfermería o quien haga sus veces, con el objeto de clasificar el riesgo e iniciar el Plan de Cuidado e ingreso a las Rutas correspondientes.

- Tercer momento acceso del usuario a los servicios de salud, éste se refiere al usuario que llega por urgencias (red propia o externa), consulta externa o prioritaria, laboratorio clínico, servicios de apoyo y diagnóstico, entre otros, los cuáles apoyaran el direccionamiento del usuario a un punto de caracterización o de tamizaje.

Por otra parte, para las atenciones originadas en red externa se deberá coordinar con las áreas de auditoria, estadística de cada Establecimiento de Sanidad o quien haga sus veces, las estrategias que permitan establecer criterios de identificación y priorización de la morbilidad atendida a reportar al Asegurador, administrador y prestador responsable de la gestión integral del riesgo en salud.

3. La operación del MATIS en el SSMP, debe ajustarse a los diferentes ámbitos territoriales (urbano, rural y disperso) y poblacionales a nivel nacional y garantizar los procesos de conformación y organización de la RISS. En este sentido, se establece que la prestación de servicios de salud debe planearse desde el asegurador hasta el prestador brindando la atención mínima la cual implica cobertura en donde se encuentre por lo menos un usuario afiliado al SSMP. Lo anterior, según las características diferenciales de la demanda (geográficas, social, étnicas, de género, entre otras) y de la oferta en cuanto a la disponibilidad efectiva de servicios.
4. Se requiere para la gestión integral del riesgo en salud la acción coordinada de los distintos agentes del SSMP, donde el asegurador y el administrador son responsables por la gestión del riesgo individual de la población a su cargo, lo cual implica la identificación, análisis y comunicación del riesgo en salud a los afiliados, la organización de la prestación de servicios de salud según los riesgos identificados, la implementación y monitoreo de 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 desarrollo de estrategias para apoyar el cuidado de los afiliados, sus familias y realización de acciones para la reducción de riesgos derivados de la gestión clínica de la enfermedad.
5. Cada Subsistema de Salud deberá establecer las estrategias para implementar los componentes establecidos en el módulo de gestión integral del riesgo, según las pautas descritas anteriormente, actividades que requiere la acción coordinada y designación de roles y responsabilidades de los distintos actores del SSMP.
6. Las Direcciones de Sanidad de las Fuerzas Militares y su equivalente en la Policía Nacional, en su calidad de Administradores de la prestación de servicios, deberán analizar y ajustar los procesos, recursos y capacidades de tal forma que se pueda dar cumplimiento a la implementación de los módulos del MATIS, en la organización de las RISS.
7. En el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional SSMP, para el proceso de referencia y contrarreferencia se deben fortalecer mecanismos para prestar adecuadamente los servicios de salud, garantizando los atributos de calidad e integralidad de servicios; estableciendo las responsabilidades y competencias entre el asegurador, administrador y el prestador, para el seguimiento en la atención del usuario y la gestión integral del riesgo en salud, definiendo claramente los alcances y la complementariedad entre ellos. En el caso de la red contratada, deberá establecerse en las cláusulas contractuales para la implementación permanente de los mecanismos que permitan este fin.

Por otra parte, el sistema de referencia y contrarreferencia para el SSMP deberá ser ajustado y actualizado con las políticas de implementación del MATIS, organizándose

de tal manera que no constituya una barrera para el acceso efectivo a los servicios por parte del usuario en cumplimiento de la normatividad vigente

8. Dentro del prestador primario y complementario se pueden establecer, unidades de salud operativas que proveen atención ambulatoria específica institucional o extramural de acuerdo con las necesidades en salud del territorio o grupo de edad específico que incluye las actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas, de rehabilitación y cuidados, así como aquellas de prevención cuya naturaleza hace necesaria la intervención integral, que incluye entre otras las siguientes:
 - Atención médico domiciliario de cuidados paliativos
 - Atención Hospital en casa
 - Atención en Rehabilitación para personal con y sin discapacidad
 - Atención oncológica
 - Atención paciente de programa especial (VIH, Hemofilia, Enfermedades Huérfanas)
 - Atención de pacientes con enfermedad Renal Crónica
 - Atención pacientes consumo de sustancias psicoactivas
 - Atención hospital día pacientes psiquiátricos.
 - Atención de urgencias
9. El Hospital Central de la Policía Nacional como Establecimiento de Sanidad Policial, hará parte de la red integral como prestador complementario de atención en salud, conforme a los mecanismos de referencia y contrarreferencia establecidos en el SSMP.
10. Las Instituciones Prestadores de Salud -IPS, personas naturales o jurídicas contratadas por los Subsistemas, deberán cumplir dentro de las obligaciones contractuales, lo definido para la implementación del MATIS según su competencia.

