

**Implementación del modelo de atención en salud basado en el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) para el hospital de primer nivel de atención de la Empresa Social del Estado Nuestra Señora de Guadalupe**

**Sebastián Vélez Casallas  
Luisa Fernanda García Arango**

**Universidad de Antioquia  
Facultad Nacional de Salud Pública  
“Héctor Abad Gómez” Medellín  
2021**

**Implementación del modelo de atención en salud basado en el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) para el hospital de primer nivel de atención de la Empresa Social del Estado Nuestra Señora de Guadalupe**

**Sebastián Vélez Casallas  
Luisa Fernanda García Arango**

**Proyecto para optar el título de Magíster en Administración Hospitalaria**

**Director  
Guido Manuel Hernández Paternina  
MD. ESP. Candidato a Doctor Gerencia y Política Educativa  
Profesor Universidad de Antioquia**

**Universidad de Antioquia  
Facultad Nacional de Salud Pública  
“Héctor Abad Gómez” Medellín  
2021**

## Tabla de contenido

<b>Lista de tablas</b> .....	<b>6</b>
<b>Lista de figuras</b> .....	<b>9</b>
<b>Lista de anexos</b> .....	<b>11</b>
<b>Listado de siglas</b> .....	<b>15</b>
<b>1.Planteamiento del problema</b> .....	<b>16</b>
<b>2.Justificación</b> .....	<b>25</b>
<b>3.Objetivos</b> .....	<b>30</b>
<b>3.1.General</b> .....	<b>30</b>
<b>3.2.Específicos</b> .....	<b>30</b>
<b>4.Marco normativo</b> .....	<b>31</b>
<b>4.1.Sistema General de Seguridad Social en Salud.</b> .....	<b>31</b>
<b>4.2.Aseguramiento</b> .....	<b>33</b>
<b>4.3.Salud Pública.</b> .....	<b>35</b>
<b>4.4. Prestación de servicios de salud.</b> .....	<b>37</b>
<b>4.5. Enfoque diferencial</b> .....	<b>39</b>
<b>4.6. Intersectorialidad.</b> .....	<b>40</b>
<b>4.7. Gobernanza</b> .....	<b>41</b>
<b>4.8. Talento humano en salud</b> .....	<b>41</b>
<b>4.9. Financiamiento.</b> .....	<b>43</b>
<b>5.Marco teórico</b> .....	<b>44</b>
<b>6.Marco conceptual</b> .....	<b>51</b>
<b>7.Marco contextual</b> .....	<b>55</b>
<b>7.1. Población total</b> .....	<b>55</b>
<b>7.2. Estructura demográfica.</b> .....	<b>56</b>
<b>7.3. Población por grupo de edad</b> .....	<b>57</b>
<b>7.4. Población por área de residencia urbano/rural</b> .....	<b>58</b>
<b>7.5. Aseguramiento de la población de Guadalupe</b> .....	<b>58</b>

<b>7.6. E.S.E Hospital Nuestra Señora de Guadalupe – Antioquia</b> .....	59
<b>7.6.1. Plataforma estratégica</b> .....	61
<b>7.7. Morbilidad por consulta externa</b> .....	64
<b>7.8. Cobertura de programas de mantenimiento de la salud</b> .....	65
<b>7.9. Morbilidad Hospitalaria</b> .....	66
<b>7.10. Mortalidad</b> .....	68
<b>8. Métodos</b> .....	70
<b>8.1 MML: Matriz de Marco Lógico</b> .....	70
<b>8.2 Población de referencia y unidad de Análisis.</b> .....	71
<b>8.2 Instrumentos teóricos y bases de datos</b> .....	72
<b>9. Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) para el hospital de primer nivel de atención de la Empresa Social del Estado Nuestra Señora de Guadalupe</b> .....	78
<b>9.1. Caracterización de la población</b> .....	78
<b>9.2. Modelo de atención</b> .....	99
<b>9.2.1 Objetivos</b> .....	99
<b>9.2.2. Definiciones</b> .....	100
<b>9.2.3. Condiciones generales</b> .....	103
<b>9.2.4. Desarrollo</b> .....	104
<b>9.2.4.1. Introducción</b> .....	104
<b>9.2.4.2. Reseña histórica</b> .....	105
<b>9.2.4.3. Cultura corporativa y lineamientos estratégicos de la ESE</b> .....	107
<b>9.2.4.4. Objetivos estratégicos plan de desarrollo institucional 2020 – 2023</b> .....	108
<b>9.2.4.5. Políticas institucionales</b> .....	109
<b>9.2.4.6. Portafolio de servicios</b> .....	110
<b>9.2.4.7. Portafolio Institucional</b> .....	111
<b>9.2.4.8. Descripción de la ruta de atención en los servicios asistenciales</b> .....	114
<b>9.2.4.9. Acceso, registro e ingreso</b> .....	114
<b>9.2.4.10. Evaluación de necesidades al ingreso y planeación de la atención</b> .....	122
<b>9.2.4.11. Ejecución de la atención</b> .....	125
<b>9.2.4.12. Salida y seguimiento</b> .....	134

<b>9.2.4.13. Referencia y contrarreferencia.....</b>	<b>137</b>
<b>9.2.4.14. Modelo de Atención en salud .....</b>	<b>138</b>
<b>9.2.4.15. Intervenciones colectivas.....</b>	<b>144</b>
<b>9.3. Análisis de la puesta en marcha del Modelo de Atención Integral Territorial MAITE para la ESE Nuestra Señora de Guadalupe .....</b>	<b>175</b>
<b>9.4. Propuesta de evaluación del modelo de atención implementado en la institución .....</b>	<b>177</b>
<b>10. Discusión .....</b>	<b>179</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>184</b>
<b>Referencias.....</b>	<b>186</b>

## Lista de tablas

<b>Tabla 1. Componentes MIAS vs líneas de acción MAITE.</b> .....	48
<b>Tabla 2. Extensión territorial y área de residencia, Guadalupe 2019.</b> .....	55
<b>Tabla 3. Proporción de la población por ciclo vital, Guadalupe 2005, 2019 y 2020.</b> .....	58
<b>Tabla 4. Aseguramiento por entidad responsable de pago</b> .....	59
<b>Tabla 5. Morbilidad General por Consulta Externa. ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe. Municipio Guadalupe. Antioquia, 2019.</b> .....	64
<b>Tabla 6. Morbilidad General por Consulta Externa. Año 2019.</b> .....	65
<b>Tabla 7. Cobertura de Programas de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad. ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe. Municipio Guadalupe. Antioquia, 2018.</b> .....	66
<b>Tabla 8. Cobertura de Programas Cobertura de Programas de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad. ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe. Municipio Guadalupe. Antioquia, 2019</b> .....	66
<b>Tabla 9. Morbilidad General por Hospitalización. ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe. Municipio Guadalupe. Antioquia, 2018.</b> .....	67
<b>Tabla 10. Morbilidad General por Hospitalización. ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe. Municipio Guadalupe. Antioquia, 2019.</b> .....	67
<b>Tabla 11. Mortalidad General. ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe. Municipio Guadalupe. Antioquia, 2018.</b> .....	68
<b>Tabla 12. Mortalidad General. ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe. Municipio Guadalupe. Antioquia, 2019</b> .....	69
<b>Tabla 13. Población del municipio de Guadalupe por ciclo vital. 2020</b> .....	74
<b>Tabla 14. Distribución porcentual de las principales causas de morbilidad atendida, por ciclo de vida 2009-2019</b> .....	75
<b>Tabla 15. Población atendida por la ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe según Curso de Vida. Julio 2021 – junio 2022.</b> .....	78
<b>Tabla 16. Población total Contratada para la atención con la ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe según Curso de Vida. Julio 2021 – Junio 2022.</b> .....	79

<b>Tabla 17. Usuarios con Valoración Integral. ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe. Julio 2021 – Junio 2022.....</b>	<b>80</b>
<b>Tabla 18. Usuarios según Consulta por Primera vez para Diabetes Mellitus. ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe. Julio 2021 – Junio 2022 .....</b>	<b>88</b>
<b>Tabla 19. Usuarios con Controles para Diabetes Mellitus. ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe. Julio 2021 – Junio 2022 .....</b>	<b>88</b>
<b>Tabla 20. Usuarios con Hemoglobina Glicada. ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe. Julio 2021 – Junio 2022.....</b>	<b>89</b>
<b>Tabla 21. Usuarios con Consulta Primera Vez HTA. ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe. Julio 2021 – Junio 2022.....</b>	<b>90</b>
<b>Tabla 22. Usuarios con Consulta Control HTA. ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe. Julio 2021 – Junio 2022.....</b>	<b>91</b>
<b>Tabla 23. Proyección de actividades de Atención Integral de Adulthood y Vejez según programa para usuarios. ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe. Julio 2022 – junio 2023 .....</b>	<b>93</b>
<b>Tabla 24. Proyección de actividades de Atención en Diabetes Mellitus según programa para usuarios. ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe. Julio 2022 – Junio 2023 .....</b>	<b>94</b>
<b>Tabla 25. Proyección de actividades de Atención Hipertensión Arterial según programa para usuarios de la ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe. Julio 2022 – Junio 2023 .....</b>	<b>95</b>
<b>Tabla 26. Proyección de tiempo del Talento Humano necesario para las actividades de PEDT según programa para Usuarios. ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe. Julio 2022 – Junio 2023.....</b>	<b>96</b>
<b>Tabla 27. Identificación de la Empresa Social Del Estado .....</b>	<b>106</b>
<b>Tabla 28. Integrantes Junta Directiva. ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe de Guadalupe. Municipio de Guadalupe Antioquia .....</b>	<b>107</b>
<b>Tabla 29. Capacidad instalada según infraestructura. ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe. Municipio Guadalupe. Antioquia, 2022.....</b>	<b>112</b>
<b>Tabla 30. Capacidad Instalada Según Disponibilidad de Talento Humano. ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe. Municipio Guadalupe. Antioquia. 2022</b>	<b>113</b>

<b>Tabla 31. Población Total Contratada por Cápita. ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe según Curso de Vida. Julio 2021 – Junio 2022. ....</b>	<b>170</b>
<b>Tabla 32. Proyección de tiempo del Talento Humano necesario para las actividades de PEDT según programa para Usuarios. ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe. Julio 2022 – Junio 2023.....</b>	<b>170</b>
<b>Tabla 33. Proyección temas de capacitación con el personal de la ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe. Julio 2022 – Junio 2023 .....</b>	<b>172</b>
<b>Tabla 34. Indicadores en cuanto al porcentaje de captación por parte de los usuarios a los programas de HTA y DM entre noviembre 2021 y julio 2022. ....</b>	<b>176</b>
<b>Tabla 35. Indicadores en cuanto al funcionamiento del modelo de atención con énfasis en acceso, oportunidad y calidad. ....</b>	<b>178</b>
<b>Tabla 36. Indicadores de resultados esperados en cuanto al funcionamiento del modelo de atención con énfasis en acceso, oportunidad y calidad. ....</b>	<b>178</b>
<b>Tabla 37. Indicadores de cobertura de programas crónicos en cuanto al funcionamiento del modelo de atención con énfasis en acceso, oportunidad y calidad.....</b>	<b>179</b>
<b>Tabla 38. Indicadores de Indicadores de suficiencia en talento humano y financieros en cuanto al funcionamiento del modelo de atención con énfasis en acceso, oportunidad y calidad.....</b>	<b>179</b>
<b>Tabla 38. Modelo de ficha técnica .....</b>	<b>180</b>



## Lista de figuras

<b>Figura 1. Esquema de la PAIS.....</b>	<b>48</b>
<b>Figura 2. Enfoque de territorio de MAITE. ....</b>	<b>49</b>
<b>Figura 3. Pirámide poblacional del municipio de Guadalupe .....</b>	<b>56</b>
<b>Figura 4. Esquema de Determinantes sociales .....</b>	<b>73</b>
<b>Figura 5. Mortalidad según grandes grupos de causa OPS 6/67. 2005-2018.....</b>	<b>75</b>
<b>Figura 6. Porcentaje de captación de HTA en personas de 18 a 69 años RS .....</b>	<b>76</b>
<b>Figura 7. Porcentaje de captación de DM en personas de 18 a 69 años RS.....</b>	<b>76</b>
<b>Figura 8. Porcentaje de usuarios hipertensos controlados 60 años.....</b>	<b>76</b>
<b>Figura 9. Porcentaje de usuarios hipertensos controlados &gt;=60 años.....</b>	<b>76</b>
<b>Figura 10. Porcentaje de usuarios diabéticos controlados.....</b>	<b>77</b>
<b>Figura 11. Sin pérdida de función renal.....</b>	<b>77</b>
<b>Figura 12. Distribución porcentual de usuarios atendidos por la ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe según afiliación a EPS, HTA Y MD, Julio 2021 Junio 2022.....</b>	<b>81</b>
<b>Figura 13. Distribución porcentual de usuarios atendidos por la ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe según sexo HTA Y MD, Julio 2021 – Junio 2022 ...</b>	<b>81</b>
<b>Figura 14. Distribución porcentual de usuarios atendidos por la ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe según distribución geográfica HTA Y MD, Julio 2021 – Junio 2022 .....</b>	<b>82</b>
<b>Figura 15. Distribución porcentual de usuarios atendidos por la ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe según condición en el programa HTA Y MD, Julio 2021 – Junio 2022 .....</b>	<b>83</b>
<b>Figura 16. Distribución porcentual de usuarios atendidos por la ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe según asistencia a citas de control HTA Y MD, Julio 2021 – Junio 2022 .....</b>	<b>83</b>
<b>Figura 17. Distribución porcentual de usuarios atendidos por la ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe según cita de control asignada HTA Y MD, Julio 2021 – Junio 2022 .....</b>	<b>84</b>
<b>Figura 18. Distribución porcentual de usuarios atendidos por la ESE Hospital</b>	