Implementación del MATIS en el prestador

Dando continuidad a las políticas descritas anteriormente y para precisar la operación en la prestación de los servicios de salud, específicamente en el componente primario, se describe las siguientes etapas de implementación, las cuales son continuas y complementarias entre sí, así:

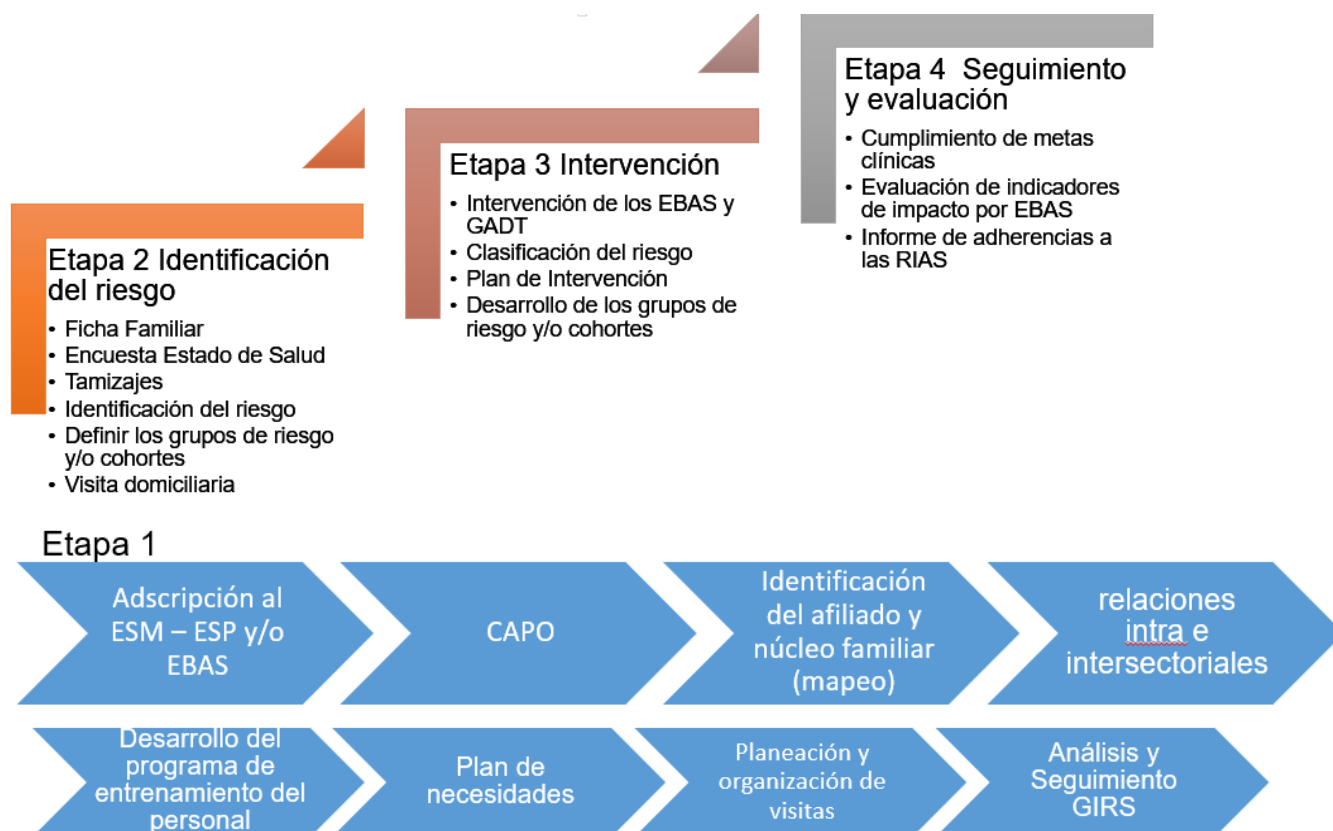


Ilustración 4. Implementación del MATIS en el prestador

A continuación se describe cada una de las etapas, así:

Etapa 1 Alistamiento

Cada Establecimiento de Sanidad Militar y Policial como Prestador Primario, conformará los Equipos Básicos de Atención en Salud de acuerdo con lo determinado anteriormente, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- ✓ Reconocer y determinar las condiciones del territorio en el cual se encuentra la población asignada, identificando al afiliado y su núcleo familiar, lo cual implica la organización geográfica en mapas del territorio con concentración de usuarios, y el grado de dispersión o concentración de la población.
- ✓ Establecer las áreas de cobertura y número de familias y personas que cubrirán cada equipo básico de salud en relación con las condiciones de accesibilidad y cantidad del recurso humano asignado a cada equipo de salud.
- ✓ Identificar la caracterización de la población para conocer las condiciones de salud de los usuarios del territorio.
- ✓ Identificación de redes de apoyo intra e intersectoriales.

- ✓ Establecer la forma de operación de los equipos de manera que interactúen con el Equipo Multidisciplinario de Salud del ESM – ESP, para realizar las acciones institucionales (intramurales, extramurales y telemedicina) con la población asignada, así como la definición, planeación y coordinación con las entidades intra e intersectoriales.
- ✓ Establecer el tipo de soporte logístico y dotación pertinente para los equipos de Salud dependiendo de las condiciones del territorio y las facilidades que ofrezca el mismo para la gestión en salud de los equipos.
- ✓ Establecer la forma como se complementarán e integrarán otros profesionales que se requieran en forma esporádica de acuerdo con las necesidades en salud identificadas.
- ✓ Establecer las instancias y soporte administrativo para los equipos definiendo el plan de necesidades y recursos necesarios para la implementación del MATIS.
- ✓ Desarrollar el programa de entrenamiento continuo al personal, en el uso de herramientas del MATIS, rutas de atención, mecanismos de canalización de usuarios, responsabilidades, tamizajes y los demás aspectos pertinentes para el adecuado desarrollo de las diferentes actividades de acuerdo con lo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Asegurador, para cada Subsistema.
- ✓ Establecer y disponer el sistema de información requerido conforme con las normas vigentes y a las propias establecidas para el SSMP, en todo caso deberá garantizar la información de obligatorio cumplimiento.
- ✓ El asegurador definirá la progresividad y gradualidad del MATIS conforme a las características del territorio y de la población afiliada en cada subsistema.
- ✓ Realizar análisis, seguimiento y monitoreo de la Gestión Integral del Riesgo en Salud - GIRS a la población del territorio.

Etapas 2 Identificación del Riesgo

Realizar la georreferenciación por territorio y su adscripción al Establecimiento de Sanidad. Los criterios que deberá tener en cuenta para la adscripción de la población a las unidades de servicios de salud primarios son:

- ✓ Localización y concentración por UPZ-localidad y territorio.
- ✓ Proximidad al lugar del domicilio permanente del usuario y familia o el sitio laboral.
- ✓ Capacidad instalada de la Unidad de Sanidad Adecuación de volumen/oferta de acuerdo con las necesidades de la población.
- ✓ Accesibilidad geográfica y vías de comunicación.
- ✓ Considerar el enfoque diferencial cuando sea necesario.
- ✓ Aplicación del principio de equidad en la atención y prioridad de la población más vulnerable y prioritaria.

La identificación de los usuarios en los territorios se realizará de dos maneras la primera desde afiliaciones con la cual se captará a los usuarios nuevos, trasladados y los que se acerquen a actualizar datos y para la segunda se trata de identificar la población antigua

que ya reside o labora en el territorio, esto son los momentos de contactos establecidos anteriormente. Para ello el ESP/ESM conforme con sus características diseñará diferentes estrategias para buscar y captar sus usuarios, como por ejemplo puntos de concentración, asistentes a los diferentes servicios. El objetivo de esta fase es la caracterización de la población, Identificación del afiliado y su grupo familiar, mediante la declaración de estado de salud, ficha familiar, tamizajes, para el inicio de la identificación del riesgo y reconocimiento por parte del EBAS de la población asignada.

Etapas 3 Intervención

Inicio de la intervención por parte de los EBAS y el GADT, ingreso a RIAS y grupos formados de riesgo (cohortes) implementadas.

Etapas 4 Seguimiento y Evaluación

Con la implementación del Modelo el seguimiento y la evaluación debe partir desde los ESM y ESP, con el ánimo de verificar el impacto en los resultados en salud de los usuarios de territorio al igual y con una visión más global a nivel central, esto con el fin de tomar las decisiones oportunamente y fortalecer las estrategias entre otras en:

- ✓ Cumplimiento de metas clínicas
- ✓ Adherencia rutas
- ✓ Resultados en salud - Indicadores RIAS
- ✓ Resultados de gestión de riesgos en las acciones realizadas por EBAS

4.4.2. Enfoque hacia la atención al usuario y humanización del servicio

El desarrollo de este componente se establecerá a través de la emisión del Acuerdo del CSSMP, donde se busca generar la cultura del trato humanizado de los usuarios, los funcionarios públicos y demás personal involucrado en la prestación de los servicios de salud; propendiendo por la accesibilidad, calidad, oportunidad y continuidad de los procesos administrativos y asistenciales, respetando los derechos de los usuarios, fortaleciendo sus deberes, por medio de la creación de espacios de democratización y participación que faciliten el proceso de toma de decisiones de la alta Dirección de la institución.

La humanización al interior del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, está fundamentado en el trato digno de los usuarios y funcionarios, basado en el respeto, la solidaridad, la tolerancia, el trabajo en equipo y la comunicación asertiva con el fin de lograr el mejoramiento continuo de los Servicios de Salud en los Establecimientos de Sanidad a nivel Nacional. La implementación requiere el compromiso de todos los estamentos de la Institución (Directivos, funcionarios y usuarios), con el fin de promover la

protección y promoción de los derechos y deberes de los usuarios, la participación ciudadana y la prestación humanizada de los servicios de salud.