<b>Nuestra Señora de Guadalupe según número de contacto, HTA Y MD, Julio 2021 – Junio 2022 .....</b>	<b>85</b>
<b>Figura 19. Distribución de usuarios atendidos por la ESE HNSG según paraclínicos reportados, HTA Y MD, Julio 2021 – Junio 2022 .....</b>	<b>86</b>
<b>Figura 20. Distribución de usuarios atendidos por la ESE HNSG según medicamentos recetados para la HTA Y MD, Julio 2021 – Junio 2022 .....</b>	<b>86</b>
<b>Figura 21. Instructivo para la elaboración de Modelos de Prestación de Servicios de Salud en IPS de Baja Complejidad .....</b>	<b>114</b>
<b>Figura 22. Ruta del Modelo de Atención en Salud de la ESE Nuestra Señora de Guadalupe .....</b>	<b>139</b>
<b>Figura 23. Ruta cardiovascular 16 grupo de riesgos .....</b>	<b>140</b>
<b>Figura 24. Historia natural de las enfermedades cardiovasculares de origen aterogénico.....</b>	<b>140</b>

## Lista de anexos

<b>Anexo 1. Listado de asistencia del personal asistencial y administrativo en la socialización preliminar del modelo de atención.....</b>	<b>184</b>
<b>Anexo 2. Listado de asistencia del personal asistencial y administrativo en la capacitación del modelo de atención para pacientes crónicos en la ESE HNSG</b>	<b>184</b>
<b>Anexo 3. Listado de asistencia del personal asistencial y administrativo en la capacitación para la implementación del modelo de atención para la pacientes crónicos en la ESE HNSG .....</b>	<b>184</b>
<b>Anexo 4. Listado de asistencia del personal asistencial y administrativo en la capacitación para la implementación del modelo de atención para la pacientes crónicos en la ESE HNSG .....</b>	<b>185</b>

**Nota de aceptación**

---

---

---

---

Presidente:

---

Jurado 1

---

Jurado 2

---

Medellín, noviembre de 2022

**Nota dedicatoria**

*A mis apoyos, sin ellos imposible. Gracias a mi familia que me ha seguido en todas mis locuras, una de ellas esta, un peldaño más en mi carrera profesional. A mi esposo de maestría, gracias por toda tu compañía y paciencia en este proceso.*

*Luisa Fernanda*

*A mi familia y aquellas personas que me acompañaron y apoyaron en este proceso de formación. A Luisa, por que juntos avanzamos en esta dura pero satisfactoria aventura.*

*Sebastián*

## **Agradecimientos**

A nuestro director de proyecto, profesor Guido Manuel Hernández Paternina, gracias por su compromiso y generosidad con su conocimiento. A la coordinadora de la maestría, profesora Gilma Stella Vargas Peña, por su constante motivación y gestión para que esta primera cohorte alcanzará los objetivos.

## Listado de siglas

**APS:** Atención Primaria en Salud

**BID:** Banco Interamericano de Desarrollo

**DANE:** Departamento Administrativo Nacional de Estadística

**EAPB:** Entidad Administradora de Planes de Beneficios

**EPS:** Entidad Promotora de Salud

**ESE:** Empresa Social del Estado

**ETS:** Entidad Territorial de Salud

**IPS:** Institución Prestadora de Servicios de Salud

**MAITE:** Modelo de Acción Integral Territorial

**MIAS:** Modelo Integral de Atención en Salud

**MSPS:** Ministerio de Salud y Protección Social

**OPS/OMS:** Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud

**PAIS:** Política de Atención Integral en Salud

**PDSP:** Plan Decenal de Salud Pública

**PE:** Protección específica

**RIPSS:** Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud

**RIAS:** Rutas de Atención Integrales en Salud

**SOGC:** Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud

**SGSSS:** Sistema General de Seguridad Social en Salud

**SGSSI:** Sistema General de Seguridad Social Integral

**SNS:** Sistema Nacional de Salud

**UPC:** Unidad de Pago por Capitación

## **Implementación del modelo de atención en salud basado en el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) para el hospital de primer nivel de atención de nuestra señora de Guadalupe E.S.E**

### **1. Planteamiento del problema**

La conferencia de Alma-Ata, por parte de los estados miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1978), demandaba «Salud para todos en el 2000» y «Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social», precisando que este debía darse «en forma gratuita, continua, oportuna y de calidad, con prioridad en las zonas de concentración de pobreza y en las poblaciones más vulnerables» (1).

La OMS (2000), Organización Panamericana de la Salud – OPS (2010) y los Objetivos de Desarrollo del Milenio - ODM (2012) plantean la necesidad de incorporar la atención de calidad en salud, como eje orientador para la mejora de los sistemas de salud, así como la adopción de medidas que lleguen a alcanzar a todo el sistema; implica el desarrollo de acciones fundamentales, destacándose, que los países deben rediseñar la prestación de servicios para optimizar los resultados sanitarios en lugar de centrarse únicamente en el acceso geográfico a los servicios, deben constituir verdaderas Redes Integradas de Servicios de Salud – RISS. Los gobiernos y la sociedad civil deben transmitir a la población la importancia de demandar calidad, para así empoderarlos a exigir esta responsabilidad a los sistemas y a buscar activamente cuidados de alta calidad.

El sistema de salud en Colombia ha sufrido múltiples cambios, todos con amplio impacto sobre su actor más importante: el usuario, por su concepción en el sistema, los cambios en la jurisprudencia en la prestación de los servicios de salud, su financiamiento y sus formas de contratación.

Respecto a la prestación de servicios de salud, esta es esencial para la garantía del derecho a la salud, se busca que sea accesible, de calidad, sostenible financieramente y



desarrollada bajo un enfoque de atención centrada en el usuario, siendo este último su principal fin (1).

Dentro de los antecedentes normativos del sistema de salud del país, es preciso destacar la Ley 10 de 1990, quien reguló el Sistema Nacional de Salud (SNS) y en su artículo 1 da un acercamiento a la definición y objetivo del servicio público en salud, haciendo énfasis en que la “prestación de los servicios está a cargo del Estado y son gratuitos para los habitantes del territorio nacional en sus servicios básicos” (1). Es de aclarar que esta Ley se desprendía del artículo 32 de la Constitución Política de 1886, que para la fecha no es vigente.

En el año 1991 se redactó una nueva constitución, que permitía la participación de agentes privados y públicos para la prestación del servicio público de la salud, y respecto a esta también brinda unos lineamientos básicos contemplados en el artículo 49, que dice: **“La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad... Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad”**(2). A pesar de estas normativas, en el Sistema Nacional de Salud, se carecía de un modelo que integrara la atención en los tres niveles de prevención, con problemas de impacto en la cobertura en salud (3).

Para mejorar la cobertura en salud y responder favorablemente a los problemas encontrados en el SNS, y como respuesta a las políticas neoliberales del Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, en el año de 1993 se reforma el sistema de salud en Colombia por medio de la Ley 100 y se crea el Sistema General de Seguridad Social Integral (SGSSI), cuya función principal es establecer normas y procedimientos necesarios para que todos los habitantes del territorio nacional tengan acceso a los servicios de salud en los diferentes niveles de atención, de acuerdo a sus momentos del

curso de vida, y teniendo como base los siguientes principios: universalidad, integralidad, eficiencia, solidaridad, unidad y participación (3).

Para garantizar la función del nuevo Sistema, se crearon diferentes entidades, una de ellas fue las Empresas Promotoras de Salud (EPS), consideradas como entidades públicas y privadas que operarían como aseguradoras y administradoras de los recursos para garantizar dicho servicio de salud, y por su parte, las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) quienes se encargarían de proveer los servicios de atención a los usuarios, de acuerdo con un plan definido y su nivel de complejidad (4). Dichas entidades trabajaban de manera conjunta, conforme acuerdos previamente definidos (Contratos).

Con relación con los modelos de contratación desarrollados en el sistema de salud desde la Ley 100, se reconocen dos modelos: por capitación y por paquete o evento, siendo la capitación el modelo más utilizado en las instituciones de primer nivel de complejidad (10), el cual exige un pago por persona para la atención de la demanda de un conjunto preestablecido de tecnologías en salud de baja complejidad durante un periodo de tiempo definido (11).

Con esta forma de relación entre aseguradores y prestadores, se originó una nueva regulación del mercado de la salud, generando una alta privatización del sector e imposibilitando el cumplimiento de principios de equidad y accesibilidad a la salud por parte de los sectores más vulnerables (5,6). Adicionalmente, con la creación del SGSSI se crea un Plan Obligatorio de Salud-POS (administrado por las EPS y prestado por las IPS según contratación), accesible a todos los habitantes del territorio nacional y que permitiría la protección integral de las familias en las fases de promoción y fomento de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación (7).

En relación con la promoción de salud, se crearon posteriormente normas que reglamentaban su forma de prestación, que para opinión de algunos autores un poco reduccionista conforme a los lineamientos y referentes internacionales, ello en virtud, de que se proponía un concepto simple de esta y se limitaba al cumplimiento de actividades,

adicionalmente se usaba como semejantes promoción de la salud y prevención de la enfermedad (8).

Lo anterior, hace parte de las distintas inconsistencias detectadas en la formulación e implementación de la Ley 100, que también ha ocasionado la fragmentación del Sistema en sus principales funciones y relacionado con la variación en cuanto a la disponibilidad per cápita de los recursos de los diferentes subsistemas, la desarticulación entre el Estado, las aseguradoras y los prestadores de los servicios de salud, la segmentación del sistema de salud se manifiesta en que algunas personas con amplia protección y acceso expedito, mientras una gran mayoría carece de la primera y el segundo lo lograba al pagar directamente de su bolsillo; afectando su patrimonio familiar, con esta implementación aún coexisten por lo menos cuatro subsistemas: el sistema público para no asegurados, el régimen subsidiado, el régimen contributivo, y los regímenes exceptuados (5), que además carecen de modelos de atención integrales que permitan una atención de calidad centrada en las personas enmarcada en los atributos de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad y satisfacción del usuario (6).

Sobre la base de las consideraciones anteriores, el sistema de salud presentaba modelos que solo llevan a desarrollar acciones dirigidas a grupos poblacionales y a cumplimiento de una serie de matrices, sin responder de forma contundente a las necesidades del sistema. Es así como la Resolución 412 del 2000, estableció las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y adopta las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública, con el fin de ser desarrolladas bajo principios de costo-efectividad, de manera secuencial y sistemática en toda la población afiliada (9) (7).

Esta resolución, permitió dar mayor claridad sobre la diferenciación entre las acciones de protección específica y detección temprana, y las enfermedades de interés en salud y prevención de la enfermedad, favoreció a su vez a una mayor orientación para las EPS

e IPS que manejan el POS (hoy plan de atención en salud con cargo al Unidad de Pago por Capitación) (8), aunque también hubo dificultades dado que las guías definidas a partir de dicha norma no eran de obligatorio cumplimiento, y no se evidenció la inserción de promoción de la salud, lo que creó confusión en el país, pues sí era obligatorio cubrir las patologías mas no necesariamente con las actividades planteadas en las guías, a excepción de los esquemas terapéuticos contemplados para lepra, malaria, tuberculosis y leishmaniasis cutánea y visceral. A lo mencionado se suma, una poca integración de diferentes actores para la formulación de las guías, lo que resultó obstaculizando su aplicación por nivel de atención de los prestadores, la distribución geográfica, insuficiencia de recursos, dificultades técnicas y administrativas, así como baja adherencia de los responsables (9).

Aunque existían avances en términos de salud pública, mediante la ley 1122 de 2007, se hacen algunas modificaciones al SGSSS realizando ajustes en cuanto a la creación de un Plan Nacional de Salud Pública, el cual debía formularse para cada cuatrienio de gobierno y hacer parte del Plan Nacional de Desarrollo. Dicho plan tenía como objetivo "la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar". Este, exigía ser desarrollado a nivel nacional, a nivel territorial (departamentos y municipios) y por las aseguradoras (EPS), al igual que se proponía la promoción de la salud bajo el enfoque de los determinantes de la salud: ambientales, del comportamiento humano, de la herencia y de las respuestas de los servicios de salud (8).

Aun cuando el SGSSS fue modificado y ajustado en algunas disposiciones, siguieron presentándose problemas de acceso a los servicios de salud y por ende violación del derecho a la salud, ocasionado entonces un aumento significativo de las tutelas por salud, alcanzando en el año 2015 su mayor indicador, dado que para la fecha cada 3,5 minutos se presentaba una y la mayoría de estas por servicios que ya se encontraban incluidos dentro del plan de salud (10).

Consciente de las dificultades que permeaba al SGSSS, para el año 2011 se origina una

nueva Ley que modificaba dicho Sistema (Ley 1438) que propone una estrategia de atención basada en la Atención Primera en Salud-APS, de trascendencia en el sector salud y buscaba garantizar la transectorialidad e intersectorialidad con intervención del riesgo individual, familiar y comunitario de acuerdo con los determinantes sociales y momentos de la vida. Con esta estrategia se desarrollaron los modelos de atención en salud para las Empresas Sociales del Estado (ESE) de baja complejidad (8). Esta norma también incorporó nuevos ajustes como la transformación de un Plan Nacional de salud Pública a un Plan Decenal, y la creación de las redes integradas de servicios de salud para garantizar la atención en todos los niveles, de manera integral, individual y colectiva (11).

Con todas las regulaciones y modificaciones realizadas al SGSSS, se evidencia un interés por la integralidad y el trabajo sectorial e intersectorial para generar mejores condiciones de acceso a los servicios de salud (12), en consecuencia para el año 2015 se formuló la Ley 1751, con base en la ley 1753 en su art 65. *Política de atención integral en salud*. El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), dentro del marco de la Ley 1751 de 2015, Estatutaria en Salud, así como las demás leyes vigentes, definirá la política en salud que recibirá la población residente en el territorio colombiano, la cual será de obligatorio cumplimiento para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en el marco de sus competencias y funciones quien tiene la condición de estatutaria al regular la salud como un derecho fundamental, y exige la intervención de los determinantes de la salud mediante la formulación de una política pública de salud.

Por ende la ley 1751 expresa: la formulación y adopción de políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho en igualdad de trato y oportunidades para toda la población, asegurando para ello la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del Sistema; y demás políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales; lo que dio origen a la Política de Atención Integral en Salud-PAIS y por ende el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) incorporado en

ella (13,14).

La Política de Atención Integral en Salud - PAIS tiene por objeto garantizar el acceso y el derecho a la salud de la población colombiana. Dentro de la PAIS se presenta un marco estratégico: La atención primaria en salud (APS) es la estrategia básica y es la integradora entre las necesidades de la población, la respuesta del sistema y los recursos disponibles en la sociedad como elemento esencial para la viabilidad en la progresividad del ejercicio del derecho. El cuidado entendido como las capacidades, decisiones y acciones que el individuo y el Estado adoptan para proteger la salud del individuo, la de su familia, la comunidad y el medio ambiente que lo rodea. La gestión integral del riesgo en salud, como estrategia, su finalidad es la minimización del riesgo y el manejo de enfermedad. Y por último el enfoque diferencial en la atención, adaptando el modelo a las particularidades de los territorios, las características de la población y las estructuras de servicios disponibles considerados como factores críticos de éxito en el desempeño del Sistema de Salud en cuanto a un marco operativo contenidos en el Modelo de Atención Integral en Salud – MIAS, que tenía como base el aseguramiento y la prestación de los servicios con base APS, y enfocada en la familia, la comunidad y el individuo. Sus objetivos se centraban en garantizar una atención con equidad, oportunidad, integralidad, calidad y continuidad, tanto en el acceso como en la prestación de los servicios de salud (7).

Para poder llegar a realizar el despliegue del MIAS se hace necesario garantizar la integralidad de la atención en salud y la conformación de redes de servicios de salud. Por lo tanto, se establecen las Rutas Integrales de Atención en Salud -RIAS, como una herramienta de obligatorio cumplimiento para todos los actores del sistema de salud, que buscan generar tales condiciones de integralidad.

Estas, ordenan la gestión intersectorial como plataforma a las respuestas que da lugar a las atenciones e intervenciones en salud dirigidas a todas las personas, familia y comunidad. Sin embargo, el MIAS estuvo vigente entre el 25 de julio de 2016 hasta el 25 de septiembre de 2019 sin lograr las expectativas definidas en su formulación.

Al momento de la expedición del MIAS, el Ministerio de Salud y Protección Social-MSPS dio como tiempo mínimo a los actores del sistema de salud 3 años, contados a partir de la expedición del documento para su implementación y transcurrido este lapso de tiempo poder evaluar el cumplimiento del objetivo, pero debido a cambios políticos y administrativos en el país, el MIAS no logro su plena implementación; por lo que fue derogado y reemplazado por el Modelo de Atención Integral Territorial-MAITE mediante la resolución 2626 de 2019. El MAITE pretende crear una integración transversal en el sistema, vinculando a los ámbitos administrativos (alcaldías en lo local), al aseguramiento (EAPB), a la prestación de servicios (IPS y talento humano) y a la comunidad, como receptores del servicio y a la vez como garantes del mismo.

En la actualidad el MAITE es el modelo referente para que las ESE determinen nuevos mecanismos con el fin de poder gestionar el riesgo en la atención en salud. En lo teórico este riesgo debe ser compartido entre las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios-EAPB y las IPS; sin embargo, con los modelos actuales de contratación, la gestión del riesgo está siendo asumida única y exclusivamente por las IPS, poniendo en peligro al paciente por la escasez y limitación del recurso económico, al igual que generando limitaciones en la atención a los determinantes sociales de la salud, el cumplimiento de políticas públicas y la salud colectiva (12) (15).

Pese a que existe el MAITE, el sistema de salud no cuenta con un modelo viable y factible, además de práctico, que sea posible de realizar, que cuente con la voluntad política de los actores del sistema, en sus diferentes niveles y así pueda cumplir su triple propósito: mejorar el estado de salud, responder a las expectativas de la población y lograr la sostenibilidad. Al no tener un modelo viable, se obstaculizaría la resolución de los problemas que dieron pie a su origen, por ende, es prioritario construir una línea base que permita implementar un modelo de atención que perdure en el tiempo y que sea lo suficientemente sólido, que se adapte a las necesidades y realidades de los territorios no en ideologías gubernamentales; de esta forma se lograría la integración entre el modelo de atención primaria en salud, la salud pública, la PAIS, el MAITE y las RIAS (5) (16).

En la actualidad algunas Empresas Sociales del estado de baja complejidad, tienen diseñado su modelo de atención en salud basado en la APS, en algunas acciones de salud pública y en la resolución 412 de 2000. De esta forma, toda la atención está cimentada en matrices en las que el usuario se convierte en un número que suma, para evitar la glosa por el cobro de las actividades a las EAPB, y que ocasiona una disminución en los ingresos económicos.

El MAITE, cumple con las características de un modelo, al determinar la forma en que interactúan la población y el prestador de servicios, dentro de un marco de cumplimiento del derecho a la salud, con base en el territorio y la población, articulando redes de atención integradas e integrales tanto institucionales como comunitarias (12). Sin embargo, en la práctica los entes territoriales y los diferentes actores del sistema no están llevando a cabo esta integración, esta situación suele presentarse por un bajo liderazgo desde las entidades territoriales, baja capacidad del MSPS en prestar asistencia técnica a los territorios, poca financiación para su implementación, lo cual, influye en que la relación entre los actores del sistema y la normatividad en salud, continúe desarticulada generando usuarios desconocidos para el sistema y no intervenidos integralmente, además de no permitir brindar una atención basada en los atributos de calidad, que se presupone deben tener toda atenciones de salud.(17).

De acuerdo con lo expuesto anteriormente surge la necesidad de diseñar e implementar un modelo de atención en salud basado en el MAITE para el hospital Nuestra Señora de Guadalupe E.S.E. que permita una atención integral y con calidad que satisfaga las necesidades y expectativas de los usuarios.



## 2. Justificación

Tener un modelo de atención en salud implementado para la ESE Nuestra Señora de Guadalupe puede brindar: 1. Una alternativa para la garantía del derecho fundamental a la salud de los usuarios, 2. La optimización de recursos institucionales, 3. Respuestas de manera articulada a las necesidades encontradas en los usuarios. Respecto al derecho fundamental a la salud, implementar el modelo implica centrarse en las personas, en las prioridades en salud de la población para poder darle respuesta, impactar positivamente en el restablecimiento de ella y asimismo satisfacer las expectativas de dichos usuarios reconociendo sus particularidades.

En lo concerniente a la optimización de los recursos, el modelo propone como resultado de su enfoque la sostenibilidad del sistema; para su implementación exige un diagnóstico de los recursos financieros, tecnológicos, físicos y el talento humano con el que se cuenta, y al igual que focalizar el uso de los recursos según las características y necesidades de la población.

Por su parte, la adecuada articulación en los servicios de salud en un primer nivel de atención debe garantizarse para poder mejorar las condiciones de salud de una población determinada. Más cuando las condiciones actuales que tiene el país de acuerdo a la normatividad vigente no garantizan que se pueda tener esta integralidad en la atención, sin embargo, es necesario ejecutar acciones con los recursos disponibles y de manera articulada e integral prestar el mejor servicio a los usuarios.

El MAITE específicamente promueve 8 líneas de acción que influyen positivamente en la atención en salud las cuales son: Aseguramiento, Salud Pública, Prestación de Servicios, Talento Humano, Financiamiento, Enfoque Diferencial, Intersectorialidad, y Gobernanza. Mediante el fortalecimiento de la línea de acción de aseguramiento, es posible establecer acciones y responsabilidades de las EAPB, permitirá la afiliación de la población, la gestión integral del riesgo financiero y en salud (que, como se mencionó anteriormente, está siendo asumido y gestionado únicamente por las IPS) (12).

El abordaje de la línea de acción de Salud Pública, permitirá adoptar políticas que garanticen la salud de la población desde acciones de salubridad con enfoque tanto individual como colectivo, el logro de este propósito, implica una adaptación al marco de las prioridades definidas por el gobierno nacional (eventos de salud, grupos de riesgo, poblaciones, salud ambiental), y la integración de todos los sectores que hagan parte de la comunidad, contemplando siempre las características y contexto particular de la población.

De acuerdo con lo anterior, una adecuada adaptación de la línea salud pública, permitirá a la ESE Nuestra Señora de Guadalupe favorecer uno de los propósitos de la prestación de los servicios de salud que es la articulación de todos los actores del sistema, respondiendo a las necesidades de la población, al tiempo que se acciona bajo las directrices del gobierno nacional, lo cual aporta al cumplimiento del Plan Decenal de Salud Pública-PDSP (12).

La implementación de la línea de acción Prestación de Servicios del modelo MAITE, aporta en un aspecto fundamental para lograr calidad en la salud, que es el reconocimiento de las necesidades de la población, la comprensión de las necesidades particulares de las personas y comunidades, que permiten aumentar la capacidad resolutoria, en busca de la satisfacción de las necesidades y expectativas emergentes. Es importante destacar que el modelo propone el uso de estrategias de tecnología e innovación para lograr los fines de calidad y satisfacción, y establece la necesidad de trabajar bajo un enfoque de optimización (12).

La línea de acción de Talento Humano permitirá garantizar que el personal vinculado a la ruta de Atención Integral en Salud de la ESE, cumpla con características elementales para el logro de la calidad, que son la eficiencia, suficiencia, dignificación y disponibilidad, esto requerirá necesariamente la incorporación de procesos que persigan la cualificación, la educación y el entrenamiento continuo; y además esta línea, propone el logro de estos objetivos a partir la interdisciplinariedad. Sin duda, un recurso humano más cualificado

es fundamental en el éxito de un Modelo de Acción Integral Territorial efectivo y eficiente (12).

La línea Financiera se considera un elemento transversal en el modelo, dado que este aspecto puede limitar la disponibilidad de recurso humano, la calidad de los servicios prestados, el despliegue de acciones orientadas a la salubridad, entre otros; es por esta razón que trabajar sobre la línea de acción Financiamiento permitirá tomar las medidas necesarias para garantizar la gestión, seguimiento y disponibilidad de recursos financieros para lograr una operación eficiente, equitativa y sostenible (12).

La línea de acción Enfoque Diferencial se considera inherente al MAITE, ya que, como se dijo anteriormente, el modelo busca una adaptación a las necesidades en salud propias de cada territorio; de acuerdo con lo anterior, la implementación de esta línea permitirá a la ESE, establecer los mecanismos que le ayuden a eliminar barreras discriminatorias al reconocer que existen diferencias en la población a atender como edad, género, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia, propiciando una atención adaptada y con garantías (12).

Desde la línea de acción de Gobernanza, es posible gestionar la atención en salud mediante el reconocimiento y participación de la sociedad civil esto permite que los gobiernos, aun siendo los principales rectores de la atención integral en salud, fomenten la participación de las comunidades como elemento esencial en la toma de decisiones, siendo esto un factor elemental para que se logre el propósito del MAITE; de acuerdo con esto, se puede decir que sin la vinculación de la perspectiva y necesidades de la población en la gobernanza, no sería posible lograr una atención centrada en sus necesidades, motivo por el cual se considera una línea de acción que debe desarrollar e implementar la ESE Nuestra Señora de Guadalupe (12).

Para desarrollar el presente proyecto, en la ESE se implementarán las líneas de acción: Salud Pública, Prestación de Servicios, Talento Humano. Lo cual, beneficiaría la gestión administrativa, la gestión en salud en la ESE y la satisfacción de los habitantes

del municipio de Guadalupe (Antioquia). Se puede observar entonces, que la implementación del modelo MAITE busca complementar las disposiciones expresadas en la PAIS, mediante un enfoque que permite flexibilizar y dar respuesta a las necesidades particulares de los territorios, de esta manera, la ESE podrá optimizar su gestión en función de las características de las comunidades a las cuales se prestan los servicios de salud.

En conclusión, este trabajo de intervención aportaría a mejorar la integralidad del modelo y su implementación por medio del mejoramiento en los procesos que permitan generar acciones en las cuales haya un lineamiento de trabajo claro, y se tomen en cuenta las variables, para poder articular las acciones que realiza tanto la línea de salud pública como la línea de prestación de servicios, dando respuesta a las necesidades identificadas en la población. Y en este sentido aporta a evidenciar la necesidad de trabajar de manera articulada interinstitucionalmente, tanto con personal administrativo y técnico.

El modelo MAITE reconoce que el sector salud es tan solo un elemento que responde a una necesidad de orden social, y que por ello trasciende sus propias fronteras, y de acuerdo con esta visión del modelo, se busca que por medio de acciones como las agendas intersectoriales y las alianzas estratégicas, entre otras, sea posible formular políticas públicas que permitan alinear comunidades, sectores y entidades en pro de un interés general que es la salud. El trabajo bajo este enfoque permitirá a la ESE Nuestra Señora de Guadalupe, encontrar beneficios para un mejor desempeño a partir de la articulación con actores externos que si bien no son directamente de salud, sí pueden impactarle y aportarle positivamente (12).

Desde la maestría en administración hospitalaria y orientados en uno de los objetivos del programa, podemos intervenir los problemas pertinentes a las IPS, y uno de ellos es el diseño de un modelo de atención en salud basado en los lineamientos del MSPS enfocados en el MAITE, buscando garantizar el derecho fundamental a la salud en todos los territorios, mejorando la salud de la población y la satisfacción de los usuario, se

decide implementar un modelo de atención en salud para pacientes con enfermedades crónica que satisfagan sus necesidad y mejoren su curso de vida.

### **3. Objetivos**

#### **3.1 General**

Implementar un modelo de atención integral territorial, MAITE en la Empresa Social del Estado Hospital Nuestra Señora de Guadalupe Antioquia, de acuerdo a los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, que contribuya al mejoramiento de la respuesta a las necesidades en salud de la población. 2021-2022.

#### **3.2 Específicos**

1. Caracterizar la población objeto del modelo de la institución.
2. Diseñar el modelo de atención para la población objeto de estudio.
3. Implementar el modelo de atención en la institución
4. Realizar una propuesta de evaluación del modelo de atención en salud implementado en la institución.

## 4. Marco normativo

### 4.1 Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**Ley 10 de 1990 (18):** Bajo esta Ley se reorganiza el Sistema Nacional de Salud, se considera que ha sido uno de los cambios normativos fundamentales para el Sistema. Dentro de las modificaciones destacables está la propuesta de una definición del sistema de salud, considerándose este como aquel que comprende los procesos de fomento, prevención, tratamiento y rehabilitación; en él intervienen diversos factores, tales como los de orden biológico, ambiental, de comportamiento y de atención. Dicho sistema está conformado por un conjunto de entidades públicas y privadas del sector salud, y de otros sectores que inciden en los factores de riesgo para la salud.