Es responsabilidad de todas las dependencias y niveles de la institución implementar los lineamientos estratégicos aprobados por el CSSMP para la atención al usuario al SSMP y su gestión se centra en las siguientes líneas de acción:

- ✓ La Humanización en la prestación de los servicios de salud, a través de la cual el usuario es visto como un ser holístico que requiere una atención integral, fundamentado en un trato cálido que responda a sus dimensiones biológica, psicológica, social y espiritual.
- ✓ Orientación e Información en la prestación de los servicios de salud, en la búsqueda del acceso del usuario a los servicios, educándolos sobre los beneficios de hacer uso la red propia del subsistema, a través del uso de diferentes canales de comunicación que le brinden una información clara, oportuna, veraz, completa, humanizada y de calidad, incentivando en el usuario su responsabilidad en el cuidado de su salud, así como la de su familia y comunidad.
- ✓ La Gestión de Peticiones, Quejas, Reclamos, Solicitudes, Denuncias y Felicitaciones (PQRSDF) como insumo para el control y mejoramiento continuo de los servicios de salud.

Anexo técnico MATIS 18-03-19 V39

5. IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DEL MATIS

Teniendo en cuenta lo establecido en el Título III Artículos 31 al 35 del presente Acuerdo del MATIS, este módulo comprende:

Para garantizar la implementación y evaluación del modelo integral de atención en salud conforme a los módulos y componentes establecidos en el acuerdo se tendrán en cuenta la Matriz de roles y competencias al igual que la hoja de ruta:

5.1. Matriz de Roles y Competencias Mínimas

A continuación se describirá los roles y competencias mínimas que deben cumplir los actores del SSMP según su competencia, en las tres etapas definidas para la implementación así: 1. Alistamiento, 2. Desarrollo y 3. Evaluación y Ajuste.

5.1.1. Etapa de Alistamiento para la implementación del modelo

Productos	Asegurador (SSFM - SSPN – UGESAS – RASES)	Gestor de la prestación (DISANES SSFM) SSPN (APRES- UPRES)	Prestador (ESM /ESP)
-----------	--	---	-----------------------

Productos	Asegurador (SSFM - SSPN – UGESAS – RASES)	Gestor de la prestación (DISANES SSFM) SSPN (APRES- UPRES)	Prestador (ESM /ESP)
Acuerdos y lineamientos técnicos ajustados al MATIS por el SSMP.	Revisar, ajustar y actualizar los lineamientos para la operación del MATIS (organización, gestión y evaluación).	Adoptar los lineamientos para la operación del MATIS según su competencia.	Realizar el alistamiento e implementar los lineamientos.
	Definir una política de talento humano en salud, teniendo como referente el Modelo de Planeación y Gestión del SIG.	Implementar la política en la prestación de servicios de salud.	Dar cumplimiento a lo establecido según su competencia.
	Elaborar el plan de implementación de MATIS, con un acto administrativo.	Adoptar y monitorear el plan de implementación.	Ejecutar las acciones del plan de implementación.
	Conformar el Comité de Implementación y Control del Modelo de Atención Integral en Salud CIMCO.	Participar activamente en el comité de implementación y control del MATIS y retroalimentación al prestador acorde a los Roles	Reportar los requerimientos solicitados
Rediseño Organizacional según roles y competencias	Rediseñar la estructura organizacional (roles y competencias) conforme al MATIS (Aseguramiento y prestación de servicios)	Ajustar y adoptar la estructura organizacional conforme a su rol establecido acorde al MATIS	Adoptar la estructura acorde a Rol de prestador
	Realizar análisis de capacidades, adecuación de los procesos, perfiles y competencias, recomposición de planta de personal conforme a las necesidades del MATIS.	Realizar el análisis de las capacidades en su ámbito de cobertura y rol establecido.	Realizar el análisis de las capacidades en su ámbito de cobertura y rol establecido.
Definición y estructura de la Gestión del cambio	Designar el o los responsables de articular la gestión del cambio en la organización, teniendo en cuenta que las acciones dentro del proceso de transformación son transversales en la organización.	Liderar las actividades, tareas y/o acciones que conlleven al proceso de transformación.	Implementar las tareas /acciones que conlleven a proceso de transformación.

Productos	Asegurador (SSFM - SSPN – UGESAS – RASES)	Gestor de la prestación (DISANES SSFM) SSPN (APRES- UPRES)	Prestador (ESM /ESP)
	Definir el alcance de la visión de la gestión del cambio, su desarrollo y monitoreo.		
	Establecer los parámetros de seguimiento y monitoreo del desarrollo y avance de la gestión del cambio a nivel estratégico.		
	Realizar un plan operativo estratégico de gestión del cambio		
Despliegue Sistema Integrado de Gestión	Adoptar y desplegar el Sistema Integrado de Gestión establecido por el Subsistema de Salud SIG – SSMP	Desplegar el SIG-SSMP alineado para cada Subsistema de Salud	Desplegar el SIG-SSMP alineado para cada Subsistema de Salud, según su rol o competencia.
	Adoptar el sistema integrado de administración del riesgo, definido por la superintendencia de Salud para la Inspección vigilancia y control.		
Lineamientos técnicos para el desarrollo de las tecnologías de la Información y comunicación para la operación del MATIS	Establecer que el sistema de información gestione la afiliación y los riesgos en salud, como mínimo, conforme a los requerimientos para la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud– MATIS.		
	Gestionar la adecuación del sistema de información a los requerimientos del modelo	Implementar el Sistema de Información según su rol y competencia.	Implementar el Sistema de Información según rol y competencia.
	Establecer repositorio de datos que integre las diferentes fuentes de información (administrativo, técnico y financiero), para análisis y toma de decisiones estratégicas en salud	Remitir conforme a las metodologías de la información generada por las diferentes fuentes con su análisis, verificación y validación de datos.	Registrar, consolidar y verificar la calidad del dato de su territorio, según metodología establecida.