**Constitución Política de 1991 (19):** Desde la constitución política de Colombia, se enfatiza que la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado, en el artículo 48: Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social, el Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley y la Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley. No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella. Ar, 49: La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

También, acredita al Estado como el ente encargado de establecer las políticas para la prestación de servicios, para los procesos de vigilancia y control y así mismo, establecer

las competencias para la organización de los servicios de salud en los territorios, la forma de vincular a la comunidad en dichos procesos y en el fomento del cuidado integral de la salud.

Adicionalmente, resalta la necesidad de financiación del sistema de salud para el logro de sus fines, por ello decreta que los recursos del sistema general de participaciones de los departamentos, distritos y municipios se destinarán a la financiación de los servicios a su cargo, dándoles prioridad al servicio de salud.

**Ley 100 de 1993 (20):** Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral, esta norma crea y define roles para las entidades que permitirían el funcionamiento del sistema, una de ellas fue las EPS quienes se encargarían del aseguramiento de la población colombiana mediante un régimen contributivo y subsidiado según capacidad de pago, por su parte contempla a las IPS como encargadas de la prestación efectiva de los servicios de salud.

En esta nueva propuesta la afiliación entonces es un acto obligatorio para los colombianos y el estar afiliado generaba el beneficio de acceder a un Plan Obligatorio en Salud (POS) contributivo o subsidiado, en las fases de prevención, diagnóstico y tratamiento; también se propone un plan de atención básica que describe actividades colectivas e individuales.

**Ley 1122 de 2007 (21):** Esta norma fue la primera reforma desarrollada al SGSSS, en ella se ajustan lineamientos en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio, mejoramiento en la prestación de los servicios de salud, fortalecimiento de los programas de salud pública, de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud. En términos de Salud Pública se creó el Plan Nacional de Salud Pública -PNSP-, definido para cada cuatrienio según el respectivo Plan Nacional de Desarrollo, al cual debían ajustarse los planes de desarrollo locales; y contemplar cambios para los estilos de vida saludable; acciones a nivel nacional y por territorios en compañía de las EPS.



**Sentencia T-760 de 2008 (22):** Se desarrolla el concepto del goce efectivo del derecho a la salud, teniendo en cuenta el alto número de acciones de tutela. Se ordena al Ministerio de Salud, a la comisión reguladora de servicios de salud y la Superintendencia Nacional de Salud, entre otras acciones: actualizar, aclarar, adecuar e igualar los planes de beneficios, hacer seguimiento a las negaciones de servicios y regular el trámite para el acceso a servicios no incluidos en el plan de beneficios y su proceso de pago.

**Ley 1438 de 2011 (23):** Realiza una nueva reforma al SGSSS y propone un modelo de atención basado en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud, favoreciendo un trabajo colaborativo entre el Estado, las instituciones y la sociedad para la promoción de un ambiente sano y saludable que favorezcan el mejoramiento de la salud de los habitantes. En respuesta a este se tiene El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 es la ruta trazada para 10 años, por los ciudadanos, ciudadanas, expertos y el gobierno nacional, para converger el desarrollo social, económico y humano de país. Y desde el 2017 rige la política pública de participación social en salud (PPSS), como un esfuerzo del Ministerio de Salud y Protección Social para dar cumplimiento al mandato legal de direccionar y garantizar la participación social en el sector salud.

**Ley 1751 de 2015 (24):** Esta norma, tiene el carácter de estatutaria dado que decreta la salud como un derecho fundamental, por lo tanto, es responsabilidad del Estado garantizarlo, regularlo y establecer mecanismos para su protección. En esta Ley se ordena al MSPS (máxima autoridad sanitaria) a definir una política de salud en mira de lograr la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida.

#### **4.2 Aseguramiento**

**Resolución 1841 de 2013 (25):** Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021. El Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 – 2021, es indicativo y contiene los principios rectores de política y las acciones fundamentales de intervención

del entorno, de los comportamientos, de los servicios de salud y de la participación social; los gobiernos departamentales, distritales y locales deben adaptarlo a su propia problemática y gestionarlo para su ejecución.

Dentro de su ruta de acción, tiene definida la línea de gestión de la salud pública, la cual a su vez incluye dentro de sus acciones la garantía del aseguramiento, que dentro de sus estrategias contempla: suficiencia de la red de servicios con proyección hacia la organización de redes de atención en salud y protección social que posibilite el logro de la cobertura efectiva con enfoque diferencial y etnocultural, desarrollo e implementación de modelos diferenciales de atención y de prestación de servicios, para grupos étnicos y población localizada en zonas dispersas, entre otras.

**Resolución 1536 de 2015 (26):** La presente resolución tiene por objeto establecer disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud a cargo de las entidades territoriales del nivel departamental, distrital y municipal, delegando funciones de obligatorio cumplimiento para las EPS, EAPB y las ARL.

Dentro de dicho plan cada ETS deberá establecer un plan acción conforme a las líneas operativas del PDSP 2011-2021, siendo uno de los componentes la Gestión de riesgo en salud, la cual ha de contemplar acciones relacionadas con la prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, la garantía del aseguramiento y la provisión adecuada de servicios de salud.

**Decreto 780 de 2016 (27):** El presente decreto formula los mecanismos necesarios para garantizar la continuidad del aseguramiento en salud. Inicialmente prohíbe a las EPS la selección de riesgo, es decir, que estas no pueden negar la inscripción a ninguna persona por razones de su edad o por su estado previo, actual o potencial de salud y de utilización de servicios; a su vez regula los periodos de protección de y el mecanismo de protección al cesante cuando un cotizante pierde su capacidad de pago, al igual que se garantiza la continuidad del aseguramiento en salud a aquellas personas durante el trámite de pensión, también promueve la movilidad entre regímenes contributivo y subsidiado.

### 4.3 Salud Pública

**Resolución 1841 de 2013 (25):** Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 como resultado de la directriz manifiesta en el artículo 6° de la Ley 1438 de 2011 que establece un cambio de PNSP (de 4 años), a un Plan Decenal para la Salud Pública. En esta resolución el trabajo intersectorial vuelve a relucir como un factor importante para intervenir los determinantes sociales de la salud, por lo que los actores y sectores (distintos al de la salud) deben ser contemplados y partícipes para el alcance de las metas del plan.

Igualmente, los entes territoriales de acuerdo con sus competencias y necesidades, condiciones y características de su territorio, deberán adaptar y adoptar los contenidos establecidos en este Plan.

**Resolución 518 de 2015 (28):** Mediante la Resolución 518 de 2015 se dictan las disposiciones con relación a la Gestión de la Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC. Por otra parte, establece las intervenciones, procedimientos, actividades e insumos que serán financiados con recursos del Plan de Salud Pública de Intervenciones, disposiciones que serán de obligatorio cumplimiento por todos los integrantes del SGSSS.

La Resolución 518 define al PIC como un plan complementario al Plan Obligatorio de Salud – POS (hoy PBS), que busca impactar positivamente en los determinantes sociales de la salud e incidir en sus resultados, a través de ejecución de intervenciones colectivas o individuales desarrolladas a largo del curso de la vida, en el marco al derecho a la salud y lo definido en el PDSP. Dichas intervenciones colectivas del PIC son gratuitas y dirigidas a la totalidad de la población, sin importar el estado de aseguramiento, no están sujetos a procesos de afiliación, periodos mínimos de cotización, copagos, cuotas moderadas o cuotas de recuperación.

**Resolución 1536 de 2015 (26):** Esta resolución tiene por objeto establecer disposiciones

sobre el proceso de planeación integral para la salud a cargo de las entidades territoriales del nivel departamental, distrital y municipal, así como de las instituciones del gobierno nacional; igualmente, establece las obligaciones de las EPS, las EAPB y las ARL para contribuir con éste propósito.

Dado que la planeación integral en salud requiere reconocer las particulares y necesidades de la región, este obligatoriamente ha de estar justificado según el Análisis de Situación de Salud - ASIS, bajo el modelo de determinantes de la Salud, la priorización de la caracterización de la población afiliada a las EPS, demás EAPB y ARL, priorización en salud pública y el componente estratégico y de inversión plurianual del plan territorial de salud

**Decreto 780 de 2016 (27):** Propone crear y reglamentar el Sistema de Vigilancia en Salud Pública-SIVIGILA, para la provisión en forma sistemática y oportuna, de información sobre la dinámica de los eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población, con el fin de orientar las políticas y la planificación en salud pública; tomar las decisiones para la prevención y control de enfermedades y factores de riesgo en salud; optimizar el seguimiento y evaluación de las intervenciones; racionalizar y optimizar los recursos disponibles y lograr la efectividad de las acciones en esta materia, propendiendo por la protección de la salud individual y colectiva.

**Resolución 3202 de 2016 (29):** Por la cual se adopta el manual metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), se adopta un grupo de RIAS desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y se dictan otras disposiciones en relación con la implementación de las RIAS y las responsabilidades de los diferentes integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

El manual propuesto en la presente resolución tiene por objetivo orientar a los diferentes integrantes del SGSSS y demás entidades responsables de las acciones en salud para que, en el marco de sus competencias y funciones, articulen las intervenciones

individuales y colectivas, a realizar en los ámbitos territoriales y en los diferentes grupos poblacionales. Su alcance está en orientar a las Instituciones responsables de la formación del talento humano en salud, en cuanto a los requerimientos de competencias para los perfiles académicos y laborales requeridos para la implementación de la PAIS, y su Modelo Integral de Atención en Salud- MIAS (hoy MAITE).

#### **4.4. Prestación de servicios de salud**

**Decreto 780 de 2016 (27):** En este decreto, también se propone la estructura del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud- SOGC y en consecuencia las normas de obligatorio cumplimiento por parte de los distintos prestadores de servicios de salud, la forma en la que se debe orientar la mejora en los resultados de la atención en salud y así garantizar la calidad en la prestación. De igual forma, entendiendo las dinámicas de los diferentes grupos poblacionales se direcciona la aplicación de la norma según las particularidades de las IPS Indígenas y su modelo de atención especial.

**Resolución 1441 de 2016 (30):** Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (RIPSS) y se dictan otras disposiciones. La norma define los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las RIPSS, en el marco de la PAIS, determinando su conformación, organización, gestión, seguimiento y evaluación, así como, la adopción de un Manual de Habilitación de estas.

**Resolución 5401 de 2018 (31):** Por medio de la cual se modifica el artículo 16 de la Resolución 1441 de 2016, con relación al plazo para la habilitación de las redes integrales de prestación de servicios de salud.

**Resolución 2626 de 2019 (32):** Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE). Esta entonces, se convirtió en un nuevo norte conceptual para la transformación operativa de la organización y prestación de los servicios de salud en Colombia, todo esto a través de las 8 líneas mencionadas anteriormente (Aseguramiento, Salud Pública, Prestación de

servicios, Talento Humano en Salud, Financiamiento, Enfoque diferencial, Articulación intersectorial, Gobernanza). Asimismo, designa a las entidades territoriales, a las EAPB, a las IPS pública, privada o mixta, como las encargadas de las acciones en salud relacionadas con la promoción, mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación y muerte digna.

**Resolución 3100 de 2019 (33):** Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud. Al igual que define las condiciones de obligatorio cumplimiento para la entrada y permanencia en el sistema tales como: condiciones de capacidad técnico-administrativa, de suficiencia patrimonial y financiera y capacidad tecnológica y científica.

**Resolución 3512 de 2019 (34):** Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Aquí se definen las tecnologías en salud a las que tienen derecho los afiliados al SGSSS y la forma como se agruparía los servicios de salud según ciclos vitales.

**Ley 1955 de 2019 (35):** Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022, “Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad”. Este propone como visión a largo plazo del sistema de salud, una atención centrada en el paciente, una cobertura universal sostenible financieramente y acciones de salud pública consistentes con el cambio social, demográfico y epidemiológico que enfrenta el país.

**Ley 2015 de 2020 (36):** Por medio de la cual se crea la historia clínica interoperable y se dictan otras disposiciones para la Interoperabilidad de la Historia Clínica Electrónica – IHCE. Con esto se pretende poder intercambiar elementos de datos clínicos relevantes, así como los documentos y expedientes clínicos del curso de vida de cada persona. Dado su importancia el MSPS definirá los criterios para exigir la IHCE como criterio de habilitación para prestadores de servicios de salud; avance que se considera pertinente más comando se propone un trabajo basado en Redes integradas, lo que facilitará un acceso a la información de manera oportuna y definición de criterios médicos basados

en información.

#### **4.5. Enfoque diferencial**

**Ley 1251 de 2008** (37): Por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción, y defensa de los derechos de los adultos mayores. Busca que los adultos mayores sean partícipes en el desarrollo de la sociedad, teniendo en cuenta sus experiencias de vida, mediante la promoción, respeto, restablecimiento, asistencia y ejercicio de sus derechos. Así que, en términos de salud promueve la creación de entornos saludables, el acceso a la habilitación/rehabilitación, el fomento de hábitos saludables y la actividad física.

**Ley 1257 de 2008** (38): Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres; la norma reglamenta que las EPS e IPS deben crear medios para la atención de víctimas de violencia, al igual que informar de manera clara, completa, veraz y oportuna los derechos en relación con la salud sexual y reproductiva; también elaborar o actualizar protocolos y guías de actuación ante casos de violencia contra las mujeres, y delega a las EPS y ARS como las garantes de la prestación de servicios de asistencia médica, psicológica y psiquiátrica a las mujeres víctimas de violencia, a sus hijos e hijas.

**Resolución 1904 de 2017** (39): Por medio de la cual se adopta el reglamento en cumplimiento de lo ordenado en la orden décima primera de la sentencia T-573 de 2016 de la Corte Constitucional y se dictan otras disposiciones. Esta resolución brinda especial atención a la protección de los derechos sexuales y derechos reproductivos- DSR de las personas con discapacidad, busca garantizar que las personas con dicha condición, sobre la base de un enfoque diferencial, accedan a información adecuada y suficiente frente a sus derechos, al igual que señala las obligaciones de los integrantes del SGSSS para responder por ello.