Productos	Asegurador (SSFM - SSPN – UGESAS – RASES)	Gestor de la prestación (DISANES SSFM) SSPN (APRES- UPRES)	Prestador (ESM /ESP)
	Estructurar los lineamientos técnicos y las necesidades para el desarrollo de las tecnologías de la Información y comunicación para la operación del MATIS	Consolidar las necesidades y requerimientos, relacionados a las tecnologías de la Información y comunicación para la operación del MATIS en la prestación de servicios.	Establecer las necesidades y requerimiento relacionados a las tecnologías de la Información y comunicación para la operación del MATIS en su territorio.
Gestión de la afiliación	Establecer el proceso de gestión de la afiliación, su articulación con las entidades aportantes, y la adscripción del usuario a un prestador acorde al territorio	Implementar conforme al rol del proceso de gestión de la afiliación	Implementar el proceso de gestión de la afiliación en su territorio según su rol.
Caracterización de la Población	Adoptar y definir las herramientas para la caracterización de la población Realizar la caracterización de su población afiliada en cada Subsistema de Salud.	Despliegue de metodología y herramientas en la prestación de servicios	Realizar la recolección de la información referente a la caracterización de la población en su territorio.
Lineamientos de prestación de servicios y RISS	Definir las RISS por territorio con parámetros de prestación de servicios, según la caracterización de la población.	Implementar la RISS por territorio acorde a parámetros establecidos.	Adoptar en el territorio la RISS y parámetros establecidos. La estructura acorde a Rol de prestador
	Establecer la metodología para la evaluación de las capacidades (Oferta - demanda, adecuación de volumen).	Consolidar la información relacionada con la evaluación de capacidades de la RISS	Aplicar los instrumentos para la evaluación de capacidades (Oferta - demanda, adecuación de volumen) según el territorio.
	Establecer las herramientas, mecanismos, procesos y procedimientos que garanticen la eficiencia y equidad de los servicios directos y contratados prestados en el Subsistema de Salud	Adoptar las herramientas, mecanismos, procesos y procedimientos que garanticen la eficiencia y equidad de los servicios directos y contratados prestados en el Subsistema de Salud	Adoptar las herramientas, mecanismos, procesos y procedimientos que garanticen la eficiencia y equidad de los servicios directos y contratados prestados en el Subsistema de Salud

Productos	Asegurador (SSFM - SSPN – UGESAS – RASES)	Gestor de la prestación (DISANES SSFM) SSPN (APRES- UPRES)	Prestador (ESM /ESP)
	Actualizar la política de contratación conforme a las características del territorio y los resultados en salud definidos por el MATIS.	Adoptar la Política de contratación conforme a las características del territorio y los resultados en salud definidos por el MATIS.	
Distribución de Recursos Financieros	Establecer criterios técnicos de distribución de recursos bajo el ordenamiento legal, organizando el Fondo Cuenta y transición del modelo financiero.		
	Establecer la metodología para realizar y gestionar la nota técnica para suficiencia de recursos.	Establecer los costos en salud de los prestadores de servicios	Realizar el levantamiento de la información de acuerdo con la metodología establecida para determinar la nota técnica para suficiencia de recursos.
		Consolidar la información correspondiente acorde a la metodología establecida para determinar la nota técnica para suficiencia de recursos.	
Alianzas inter e intersectoriales	Generar lineamientos para las acciones inter e intersectoriales sobre los determinantes sociales que promuevan la salud de la población y orienten la gestión integral del riesgo en salud.	Implementar y realizar seguimiento a los lineamientos para las acciones inter e intersectoriales sobre los determinantes sociales que promuevan la salud de la población y orienten la gestión integral del riesgo en salud.	Implementar y realizar seguimiento a las acciones inter e intersectoriales sobre los determinantes sociales que promuevan la salud de la población y orienten la gestión integral del riesgo en salud, en su territorio.

Tabla 4. Etapa de Alistamiento para la implementación del modelo

5.1.2. Etapa de Desarrollo para la implementación del modelo

Productos	Asegurador (SSFM - SSPN – UGESAS – RASES)	Gestor de la prestación (DISANES SSFM) SSPN (APRES- UPRES)	Prestador (ESM /ESP)
Implementar la gestión integral del riesgo con grupos	Identificar las cohortes y riesgos de los usuarios del SSMP según la	Consolida y monitorea los indicadores por grupo de riesgo	Identificación, análisis y clasificación del riesgo de cada afiliado por