#### **4.6. Intersectorialidad**

**Ley 850 de 2003 (40):** Esta normatividad es referente dado que el trabajo intersectorial pretende integrar instituciones del sector salud, sectores públicos y privados, y las organizaciones sociales comunitarias. Para el caso, la Ley 850 crea las veedurías ciudadanas quienes tienen la función de ejercer vigilancia sobre la gestión pública, respecto a las autoridades, administrativas, políticas, judiciales, electorales, legislativas y órganos de control, así como de las entidades públicas o privadas, organizaciones no gubernamentales de carácter nacional o internacional que operen en el país, encargadas de la ejecución de un programa, proyecto, contrato o de la prestación de un servicio público, que para el contexto sería el servicio público de la salud.

**Acuerdos 25 de 1996 y 57 de 1997 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (41,42):** Crean los Consejos Territoriales de Salud a quienes se les ha delegado la función de asesorar a las direcciones de salud, formular las recomendaciones pertinentes que conduzcan al fortalecimiento de las rentas propias como fuente de financiación del sector salud a nivel territorial, velar por el cumplimiento de las medidas necesarias para evitar la selección adversa de las poblaciones más pobres y vulnerables, velar por la afiliación al SGSS en el Régimen Contributivo y Régimen Subsidiado, entre otras

**Decreto 780 de 2016 (27):** El presente decreto también regula los procesos de participación en salud, y la define como la posibilidad que tienen las personas naturales y jurídicas de participar a nivel ciudadano, comunitario, social e institucional, con el fin de ejercer sus derechos y deberes en salud, gestionar planes y programas, planificar, evaluar y dirigir su propio desarrollo en salud.

Bajo este contexto, se reglamenta la conformación y funciones de los Comités de participación comunitaria, quienes se encargan de intervenir en las actividades de planeación, asignación de recursos y vigilancia y control del gasto en todo lo atinente al SGSSS en su territorio, adicionalmente son facultados para participar en el proceso de diagnóstico, programación control y evaluación de los servicios de salud, presentar planes, programas y prioridades en salud, entre otras.



Conscientes de la diversidad cultural, también se decreta que las entidades territoriales podrán conformar Comités de Participación Indígena (COPAI) para garantizar la participación real y efectiva de las comunidades indígenas en los procesos en salud del departamento.

#### **4.7. Gobernanza**

**Resolución 2063 de 2017** (43): Por la cual se adopta la política de participación social en salud. En esta se reconoce y se eleva la participación ciudadana como un derecho fundamental vinculado al derecho a la salud, es universal y sin discriminación, ha de basarse en la igualdad y en la equidad, y el Estado debe garantizarla de manera individual y colectiva.

**Ley 1712 de 2014** (44): Por medio de la cual se crea la ley de transparencia y del derecho de acceso a la información pública nacional y se dictan otras disposiciones. La norma tiene por objeto regular el derecho de acceso a la información pública, los procedimientos para el ejercicio y garantía del derecho y las excepciones a la publicidad de información.

#### **4.8. Talento humano en salud**

**Ley 1164 de 2007** (45): Esta norma se creó para establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de planeación, formación, vigilancia y control del ejercicio, desempeño y ética del Talento Humano del área de la salud mediante la articulación de los diferentes actores que intervienen en estos procesos. La Ley también creó el Consejo Nacional del Talento Humano en Salud, que funciona como organismo asesor del Gobierno Nacional, de carácter y consulta permanente, para la definición de políticas, encaminadas al desarrollo del Talento Humano en Salud. Con respecto a la política del Talento Humano en Salud año 2018 busca promover y articular acciones intersectoriales en torno a la garantía del derecho fundamental a la salud y el acceso universal a los servicios bajo condiciones de equidad, calidad y sostenibilidad; el mejoramiento de las condiciones para la formación, desempeño, gestión y desarrollo del recurso humano en salud, el desarrollo

de la Política y el Modelo Integral de Atención en Salud; y el desarrollo de los compromisos internacionales que en materia de talento humano en salud ha adquirido el país con organismos como el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud OMS/OPS, la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos OCDE, la Organización Internacional del Trabajo OIT, la Comunidad Andina y la Unión de Naciones Suramericanas - UNASUR.

**Documento CONPES 3674 de 2010 (46):** Lineamientos de política para el fortalecimiento del sistema de formación de capital humano (SFCH). En el documento de referencia se proponen estrategias que le permitan al gobierno generar una mayor movilidad entre los diferentes niveles y modalidades educativas, mayor pertinencia de la formación y la articulación del SFCH con el sector productivo, fortalecimiento de los procesos de aseguramiento de la calidad de oferta de formación, y la determinación de las bases para una política de aprendizaje permanente en la población.

**Ley 1438 de 2011 (23):** Orienta al MSPS a crear una política de Talento Humano en Salud según recomendaciones del Consejo Nacional de Talento Humano en Salud, de tal forma que se oriente la formación, ejercicio y gestión de las profesiones y ocupaciones del área de la salud, en concordancia con las necesidades de la población colombiana, las características y objetivos del SGSSS.

**Ley Estatutaria 1751 de 2015 (24):** En su artículo 18 expresa que los trabajadores, y en general el talento humano en salud, estarán amparados por condiciones laborales justas y dignas, con estabilidad y facilidades para incrementar sus conocimientos, de acuerdo con las necesidades institucionales.

**Decreto 780 de 2016 (27):** Se ajusta las especificaciones en torno al Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud ReTHUS., con dicho registro se entiende que el personal se encuentra autorizado para el ejercicio de una profesión u ocupación del área de la salud. Adicionalmente, este permite hacer seguimiento sobre las sanciones del talento humano en salud que, según el caso, reportan los Tribunales ético-disciplinarios del área de la salud, autoridades competentes o los particulares que se les deleguen las

funciones públicas.

#### **4.9. Financiamiento**

**Ley 100 de 1993** (20): Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. De igual forma se define las fuentes de financiación del SGSSS siendo idealmente en un principio los recursos de la cotización de la población afiliada al régimen contributivo.

**Ley 1797 de 2016** (47): Tiene por objeto fijar medidas de carácter financiero y operativo para avanzar en el proceso de saneamiento de deudas del sector salud y en el mejoramiento del flujo de recursos y la calidad de la prestación de servicios dentro del SGSSS. La norma también establece la distribución de los recursos del Sistema General de Participaciones (SGP), designando que de los recursos del SGP para salud se destinará el 10% a fin de cofinanciar las acciones en salud pública; hasta el 80% para el componente de régimen subsidiado y el porcentaje restante para la prestación de servicios de salud en lo no cubierto con subsidios a la demanda y financiación del subsidio a la oferta.

**Resolución 3512 de 2019** (34): Por la cual se actualizan los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Dichos recursos permitirán la garantía de la prestación de los servicios de salud por parte de las entidades administradoras de planes de beneficio del régimen contributivo y del régimen subsidiado.

## 5. Marco teórico

Según la Organización Mundial de la Salud - OMS, un sistema de salud es la sumade todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud de un grupo determinado de personas, que de acuerdo a su condición geográfica, social y cultural necesitan una adecuada prestación de servicios de salud; además, del cumplimiento de unos factores para que la percepción de esa prestación satisfaga las necesidades de los usuarios (48).

Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidadesde la población, que sean justos y sostenibles desde el punto de vista financiero; teniendo en cuenta los atributos esenciales de la calidad que permitan una coordinación adecuada para evitar la fragmentación de los servicios de salud y poder garantizar el acceso en todos los niveles de atención (48).

La Organización Panamericana de la Salud-OPS como ente rector del sector de las Américas y la Organización Mundial de la Salud-OMS y que a su vez es miembro del sistema de Naciones Unidas – ONU con el propósito de contribuir al desarrollo adecuado y oportuno de los sistemas de salud en las Américas, ha construido guías y documentos sobre la Articulación Integrada de Servicios de Salud, para contribuir al desarrollo de sistemas de salud basados en la Atención Primara en Salud-APS, y por ende, a modelos de atención en salud que sean eficientes, de mejor calidad técnica, y que satisfagan mejor las expectativas de los ciudadanos (49).

La entidad propone entonces una estrategia de APS sobre todo el conjunto del Sistema de Salud incluyendo los diferentes sectores, públicos, privados con y sin fines de lucro, lo que es aplicable a todos los países. Sin embargo, cada país debe desarrollar su propia estrategia de acuerdo a sus recursos, políticas, capacidad administrativa, plan de desarrollo (50). Un sistema basado en la APS implica un enfoque amplio, establece prioridades nacionales y evalúa si los cambios sociales responden o no a las necesidades

y expectativas de la población; principios que otorgan los cimientos para las políticas de salud, la legislación, los criterios evaluativos, la generación y asignación de los recursos y para la operación del sistema de salud (50).

La búsqueda de modelos de atención para lograr un uso eficiente de los servicios de salud y la obligación de garantizar accesos a todos los niveles de atención de una manera más equitativa e integral, no es nueva para los países de las Américas, ya que en el año 1978, la declaración del Alma-Ata en su artículo VII sostenía que: APS debe mantenerse mediante un sistema integrado, funcional y de sistemas de referencia, conduciendo al mejoramiento progresivo y comprensivo de la atención sanitaria integral para todos, asignando prioridad a los más necesitados (51).

Por eso países como Cuba en su investigación sobre la integración de la red de salud del nivel primario de atención en el Municipio Boyeros, han implementado modelos de atención que permitan organizar su sistema de salud de acuerdo a las necesidades de salud de sus habitantes, con el fin de reducir la fragmentación de los servicios de salud y así avanzar a la entrega de resultados integrales que permitan organizar una red que garantice el acceso adecuado y oportuno a la APS (52).

Por otra parte, los modelos de atención en salud configuran una herramienta que permite resolver los problemas de salud de la población en cualquiera de las etapas del curso de vida en el que se encuentre el ser humano. Son relevantes al momento de determinar una estrategia de país para enfocar los esfuerzos que permitan obtener resultados costo-efectivos. Los modelos de atención en salud son una interacción entre lo que se ofrece y lo que demanda una población, por consiguiente, este debe ir en relación a las necesidades y expectativas de las personas, estas deben condicionar el desarrollo de las respuestas y no al contrario, es decir, que las instituciones modelan la forma de prestar los servicios de salud (28), todo lo anterior, con el fin de promover una garantía del derecho a la salud.

Esta necesidad de garantizar el derecho a la salud radica a su vez sobre la importancia

que tiene para el ejercicio de los demás derechos humanos. Por lo que los países deben garantizar el disfrute del más alto nivel posible de salud en sus habitantes, de tal forma que le permita vivir dignamente. Para ello entonces, también se requiere que en las regiones se formulen procedimientos, programas y políticas en materia de salud efectivas (53).

Numerosos instrumentos de derecho internacional reconocen el derecho del ser humano a la salud. Para la muestra, en la Declaración Universal de Derechos Humanos se afirma que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales refiere que “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”.

También se concluye que el derecho a la salud en todas sus formas y a todos los niveles abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados, cuya aplicación dependerá de las condiciones prevalecientes en un determinado Estado: accesibilidad física-económica-, no discriminación, acceso a la información, aceptabilidad (53).

Experiencias de países en las Américas han demostrado que un enfoque integral para el cuidado de la salud, que garantice la participación comunitaria, es una estrategia viable y eficaz (54). El Ministerio de Salud y Protección Social, ha asumido el reto de diseñar un modelo que permita mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud para los afiliados, basado en el enfoque de salud familiar, comunitaria y en la gestión integral del riesgo. Conforme a dicha tendencia y efectividad se ha promovido el MIAS, que mediante la resolución 2626 de 2019 se transformó en el Modelo de Acción Territorial, MAITE.

Representa un modelo innovador que se centra en el individuo, la familia y la comunidad y responde a las necesidades en salud de sus afiliados; desde su creación asumió el compromiso de ser un modelo de atención integral que involucre la participación comunitaria como eje principal y la ejecución de herramientas de APS (32), por lo que, el

trabajo responsable y de alta calidad, la capacitación continua y los esfuerzos cotidianos por alcanzar y mantener las mejores prácticas, lograrían articular los niveles de baja complejidad con los de alta complejidad, de forma oportuna, integral y continua, vinculando las actividades colectivas con las individuales, con el fin de obtener resultados en salud óptimos.

Se observa que el MIAS estaba constituido por 10 componentes, mientras que el MAITE se redujo a un total de 8 líneas que buscaron complementar la implementación de la PAIS con acciones enfocadas específicamente a los territorios y sus necesidades. La modificación sufrida por el MIAS, buscó optimizar el marco operacional de la PAIS, en miras de proveer mejores resultados a partir de una atención enfocada en las personas, las familias en el territorio; y que, además, abre las puertas a los acuerdos interinstitucionales como palancas de progreso y desempeño, y a la integración comunitaria como parte de una gobernanza con un horizonte con prioridades unificadas (55). Ver tabla 1.

Es importante destacar que el MAITE es, fundamentalmente, un marco operacional de la PAIS; en este sentido, se considera pertinente profundizar en su esencia.

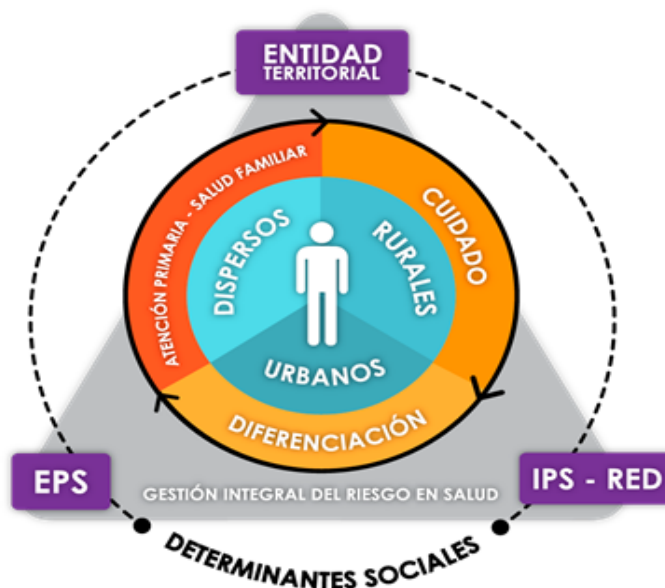
La PAIS orienta el Sistema hacia una mejora en las condiciones de la salud de la población; para ello, propone un marco estratégico con enfoque diferencial, donde la atención primaria de la salud y el cuidado de la salud son protagonistas. El PAIS también define como actores determinantes en su implementación las EPS, las IPS-RED y las entidades territoriales, todo este esquema operando bajo una gestión integral de riesgos en salud (56). Ver figura 1.