Productos	Asegurador (SSFM - SSPN – UGESAS – RASES)	Gestor de la prestación (DISANES SSFM) SSPN (APRES- UPRES)	Prestador (ESM /ESP)
y cohortes definidos en RIAS	caracterización de la población.		territorio, estableciendo los planes de intervención a nivel individual y colectivo
	Definir y evaluar la gestión integral del riesgo por Subsistema garantizando las intervenciones previstas en las RIAS de acuerdo con los momentos de curso de vida y grupos de riesgo por territorio	Implementar y monitorear las intervenciones previstas en las RIAS de acuerdo con los momentos de curso de vida y grupos de riesgo por territorio a nivel nacional	Realiza las intervenciones previstas en las RIAS de acuerdo con los momentos de curso de vida y grupos de riesgo por territorio
Sistema de referencia y contrarreferencia con autorizaciones	Implementar, monitorear y evaluar el sistema de referencia y contrarreferencia con central de autorizaciones que garanticen la accesibilidad, oportunidad y continuidad de la prestación de las atenciones dispuestas en las RIAS.	Implementar y evaluar el sistema de referencia y contrarreferencia definido por el asegurador	Desarrollar el sistema de referencia y contrarreferencia en su territorio.
RISS implementadas	Monitorear la RISS acorde a las necesidades y riesgo de los usuarios según la caracterización de la población.	Definir el portafolio de servicios para la prestación por territorios.	Adoptar y monitorear el portafolio de servicios en el territorio
	Contratar, Controlar y auditar la RISS en cada Subsistema.	Implementar y verificar la RISS definida.	
Sistema de Calidad en Salud para el SSMP	Establecer y monitorear el lineamiento técnico para implementar el Sistema de Calidad en Salud desde el aseguramiento hasta la prestación de servicios	Operativizar y brindar asistencia técnica a los Establecimientos de Sanidad para implementar el Sistema de Calidad en Salud	Implementar el lineamiento técnico establecido desde el Sistema de calidad en salud y gestión clínica
		Implementar y monitorear la gestión clínica en la prestación de servicios de salud.	

Productos	Asegurador (SSFM - SSPN – UGESAS – RASES)	Gestor de la prestación (DISANES SSFM) SSPN (APRES- UPRES)	Prestador (ESM /ESP)
Enfoque hacia la atención al usuario y humanización del servicio	Diseñar y evaluar los mecanismos de participación ciudadana y comunitaria, con el fin de mejorar el estado de salud de los usuarios.	Implementar y monitorear en la prestación los mecanismos de participación ciudadana y comunitaria, con el fin de mejorar el estado de salud de los usuarios.	Implementar y monitorear en la prestación los mecanismos de participación ciudadana y comunitaria, con el fin de mejorar el estado de salud de los usuarios, en el territorio.
Implementación de las tecnologías de la información y comunicación	Desarrollar y controlar las tecnologías de la información y comunicación para la implementación del MATIS	adoptar las tecnologías de la información y comunicación para la implementación del MATIS	Operativizar las tecnologías de la información y comunicación para la implementación del MATIS
Gestión Técnico-Administrativa	Articular e implementar las condiciones legales, presupuestales, financieras, administrativas, contables, logísticas, de talento humano y capacidad científica que permitan el soporte de las actividades para el cumplimiento del MATIS de acuerdo con el ROL.	Implementar y monitorear las actividades según condiciones legales, ejecución de recursos presupuestales, financieros, administrativos, contables, logísticos, de talento humano y capacidad científica en la prestación de servicios	Implementar y monitorear las actividades según condiciones legales, ejecución de recursos presupuestales, financieros, administrativos, contables, logísticos, de talento humano y capacidad científica en la prestación de servicios en su rol el territorio.
Procesos de contratación	Implementar la política de contratación MATIS las necesidades en salud del territorio para garantizar mejores resultados.	Realizar seguimiento a la red contratada en el territorio conforme a las RISS	Monitorear el cumplimiento de la prestación de servicios en el territorio conforme a las RISS contratada.
Plan de entrenamiento y capacitación	Establecer, desarrollar y evaluar las estrategias de capacitación, inducción y reinducción del personal en cada Subsistema en temas de MATIS.	Implementar y realizar seguimiento a las estrategias de capacitación, inducción y reinducción del personal en cada Subsistema en temas de MATIS.	Implementar y monitorear las estrategias establecidas de capacitación, inducción y reinducción del personal en el territorio.

Productos	Asegurador (SSFM - SSPN – UGESAS – RASES)	Gestor de la prestación (DISANES SSFM) SSPN (APRES- UPRES)	Prestador (ESM /ESP)
Documentación	Documentar, controlar y ajustar manuales técnicos y operativos, procesos, procedimientos, formatos, entre otros, acorde a los lineamientos MATIS.	Documentar, controlar y ajustar manuales técnicos y operativos, procesos, procedimientos, formatos, entre otros, relacionados a la prestación de servicios.	Documentar, controlar y ajustar manuales técnicos y operativos, procesos, procedimientos, formatos, entre otros, relacionados a la prestación de servicios en el territorio.

Tabla 5. Etapa de Desarrollo para la implementación del modelo

5.1.3. Etapa de Evaluación y Ajuste para la implementación del modelo

Productos	Asegurador (SSFM - SSPN – UGESAS – RASES)	Gestor de la prestación (DISANES SSFM) SSPN (APRES- UPRES)	Prestador (ESM /ESP)
Tableros de control seguimiento, monitoreo, implementación MATIS	Realizar diseño y evaluar los resultados de la implementación del MATIS	Realizar seguimiento a la implementación del MATIS en la prestación de servicios de salud	Realizar seguimiento a la implementación del MATIS en la prestación de servicios de salud en el territorio.
	Realizar seguimiento y control a la contratación red externa por territorio (lineamiento, grupos de riesgo y resultados en salud).	Realizar seguimiento al comportamiento de la RISS por territorio.	Realizar seguimiento al comportamiento de la RISS por territorio.
Seguimiento y Evaluación	Realizar la evaluación de la gestión del cambio a nivel estratégico.	Realizar seguimiento y monitoreo al plan estratégico de gestión del Cambio	Realizar seguimiento y monitoreo al plan estratégico de gestión del Cambio.
	Realizar seguimiento y evaluación al Sistema Integrado de Gestión del SSMP	Realizar seguimiento y evaluación al Sistema Integrado de Gestión del SSMP acorde a su competencia.	Realizar seguimiento y evaluación al Sistema Integrado de Gestión del SSMP acorde a su competencia en su territorio.
	Realizar seguimiento al cumplimiento al plan de acción en cada vigencia.	Realizar seguimiento al cumplimiento al plan de acción en cada vigencia según su competencia.	Realizar seguimiento al cumplimiento al plan de acción en cada

Productos	Asegurador (SSFM - SSPN – UGESAS – RASES)	Gestor de la prestación (DISANES SSFM) SSPN (APRES- UPRES)	Prestador (ESM /ESP)
			vigencia según su competencia.
Acciones de mejora en la implementación	Desarrollar el plan de auditoria del SIG para la Implementación del MATIS desde nivel de aseguramiento hasta la prestación.	Facilitar las auditorias acorde al plan de auditoria.	Recibir la auditoria y formular el plan de Mejoramiento
	Establecer los ajustes a la implementación del modelo según los resultados del autocontrol.	Monitorear el cumplimiento de las acciones de mejoramiento	Implementar y monitorear las acciones de mejoramiento en el territorio
	Evaluar la adopción del sistema integrado de administración del riesgo (Circular 004/18), definido por la superintendencia de Salud para la Inspección vigilancia y control.		
Ajuste en la implementación del MATIS	Establecer y evaluar los mecanismos de auditoria de calidad del dato del sistema de información y reportes de obligatorio cumplimiento a los entes externo y de control	Implementar y monitorear los mecanismos de auditoria de calidad y gestión clínica en la prestación del servicio para los datos del sistema de información y reportes de obligatorio cumplimiento a los entes externos y de control.	Implementar y monitorear los mecanismos de auditoria de calidad y gestión clínica en la prestación del servicio en su ámbito para los datos del sistema de información y reportes de obligatorio cumplimiento a los entes externos y de control.
	Realizar la evaluación sistemática de la calidad, eficiencia y equidad de los servicios directos y contratados prestados en el Subsistema de Salud.	Monitorea la evaluación sistemática de la calidad, eficiencia y equidad de los servicios directos y contratados prestados en el Subsistema de Salud.	Realizar seguimiento de la evaluación sistemática de la calidad, eficiencia y equidad de los servicios directos y contratados en el territorio.
	Evaluar la implementación de la gestión integral del riesgo	Realizar seguimiento y monitoreo a la implementación de la	Realizar seguimiento y monitoreo a la implementación de la

Productos	Asegurador (SSFM - SSPN – UGESAS – RASES)	Gestor de la prestación (DISANES SSFM) SSPN (APRES- UPRES)	Prestador (ESM /ESP)
		gestión integral del riesgo	gestión integral del riesgo en su territorio
	Realizar evaluación y seguimiento a la implementación de la política de talento humano	Realizar seguimiento y monitoreo a la implementación de la política de talento humano.	Realizar seguimiento y monitoreo a la implementación de la política de talento humano en el ámbito territorial.
	Evaluar el impacto de la participación ciudadana en las decisiones relacionadas con la mejora del estado de salud de la comunidad.	Realizar seguimiento al impacto de la participación ciudadana en las decisiones relacionadas con la mejora del estado de salud de la comunidad.	Realizar seguimiento al impacto de la participación ciudadana en las decisiones relacionadas con la mejora del estado de salud de la comunidad en el territorio.
	Retroalimentar y ajustar los lineamientos del MATIS de acuerdo con los resultados obtenidos en la implementación	Retroalimentar al asegurador sobre los lineamientos del MATIS conforme a los resultados presentados en la implementación del mismo.	Retroalimentar al gestor de la prestación sobre los lineamientos del MATIS conforme a los resultados presentados en la implementación en su territorio.