**Tabla 1. Componentes MIAS vs líneas de acción MAITE.**

<b>MIAS</b> <b>Componentes</b>	<b>MAITE</b> <b>Líneas de acción</b>
Caracterización poblacional Rutas integrales de atención en salud Gestión integral del riesgo en salud Delimitación del modelo MIAS Redes integrales de prestadores de servicios de salud Redefinición del rol del asegurador Redefinición esquema de incentivos Requerimientos de los sistemas de información Fortalecimiento del talento humano Fortalecimiento de la investigación, innovación y apropiación	Aseguramiento Salud pública Gobernanza Prestación de servicios Intersectorialidad Financiamiento Talento humano Enfoque diferencial

Fuente: Elaboración propia

**Figura 1. Esquema de la PAIS**



Fuente: MSPS. 2015

En miras de que el marco de operación de la PAIS se desarrollara de manera más eficiente, el MAITE definió como principales objetivos (56):

1. Garantizar la articulación de los actores del sistema, dado que, como se observa en la PAIS, la interrelación de los determinantes sociales se convierte en el marco

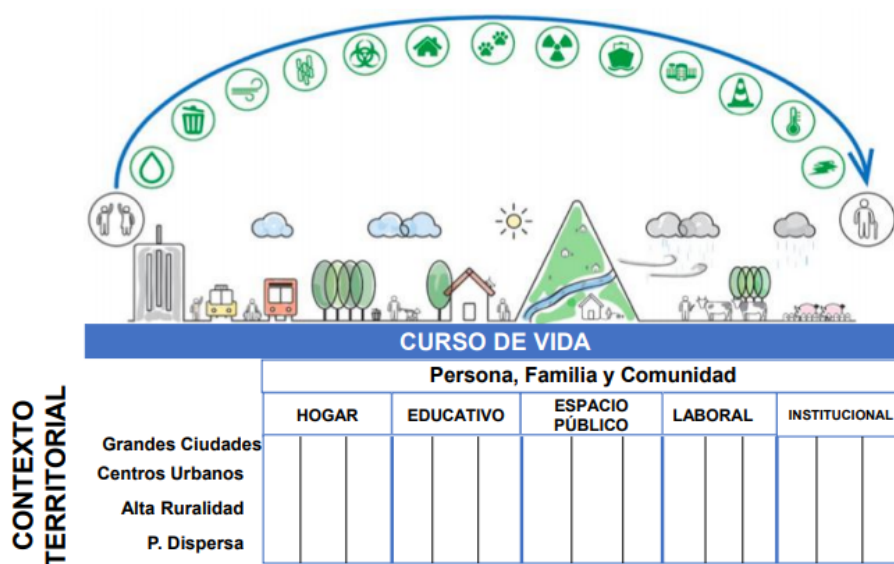


- de acción que permite la implementación de la política.
- 2. Fortalecer la autoridad sanitaria en los territorios.
- 3. Lograr el disfrute pleno del derecho a la salud.
- 4. Favorecer las condiciones de salud de las poblaciones.
- 5. Desarrollar acciones orientadas a la satisfacción de los usuarios.
- 6. Lograr la sostenibilidad financiera del sistema.

El modelo de atención integral tiene su fundamento en preservar los derechos de la población afiliada y no afiliada, principalmente el derecho a la salud. Comienza con un diagnóstico de las condiciones de morbilidad y mortalidad y con base en dicho diagnóstico, hace una propuesta orientada al mejoramiento de la situación de salud de la población. Este modelo estructurado en la caracterización de la población plantea acciones diferenciales que permitirán llevar a cabo un plan de acción dirigido a implementar los componentes de la nueva propuesta, basado en el MAITE y sus ocho líneas de acción (32).

Se considera importante presentar también la concepción del enfoque territorial desde la perspectiva del MAITE, en tanto que es uno de sus aspectos más representativos.

**Figura 2. Enfoque de territorio de MAITE.**



Fuente: Resolución 2626 de 2019

Cuando se habla de la aplicación del MAITE con enfoque de territorio, se reconoce la importancia de que la PAIS intervenga por entornos, y de que tenga una penetración no solo con relación a las diferentes poblaciones que abarcan las grandes ciudades, los centros urbanos, la alta ruralidad, y las poblaciones dispersas; sino que también se espera llegar con el modelo a los diferentes contextos que integran el curso de la vida, como lo son el hogar, el espacio educativo, el espacio laboral y el espacio institucional, vinculando así los ámbitos personales, familiares y de comunidad (56), en la implementación del modelo se observa las intervenciones colectivas por cada una de los procedimientos realizados acordes con la resolución 3280. Ver apartado intervenciones colectivas pg. 141.

## **6. Marco conceptual**

### **Atención integral en salud**

El Ministerio de Salud y Protección Social, ha definido la Atención Integral en Salud como 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 (57). Una Atención Integral en Salud busca, fundamentalmente, proveer de manera continua, servicios de salud de alta calidad.

### **Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS**

Es el modelo operacional que adopta las herramientas para garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la población, bajo condiciones de equidad. Comprende el conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que direccionan de manera coordinada las acciones de cada uno de los agentes del sistema, en una visión centrada en las personas (32).

### **Política de atención integral**

“Es el conjunto de enfoques, estrategias, procesos, instrumentos, acciones y recursos que centra el sistema de salud en el ciudadano, permite atender a la naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud y orienta los objetivos del sistema de salud para generar mejores condiciones de salud de la población, ordenando la intervención de los integrantes del sistema de salud y de otros actores responsables de garantizar la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación, la paliación y la muerte digna, en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad resolutoria” (32).

### **Estrategia de atención primaria en salud:**

“Es la que permite la coordinación intersectorial, para brindar una atención integrable integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud. La prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación de la persona en todos los niveles de complejidad y en las acciones individuales y colectivas, 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” (58).

### **Estrategia de gestión integral del riesgo en salud**

Se fundamenta en la articulación e interacción de los agentes del sistema de salud y otros sectores, para identificar, medir e intervenir, desde la prevención hasta la paliación, y así llevar a cabo el seguimiento, monitoreo y evaluación de los riesgos para la salud de las personas, familias y comunidades, orientada al logro de resultados en salud y al bienestar de la población (59).

### **Enfoque de cuidado de la salud**

Capacidades, decisiones y acciones que el individuo, la comunidad y el estado adoptan para proteger la salud propia, de las familias, de la comunidad y del territorio. Tiene que ver con responsabilidades que asume la persona consigo misma y con la comunidad (32).

### **Enfoque diferencial de derechos**

Reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, etnia, condición de discapacidad o de víctimas de la violencia, entre otras situaciones, que las ubican en una posición de desventaja y mayor vulnerabilidad para el ejercicio del derecho a la salud, por lo cual es preciso generar garantías especiales y esfuerzos encaminados a la eliminación de las mismas (32).

## **Modelo de Acción Integral Territorial**

Conformado por el conjunto de acciones y herramientas que, a través de acuerdos interinstitucionales y comunitarios, orienta de forma articulada la gestión de los integrantes del sistema de salud en el territorio, para responder a sus prioridades en la población y contribuir así al mejoramiento de la salud, a la satisfacción de las expectativas de los ciudadanos y a la sostenibilidad del sistema, bajo el liderazgo del departamento o distrito (32).

Las líneas de acción previstas en el Modelo de Acción Integral Territorial, son (32):

- **Aseguramiento:** Comprende las acciones orientadas a garantizar en los territorios el acceso de las personas a los servicios contemplados en el sistema de salud, mediante la acción coordinada de los diferentes agentes en el marco de sus competencias legales.
- **Salud pública:** Busca que todos los actores territoriales orienten sus acciones al mejoramiento de las condiciones de salud de la población, bajo el liderazgo y conducción de la entidad territorial, con el propósito de que las respuestas sectoriales, intersectoriales y comunitarias se desarrollen de manera articulada e integral, encaminadas al logro de resultados esperados en la salud de las personas, familias y comunidades, que contribuya a la garantía del derecho a la salud.
- **Prestación de servicios:** Comprende las acciones para garantizar el acceso a los servicios de salud que se prestan en el territorio, optimizando el uso de los recursos y la calidad de los mismos, a través del mejoramiento de la capacidad resolutive, la implementación de mecanismos que permitan verificar la suficiencia de la oferta de servicios y la organización de redes de prestadores de servicios de salud, para favorecer el cumplimiento de las prioridades y expectativas en salud de las personas, familias y comunidades de sus territorios.
- **Talento humano:** Comprende los aspectos relacionados con la suficiencia, disponibilidad, calidad, eficiencia y dignificación del talento humano que apoya los

procesos de atención integral en salud, como parte protagonista de la implementación efectiva de las acciones de cuidado.

- **Financiamiento:** Comprende la planeación, presupuesto, ejecución y seguimiento de los recursos financieros que garanticen una gestión eficiente, eficaz y sostenible del sistema de salud, para el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.
- **Enfoque diferencial:** Reconoce las particularidades poblacionales y las condiciones sociales y territoriales que ubican a las personas en una situación de desventaja y mayor vulnerabilidad para el ejercicio del derecho a la salud. En consecuencia, los agentes del sistema de salud deben adelantar acciones para eliminar barreras de acceso a los servicios de salud y todas las formas de exclusión y discriminación, contribuyendo a la reducción de las inequidades en salud.
- **Intersectorialidad:** Comprende la articulación de acciones, bienes, recursos y servicios, por medio de un trabajo coordinado y sistemático entre el sector salud, los sectores tanto públicos como privados, y las organizaciones sociales o comunitarias, alrededor de la atención integral en salud de las personas, familias y comunidades, a partir de sus prioridades y expectativas; entendiendo que la salud, dada su condición de producto social, conlleva para su abordaje un accionar que sobrepasa los alcances del sector salud.
- **Gobernanza:** Comprende las acciones para la gestión de la salud como un asunto público que se fundamenta en la participación de la sociedad civil y se fortalece con el desempeño de la función de rectoría por parte de la autoridad sanitaria. Implica que los gobernantes e instituciones (públicas y privadas), así como la comunidad, funcionen activamente como un conjunto, para resolver los problemas priorizados y contribuir al goce efectivo del derecho a la salud.

## 7. Marco contextual

El Municipio de Guadalupe fue fundado en el año 1757, se encuentra ubicado en la zona norte del departamento de Antioquia, a una distancia de referencia con la ciudad de Medellín de 117 kilómetros. Limita por el norte con el municipio de Campamento, por el oriente con el municipio de Amalfi, por el suroeste con el municipio de Gómez Plata, por el sur y suroccidente con el municipio de Carolina del Príncipe y por el occidente con el municipio de Angostura.

La división política administrativa del municipio de Guadalupe cuenta con una cabecera urbana, ubicada a 06° 49' 03" latitud norte y a 75° 14' 39" latitud oeste del meridiano de Greenwich, conformada por 24 veredas. La extensión total del Municipio de Guadalupe es de 87 Km<sup>2</sup> y la extensión de distribución de localización geográfica (urbano - rural) se reflejan los datos descritos en la siguiente tabla:

**Tabla 2. Extensión territorial y área de residencia, Guadalupe 2019**

Municipio	Extensión urbana		Extensión rural		Extensión total	
	Extensión	Porcentaje	Extensión	Porcentaje	Extensión	Porcentaje
Guadalupe	0.4 Km <sup>2</sup>	0.5%	86.6 Km <sup>2</sup>	99.5%	87 Km <sup>2</sup>	100%

### 7.1. Población total

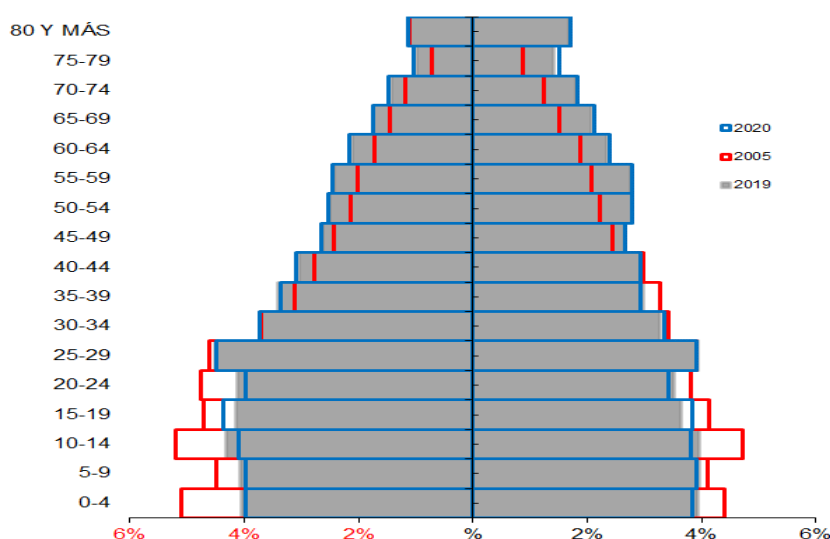
La población total del municipio de Guadalupe según el DANE para el periodo 2019 es de 6324 habitantes. El 50,28% de la población son hombres y el 49,72% mujeres. Con respecto al año 2005 la población presenta un aumento del 1,38% y se espera que en el 2020 con respecto al 2019 el incremento sea del 0,19%; se precisa además que en el periodo comprendido entre 2005 a 2020 el incremento fue del 1,56%; este aumento es dado por diferentes factores como la mortalidad, la baja natalidad, la movilidad, entre otros. Con respecto a la movilidad, según el DANE (2005), existen varios factores que influyen para que se dé este fenómeno en la población guadalupana, entre los que se destacan la búsqueda de una mejor calidad de vida con facilidades de empleo y educación superior, los tiempos de

las cosechas, la situación económica y el conflicto armado.

## 7.2. Estructura demográfica

La pirámide poblacional del municipio de Guadalupe es regresiva en los años 2005, 2019, y proyectada de igual manera hasta el 2020, con una tendencia a convertirse en estacionaria moderna. La forma de clasificación de la pirámide poblacional contemplada para este trabajo ilustra la baja natalidad y el comportamiento casi estable de ésta que en realidad va en un lento descenso.

**Figura 3. Pirámide poblacional del municipio de Guadalupe**



Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

Aunque las pirámides poblacionales regresivas también ilustran o indican una población envejecida, en este caso también se encuentra que para el año 2005 la estructura de la población guadalupana estaba demarcada o concentrada por una población joven adolescente, pero se observa que a través de los años y teniendo en cuenta la baja natalidad, la población joven tiende a envejecer o a emigrar del municipio, contribuyendo o ampliando el peso de los rangos de edad de la población envejecida y descendiendo el porcentaje de jóvenes, ocasionando que la pirámide poblacional empiece a estrecharse cada vez más en su base y ensanchándose en los rangos de edad más cercanos a la cúspide.



La población de la primera infancia reviste una reducción importante en el año 2019 comparado con el 2005, lo que representa una baja natalidad en el municipio como se indicó anteriormente, y se espera para el año 2020 dicha reducción aumente; se precisa además que tal comportamiento está más enmarcado en los hombres que en las mujeres y dado el grupo de edad la causa correspondería a procesos genéticos. Por su parte, la población de 0 A 24 años registra igualmente una importante reducción poblacional en el periodo comprendido de 2005 a 2020. Dado que en el resto de las edades se evidencia aumento de la población, y la población es tendiente a envejecer es importante con el paso del tiempo determinar acciones que permita un equilibrio entre la población económicamente activa y la población adulta mayor y menor de 15 años.

### **7.3. Población por grupo de edad**

Una vez realizada la descripción de la estructura demográfica de la población del municipio de Guadalupe, se analizarán los cambios que ha presentado dicha estructura a través del tiempo en cada uno de momentos del curso de vida, esto es, desde el año 2005 hasta el año en curso 2019 y la proyección hasta el año 2020, se analizarán también los cambios de los grupos etarios y su peso relativo.

La población de la primera infancia para el año 2019 representa el 9,6% del total de la población del municipio, registrando una reducción de 12,75% en dicho año frente al año 2005 y se espera en el 2020 se mantenga dicha reducción. La población adolescente registra una reducción en el año 2019 frente al 2005 de un 15%, siendo el grupo poblacional que registra la mayor disminución población en el año 2019 en el municipio. Dicha reducción podría estar asociada a procesos de migración de esta población. Los adultos mayores de 60 años revisten el mayor aumento para el año 2019 de aproximadamente un 25%, esto revela la importancia de acciones que permitan a esta población mantener una calidad de vida, generar procesos ocupacionales a través del fortalecimiento de los programas gerontológicos y el empoderamiento de la familia para procesos de acompañamiento y evitar así el abandono de este grupo poblacional.

#### 7.4. Población por área de residencia urbano/rural

Para el año 2019 la población total del municipio de Guadalupe era de 6324 habitantes, donde el 34,04% de la población era residente en la zona urbana y el 65,96% en la zona rural, concentrándose mayor población en las veredas Guadalupe IV y El Machete, que representaban aproximadamente un 18% del total de la población del municipio.

**Tabla 3. Proporción de la población por ciclo vital, Guadalupe 2005, 2019 y 2020.**

Ciclo vital	2005		2019		2020	
	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa
Primera infancia (0 a 5 años)	698	11,2	606	9,6	698	10,5
Infancia (6 a 11 años)	675	10,8	617	9,8	675	10,2
Adolescencia (12 a 18)	820	13,2	708	11,2	820	12,3
Juventud (19 a 26)	859	13,8	793	12,5	859	12,9
Adulthood (27 a 59)	2346	37,7	2543	40,2	2540	38,2
Persona mayor (60 y más)	833	13,4	1057	16,7	1057	15,9
<b>TOTAL</b>	<b>6231</b>	<b>100</b>	<b>6324</b>	<b>100</b>	<b>6649</b>	<b>100</b>

Fuente: DANE, SISPRO, MSPS

#### 7.5. Aseguramiento de la población de Guadalupe

En la actualidad el número de población registrada esta con corte a diciembre de 2020 con una población de 6467 personas, pero entre personas que se encuentran en SISBEN IV y personas que se encontraban en SISBEN III aún no se tiene a ciencia cierta.

La población asegurada del Municipio tanto en régimen subsidiado como contributivo, según Base de Datos-BD publicada por el ADRES es de 5.303 usuarios; respecto a la población pobre no asegurada se cuenta con aproximadamente 42 personas, a las cuales se les está realizando búsqueda activa institucional para lograr su afiliación, respecto a la BD del SISBEN el DNP (Departamento de Planeación Nacional) no ha vuelto a remitir BD certificada ya que el 10 de marzo inició la implementación del SISBEN IV en el país.

**Tabla 4. Aseguramiento por entidad responsable de pago**

<b>Aseguramiento por entidad responsable de pago Régimen Subsidiado</b>		
<b>Entidad responsable de pago</b>	<b>Número de afiliado</b>	<b>Porcentaje</b>
Savia Salud	3665	92,52%
Nueva EPS	296	7,47%
<b>Total</b>	<b>3961</b>	<b>100%</b>
<b>Aseguramiento por entidad responsable de pago Régimen Contributivo</b>		
<b>Entidad responsable de pago</b>	<b>Número de afiliado</b>	<b>Porcentaje</b>
Nueva EPS	1013	75,48%
Savia Salud	227	16,91%
EPM	18	1,3%
EPS y Medicina prepagada Suramericana S.A	13	0,96%
EPS Sanitas	1	0,074%
Magisterio	70	5,21%
<b>Total</b>	<b>1342</b>	<b>100%</b>

Fuente: Estadísticas de la ESE

#### **7.6. E.S.E Hospital Nuestra Señora de Guadalupe – Antioquia**

El 12 de junio de 1994 mediante el acuerdo 073 del honorable consejo del municipio de Guadalupe se crea la ESE Nuestra Señora de Guadalupe, institución prestadora de servicios de salud de primer nivel de complejidad, encargada de la prestación de servicios de consulta externa, promoción de la salud y prevención de la enfermedad y urgencias. Cuenta con dotación y recursos técnico-científicos suficientes para prestar un buen servicio a través de un equipo humano idóneo presto a satisfacer la demanda asistencial bajo el lema: “Por qué su salud es lo primero y más importante” encaminado a prestar integralmente los servicios de salud, promoción de salud y prevención de la enfermedad, tendientes a mejorar la calidad de vida de la comunidad, con base en su capacidad resolutive, garantizando la calidad, eficiencia y efectividad. El Entorno Económico de la población del municipio tiene impacto en la operación de la ESE. No se nota crecimiento económico de la población que pueda conllevar a incremento del régimen contributivo y la venta de servicios a particulares.

La clasificación del municipio tiene impacto en la operación de la ESE. Al municipio le llegan pocos recursos y por lo tanto los recursos de salud para el PIC son escasos.

Además, existen impuestos y tasas de orden nacional, departamental y municipal que afectan la operación de la ESE como las estampillas que son un sobre costo en la contratación pública y el hospital no recibe proporcionalmente; de continuar así, se incrementan los costos hospitalarios.

Por su parte, la inflación puede llevar a incremento en el costo de producción de los servicios debido a que el precio de insumos críticos se incrementa lo cual conllevaría a reducción de la participación en el mercado de servicios de salud por ausencia de recursos críticos y disminución de ingresos. El riesgo económico que implica la recesión por efecto de la pandemia tendrá efectos en el ingreso de la ESE. De continuar así, se disminuyen los ingresos hospitalarios por rentabilidad, limitaciones en inversiones, problemas en pagos a proveedores, entre otros.

La fluctuación de precios del mercado afecta la contratación en la medida que fija el valor del incremento de UPC. Los clientes actuales de la ESE no favorecen las finanzas del hospital, las formas de pago desfavorecen al prestador por las diferencias entre reconocido y recaudado, los mecanismos de pago no han sido controlados y en ocasiones depende la liquidez de cada EPS. Mientras que las ARL niegan pago y existe la tendencia de las EPS a no pagar en los 30 días posteriores al reconocimiento, dilatan los pagos, demorando los reconocimientos. De aumentar la iliquidez en las EPS se puede presentar dificultades para el funcionamiento, reducción de la prestación de servicios, pérdida de contratación, riesgo fiscal y financiero.

En cuanto a realizar alianzas con otros proveedores de servicios de salud para mejorar la capacidad operativa o la imagen de la ESE en la actualidad no se han desarrollado tales tipos de alianzas. Se ha pensado en acuerdos para algunos servicios como consulta especializada y ayudas diagnósticas que podrían servir para el incremento de los ingresos por mayor venta de servicios de salud; mayor capacidad resolutoria de la ESE; mejorar la eficiencia en la prestación propia y mejorar los estados financieros y la imagen institucional.

Existen suficientes proveedores de servicios e insumos críticos para cubrir las

necesidades de la ESE. Se puede considerar como un cliente atractivo para proveedores de bienes y servicios y puede escoger con criterios de costos, plazos de entrega, formas de pago, etc. De continuar así, el riesgo a desabastecimiento es mínimo y la oportunidad de conseguir bienes y servicios a mejores precios es alta. Por otro lado, es importante analizar las condiciones de tecnología que pueden influir en la presencia – ausencia de enfermedad en la población. Avances tecnológicos que cambien estilos de vida como el acceso a internet, redes sociales que favorecen la comunicación, la información y educación en salud, la aparición de teletrabajo; así como cambios en la prestación de servicios de salud como puede ser la telemedicina, la automatización de procesos, el monitoreo remoto, entre otros.

Lo anterior en virtud, de que hay un incremento en el uso de TICs en la atención en salud; los equipos biomédicos están cambiando permanentemente conllevando a la obsolescencia de muchos equipos en el corto plazo como el caso de laboratorio clínico, imagenología, sistemas de información. El internet de las cosas y tecnología 4G van a cambiar las formas como se aborda la prestación de servicios de salud.

### **7.6.1. Plataforma estratégica**

La ESE cuenta con una plataforma estratégica, diseñada en conjunto, que tiene como base el fortalecimiento y la calidad en la prestación de servicios de salud, el mejoramiento continuo y la búsqueda de la sostenibilidad en el tiempo, alcanzando rentabilidad social y financiera que permita el incremento de la productividad y los ingresos empresariales. Para ello, se pondrán en consideración, de ser necesario, cambios que permitan la implementación de mejoras en los procesos para asegurar que la E.S.E pueda llegar a los objetivos trazados, la gestión estratégica, la identificación de oportunidades y el desarrollo de un plan de acción acertado para el fortalecimiento de la misma.

**Misión:** La E.S.E Hospital Nuestra Señora de Guadalupe, es una institución que presta servicios de baja complejidad de forma intra y extramural, con talento humano idóneo y comprometido con el mejoramiento de la salud de los usuarios del norte de Antioquia.

**Visión:** Para el año 2024 la E.S.E Hospital Nuestra Señora de Guadalupe, será una

institución reconocida por su calidad, con una tecnología adecuada a los servicios y a la necesidad de los usuarios para garantizar una atención oportuna, idónea y humanizada en promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los usuarios del norte de Antioquia

### **Valores**

- Compromiso
- Responsabilidad
- Colaboración
- Solidaridad
- Corresponsabilidad

### **Principios Organizacionales**

**Aprendizaje Continuo:** Voluntad de aprendizaje permanente con actitud positiva frente al cambio para el óptimo desempeño individual e institucional.

**Atención Humanizada:** Actuar con sensibilidad y empatía para animar y acompañar al usuario y su familia respetando sus derechos.

**Equidad:** Prestación de nuestros servicios sin distinción alguna, teniendo como única medida la responsabilidad de solucionar integralmente los problemas de salud de nuestra población.

**Eficiencia:** Mejor utilización económica y social del talento humano y de los recursos administrativos técnicos y financieros disponibles para prestar servicios de salud con calidad.

**Trabajo en Equipo:** Unión de esfuerzos para el logro de beneficios.

**Calidad:** Atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica, de forma integral, segura y oportuna.

**Participación:** Intervención de la comunidad en la organización, control, gestión y fiscalización de la institución.

**Calidad:** Los colaboradores de la E.S.E Hospital Nuestra Señora de Guadalupe, prestamos servicios confiables, seguros, oportunos con eficiencia y eficacia.

**Sentido de Pertenencia:** Hacer las cosas bien, puntualidad, querer lo que se hace, cuidar el sitio de trabajo. Los colaboradores de la E.S.E Nuestra Señora de Guadalupe, están comprometidos con hacer las cosas bien, cuidar los recursos y la imagen de la

institución.

**Humanización:** Los colaboradores de la E.S.E Hospital Nuestra Señora de Guadalupe, nos sensibilizamos ante las dificultades del otro.

### **Objetivos Estratégicos del Plan de Desarrollo Institucional 2020 – 2023**

1. Incrementar la satisfacción y las competencias de los colaboradores, mediante el mejoramiento del proceso de Gestión del talento humano.
2. Mejorar la competitividad institucional a través del mejoramiento y control de los procesos, apoyados en mejora tecnológica, un sistema integrado de gestión y el modelo de atención en salud.
3. Mantener la fidelización y la satisfacción de los clientes, mediante el fortalecimiento del sistema de información y atención al usuario, y el mejoramiento continuo de la calidad.
4. Incrementar la rentabilidad financiera de la empresa, mediante el mejoramiento de los ingresos y la gestión de los costos y gastos.
5. Mejorar las condiciones de salud de la población, ampliando las coberturas desde el modelo de atención y la reinversión social.

La E.S.E. Hospital Nuestra Señora de Guadalupe pertenece a la red de la subregión norte, dividida en tres subredes 1. Gómez Plata, Carolina del príncipe y Guadalupe, la segunda con los municipios de Belmira, Entreríos, San Pedro de los Milagros y Santa Rosa y la tercera conformada por los municipios de Yarumal, Toledo, Ituango, Angostura, campamento, Valdivia. En este sentido la ESE hace parte de la subred #1, siendo tipificado como un Hospital de I Nivel de Atención Tipo A, con epicentro para la referencia la red de servicios públicos y privados del municipio de Bello, con apoyo de la red de servicios de Medellín.