Tabla 6. Etapa de Evaluación y Ajuste para la implementación del modelo

5.2. Hoja de ruta implementación del MATIS

Para la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud MATIS-SSMP se tendrá un plazo de 4 años, de ahí en adelante se realizarán los procesos de mejora y ajuste en cada Subsistema, teniendo la normatividad vigente y la funcionalidad, donde debe estar inmerso el modelo tanto en aseguramiento como en prestación.

Responsable /Año	2016-2018	2019	2020 – 2022
Asegurador	* Diseño de políticas, acuerdo y estructura * Sensibilización conceptos MATIS	* Adopción de lineamientos del SSMP. * Diseño de herramientas para cada Subsistema * Adopción estructura orgánica * Afinamiento GIRS. * Implementación del plan de gestión del cambio * Diseño de las RISS para las RIAS priorizadas por el SSMP. * Realizar análisis de capacidades de la RISS con los requerimientos del MATIS	Evaluar y ajustar el rol del asegurador a la luz del MATIS y la nueva estructura orgánica Seguimiento y monitoreo implementación
Gestor y Prestador	* Prueba piloto en muestra de micro territorio * Implementación en micro territorio con las RIAS priorizadas ^a	* Adopción de las RIAS priorizadas en el SSMP a nivel nacional. *Adopción de encuesta de estado de salud y ficha familiar país para la caracterización * Apropiación conceptual * Implementación del plan de gestión del cambio	Adoptar las RISS por ámbito territorial (rural, disperso y urbano) Adoptar la evaluación de la GIRS en el prestador

Tabla 7. Hoja de ruta implementación MATIS por roles.

6. BIBLIOGRAFIA

1. Ley 1438 de 2011 “Por el cual se reforma el Sistema de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”
2. Ley Estatutaria No.1751 de febrero 16 de 2015 “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”.
3. Resolución No.0429 de 17 Febrero 2016 "Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud“
4. Resolución Ministerio de Salud y Protección Social No. 03202 del 25 de julio de 2016 “por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración de las Rutas Integrales de Atención en Salud- RIAS-, se adopta un grupo de Rutas Integrales desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud – PAIS y se dictan otras disposiciones”.
5. Resolución Ministerio de Salud y Protección Social No.1441 de 2016 “Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones”.
6. Resolución Ministerio de Salud y Protección Social No. 3280 del 2 de Agosto de 2018 “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud y la ruta integral de atención en salud para la población materno perinatal y se establecen las directrices para su operación”.
7. Resolución Ministerio de Salud y Protección Social No. 00276 del 4 de febrero de 2019. “Por la cual se modifica la Resolución No. 03280 del 2018”.
8. Circular Externa No. 006 del 2018 de la Superintendencia Nacional de Salud, “por la cual se hacen modificaciones a la circular No.047 de 2007 en lo relacionado con el Sistema Integrado de Gestión de Riegos y a sus Subsistemas de Administración de riesgos y reportes de información”.
9. Circular Externa No. 008 del 2018 de la Superintendencia Nacional de Salud, “por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la circular No.047 de 2007”
10. Decreto borrador en discusión Nueva Habilitación de Empresas Promotoras de Salud – [www. consultorsalud.com](http://www.consultorsalud.com) abril 2017
11. Castaño RA (2014) Towards a framework for business model innovation in health care in developing countries. BMC Medical
12. Centro de gestión Hospitalaria Fundación Corona, Seguridad del Paciente, un modelo organizacional para el control sistemático de los riesgos en la atención (2009).
13. Ingrid Vargas, M. luisa, María Elena López, Ingrid Morales, Jean Pierre Unger - Orientaciones para poner en marcha redes integradas de servicios de salud (CSC) Consorci i Social De Catalunya.
14. Organización Panamericana de la Salud – Serie No. 4 La renovación de la atención primaria de salud en las Américas 2010.

15. Políticas de Atención Integral en Salud (documento técnico) Ministerio de Salud y de Protección Social. Bogotá enero 2016
16. Documento borrador Prestador Primario Min Salud y de Protección Social -agosto 2017
17. Zurro A.M., Solá G.J. & Cano Pérez, Atención familiar y salud comunitaria. Elsevier España. 2011.
18. MSPS. Pase a la equidad, herramienta que permite desarrollar el plan de salud MSPS. Resolución 3518 de 2015
19. WHO-World Health Organization. Atenção primária à saúde: MATIS necessária que nunca. The World Health Report 2008. Geneva: WHO; 2008
20. MSPS: Guía Metodológica para el Análisis de la Situación de Salud, ASIS. Es la herramienta que posibilita la definición de perfiles territoriales de salud de la población y el establecimiento de prioridades
21. 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.
22. MSPS. Definición de grupos de riesgo. Herramienta metodológica para definir los grupos de riesgo.
23. MSPS. Redes Integrales de prestadores de servicios de salud. Lineamientos para el Proceso de Conformación, Organización, Gestión, Seguimiento y Evaluación
24. Lineamientos de Política Ciencia, Tecnología e Innovación para la salud 2017 – 2020 Subsecretaría de Planeación y Gestión Sectorial - Dirección de Planeación Sectorial - Bogotá, D.C. Marzo, 2018.