La ESE se encarga de la atención de baja complejidad en el municipio de Guadalupe, IPS cuya sede se ubica en la cabecera municipal, oferta servicios de urgencias, hospitalización general adultos, pediatría y obstetricia, laboratorio clínico, medicina general, odontología general, imagenología básica y odontológica, fisioterapia, sala de partos, servicio farmacéutico, servicios de promoción y prevención y transporte asistencial básico-TAB. Puede contar con otros profesionales de consulta externa como

nutrición y dietética, psicología, fonoaudiología, optometría, terapia ocupacional, terapia respiratoria y terapia física, acorde al perfil epidemiológico y a la oferta disponible, puede ofrecer los servicios bajo la modalidad de telemedicina y la modalidad extramural y el proceso de esterilización, además de contar con administración independiente. Remites pacientes que demanden servicios de mediana complejidad a Yarumal y Yolombó.

### 7.7. Morbilidad por consulta externa

En el comportamiento de la morbimortalidad, predominan las enfermedades agudas, asociadas al dolor seguido de las enfermedades infecciosas de vías respiratorias. Con presencia de enfermedades crónicas, es decir un perfil mixto. No se tiene información actualizada debido a los eventos por pandemia donde se priorizaron los servicios para esta contingencia por eso los datos actualizados datan del año 2019 para esta descripción.

**Tabla 5. Morbilidad General por Consulta Externa. ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe. Municipio Guadalupe. Antioquia, 2019.**

No.	Causa	N° casos	Porcentaje
1	Cefalea	612	16,64%
2	EAP	480	13,05%
3	Dolor Abdominal	384	10,44%
4	Síndrome Gripal	180	4,89%
5	HTA	289	7,86%
6	DM	305	8,29%
7	Vértigo	240	6,53%
8	Ansiedad	588	15,99%
9	Dolor Muscular	180	4,89%
10	ITU	420	11,42%
<b>Total</b>		<b>3.678</b>	<b>100%</b>

Fuente: Estadísticas de la E.S.E.



**Tabla 6. Morbilidad General por Consulta Externa. Año 2019.**

No.	Causa	N° casos	Porcentaje
1	Dolor Abdominal	398	<b>12,20%</b>
2	HTA	272	<b>8,34%</b>
3	Ansiedad	592	<b>18,15%</b>
4	Mareo	351	<b>10,76%</b>
5	EAP	397	<b>12,17%</b>
6	Cefalea	625	<b>19,17%</b>
7	EPOC	108	<b>3,31%</b>
8	ITU	240	<b>7,36%</b>
9	DM	230	<b>7,05%</b>
10	Síndrome Febril	48	<b>1,47%</b>
<b>Total</b>		<b>3.261</b>	<b>100%</b>

Fuente: Estadísticas de la E.S.E.

### 7.8. Cobertura de programas de mantenimiento de la salud

El perfil epidemiológico de consulta externa implica que la ESE debe fortalecer sus actividades de Promoción y Prevención, con el diseño e implementación de programas para el manejo adecuado de las denominadas Enfermedades Crónicas No Transmisibles-ECNT y mejorar estilos de vida saludables, control de factores de riesgo en población ya diagnosticada para evitar las secuelas y disminuir la siniestralidad; especialmente si las formas de contratación de la capitación se empiezan a enfocar en lo que se conoce como capitación con resultados en salud.

Teniendo en cuenta que gran parte de la población vive en área rural, los modelos de atención basados en APS, siguiendo los enfoques diseñados por el Minsalud en el MAITE y las RIAS son altamente costosos y difíciles de implementar. En general se puede observar que la producción de actividades de Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad es baja para los dos años de análisis.

**Tabla 7. Cobertura de Programas de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad. ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe. Municipio Guadalupe. Antioquia, 2018.**

No.	Programa	N° casos	Porcentaje
1	Crecimiento y Desarrollo	1222	33,74%
2	Planificación Familiar	418	11,54%
3	Joven Sano	415	11,46%
4	Adulto Sano	79	2,18%
5	Tamizaje Visual	387	10,68%
6	HTA	614	16,95%
7	DM	307	8,48%
8	Control Prenatal	180	4,97%
<b>Total</b>		<b>3.622</b>	<b>100%</b>

Fuente: Estadísticas de la E.S.E

**Tabla 8. Cobertura de Programas Cobertura de Programas de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad. ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe. Municipio Guadalupe. Antioquia, 2019**

No.	Programa	N° casos	Porcentaje
1	Crecimiento y Desarrollo	1231	37,68%
2	Planificación Familiar	484	14,81%
3	Joven Sano	438	13,41%
4	Adulto Sano	119	3,64%
5	Tamizaje Visual	256	7,84%
6	HTA	165	5,05%
7	DM	414	12,67%
8	Control Prenatal	160	4,90%
<b>Total</b>		<b>3.267</b>	<b>100%</b>

Fuente: Estadísticas de la E.S.E

### 7.9. Morbilidad Hospitalaria

De igual forma la morbilidad por egreso hospitalario tiene su mayor frecuencia en la atención de la gestante y las enfermedades infecciosas, así como las enfermedades de árbol respiratorio inferior. En otras palabras, la ESE Hospital se encuentra en la encrucijada de carga de enfermedad por enfermedades asociadas a la pobreza (infecciosas) que conlleva a la hospitalización y consume servicios, pero al mismo tiempo, un servicio de hospitalización de baja productividad, como se mostrará más adelante. Una forma de enfrentar esta polaridad es la integración en red con otros prestadores públicos y privados que por un lado pueda incrementar la ocupación hospitalaria y por

consiguiente la facturación o por el lado contrario, pueda eliminarse dicho servicio y los pacientes sean atendidos en otros hospitales con menor costo de producción de servicios

**Tabla 9. Morbilidad General por Hospitalización. ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe. Municipio Guadalupe. Antioquia, 2018**

No.	Causa	N° casos	Porcentaje
1	Insuficiencia Hepática	1	2,08%
2	Úlcera Varicosa	2	4,17%
3	Depresión	1	2,08%
4	ITU	7	14,58%
5	EPOC	6	12,50%
6	Infección Respiratoria	1	2,08%
7	Esquizofrenia	1	2,08%
8	ICC	1	2,08%
9	PVE	12	25,00%
10	Hiperglicemia	2	4,17%
11	Neumonía	2	4,17%
12	Preclamsia	1	2,08%
13	Enfermedad Renal Crónica	1	2,08%
14	Celulitis	7	14,58%
15	Intento De Suicidio	2	4,17%
16	IAM	1	2,08%
<b>Total</b>		<b>48</b>	<b>100%</b>

Fuente: Archivo estadístico ESE Hospital

**Tabla 10. Morbilidad General por Hospitalización. ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe. Municipio Guadalupe. Antioquia, 2019.**

No.	Causa	N° casos	Porcentaje
1	Hipoglicemia	2	4,76%
2	ICC	1	2,38%
3	PVE	14	33,33%
4	Pielonefritis	5	11,90%
5	Gastroenteritis	2	4,76%
6	Hiperglicemia	1	2,38%
7	EPOC	1	2,38%
8	Orquitis	1	2,38%
9	Neumonía	7	16,67%
10	Fractura De Cadera	1	2,38%
11	Abuso Sexual	1	2,38%
12	Mastitis	1	2,38%
13	Celulitis	1	2,38%
14	Septicemia	1	2,38%
14	ITU	3	7,14%
<b>Total</b>		<b>42</b>	<b>100%</b>

Fuente: Archivo estadístico ESE Hospital

### 7.10. Mortalidad

El perfil de mortalidad de la E.S.E muestra que las primeras causas están asociadas a las enfermedades crónicas no transmisibles, siendo llamativo que la muerte violenta no aparece entre las cuatro primeras causas. Lo anterior confirma que es necesario desarrollar modelos de atención dirigidos a este tipo de patologías para mejorar tanto las atenciones en consulta externa como internación.

Si se tiene en cuenta que la población menor de 1 año tiene tendencia a la disminución y que la mortalidad, según los diagnósticos, afecta principalmente a los mayores de edad, el crecimiento poblacional del municipio en forma vegetativa va a ser negativo en poco tiempo, lo cual disminuye la población a contratar y por ende afecta la estabilidad financiera de la ESE.

**Tabla 11. Mortalidad General. ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe. Municipio Guadalupe. Antioquia, 2018.**

no. orden	Causa	n° casos	porcentaje
1	Enfermedades Crónicas de las Vías Respiratorias Inferiores	6	22,22%
2	Enfermedades Isquémicas del Corazón	4	14,81%
3	Neumonía	3	11,11%
4	Enfermedades Hipertensivas	2	7,41%
5	Lesiones Autoinfligidas Intencionalmente (Suicidios) Y Secuelas	2	7,41%
6	Accidentes De Transporte De Motor Y Secuelas	2	7,41%
7	Otros Accidentes Y Secuelas	2	7,41%
8	Agresiones (Homicidios) Y Secuelas	2	7,41%
9	Tumor Maligno de la Tráquea, los Bronquios y el Pulmón	2	7,41%
10	Tumor Maligno Del Vesícula Biliar y de las Vías Biliares	2	7,41%
<b>Total</b>		27	100%

Fuente: Archivo estadístico ESE Hospital

**Tabla 12. Mortalidad General. ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe. Municipio Guadalupe. Antioquia, 2019**

<b>no. orden</b>	<b>causa</b>	<b>n° casos</b>	<b>porcentaje</b>
1	Enfermedades Crónicas de las Vías Respiratorias Inferiores	6	<b>22,22%</b>
2	Enfermedades Isquémicas del Corazón	4	<b>14,81%</b>
3	Neumonía	3	<b>11,11%</b>
4	Enfermedades Hipertensivas	2	<b>7,41%</b>
5	Lesiones Autoinfligidas Intencionalmente (Suicidios) y Secuelas	2	<b>7,41%</b>
6	Accidentes de Transporte De Motor y Secuelas	2	<b>7,41%</b>
7	Otros Accidentes Y Secuelas	2	<b>7,41%</b>
8	Agresiones (Homicidios) Y Secuelas	2	<b>7,41%</b>
9	Tumor Maligno de la Tráquea, los Bronquios y el Pulmón	2	<b>7,41%</b>
10	Tumor Maligno de la Vesícula Biliar y de las Vías Biliares	2	<b>7,41%</b>
<b>Total</b>		27	<b>100,00%</b>

Fuente: Archivo estadístico ESE Hospital

## 8. Métodos

### 8.1 MML: Matriz de Marco Lógico

Se entiende por Matriz de Marco Lógico como una herramienta de trabajo con la cual un evaluador puede examinar el desempeño de un programa en todas sus etapas. Permite presentar de forma sistemática y lógica los objetivos de un programa y sus relaciones de causalidad. Asimismo, sirve para evaluar si se han alcanzado los objetivos y para definir los factores externos al programa que pueden influir en su consecución. Esta herramienta se elabora para efectos de la evaluación en la cual debe reflejar lo que el programa es en la actualidad. Si bien muchos programas no han sido diseñados con el método del Marco Lógico, se debe realizar un ejercicio de reconstrucción de los distintos niveles de objetivos del programa (fin, propósito, componentes) con sus respectivos indicadores, que permitan medir el nivel de logro alcanzado. (60)

En este sentido a partir de la relación entre el perfil epidemiológico con los servicios ofertados, el portafolio de la organización está orientado a cubrir las necesidades de la población en el primer nivel de atención, lo mismo se puede decir de la contratación vigente con EAPB y la caracterización de riesgos en salud identificados por parte de la DTS y las EAPB (colectivos e individuales respectivamente). Este portafolio de servicios corresponde a la capacidad instalada y los servicios habilitados y/o los dispuestos en la tipología de servicios del PTRRMR-ESE definido por el Departamento para la ESE.

Por tal motivo a partir del perfil epidemiológico el cual es propio de un hospital de baja complejidad, con unas tasas de prevalencia bajas comparativas con otras poblaciones, los servicios de salud no requieren de grandes ajustes en cuanto a recursos humanos, de infraestructura, de procesos y logísticos, siendo un perfil epidemiológico de fácil manejo por médicos y odontólogos generales. Los datos de hospitalización y partos muestran una baja frecuencia, por lo tanto, el ajuste debe orientarse al rediseño de los servicios especialmente teniendo en cuenta que la mayor parte de la población está en la zona rural, a la integración en red con otros prestadores para disminuir costos fijos y al

mejoramiento de la contratación, ya que la prestación ambulatoria rural para contener la carga de enfermedad es más costosa.

Al utilizar la MML, la implementación de las etapas de la función administrativa: planeación, organización, coordinación, dirección, evaluación y control. Se tuvo en cuenta que con respecto a la planeación permitiera trazar un curso de acción con el fin de disminuir la incertidumbre, orientar apropiadamente los recursos y facilitar la rendición de cuentas ante las personas o instancias interesadas en el desempeño de la empresa, ya sean estos sus clientes, sus accionistas o la comunidad en la que la empresa se encuentra insertada.

Para el caso de la administración estratégica, comprendida como un sistema moderno de administración, orientado a instrumentar estrategias que le permitan a una organización mayores posibilidades de éxito, la plataforma de partida de la administración se especifica en el diagnóstico y la planeación, entendida esta última como un proceso sistemático de desarrollo e implementación, cuyo propósito es el logro de metas y objetivos previamente establecidos.

Estos objetivos buscan la resolución de debilidades identificadas en la organización y permiten conseguir que las estrategias propuestas den respuesta a necesidades, con el aprovechamiento de las fortalezas y oportunidades que presentan la institución y su entorno. Por ello, la herramienta de Matriz de Marco aportó de forma significativa la revisión de los programas en todas sus etapas, presentándola de forma sistemática y lógica para la consecución de los objetivos propuestos en este trabajo.

## **8.2 Población de referencia y unidad de Análisis.**

La población de referencia la constituyen los usuarios(as) de la ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe, en su mayoría habitantes del municipio de Guadalupe y ubicados según los momentos del curso de vida desde la ruta de mantenimiento y promoción de la salud (esto según las actividades de la resolución 3280 de 2019 y los indicadores fénix

de medida de vigilancia especial, estos indicadores son utilizados por la Supersalud para realizar seguimiento a indicadores de calidad en tres temas componente financiero, administrativo y técnico científico, para este caso se tuvo en cuenta solo los indicadores de: Hipertensos controlados entre 18 a 60 años con cifras menores a 140/90 mm Hg, Hipertensos controlados mayores de 60 años con cifras de normalidad 150/90 mm Hg, diabéticos controlados con hemoglobina glicosilada, diabéticos controlados entre 18 a 69 años y Función Renal ). Para esta implementación por limitantes en tiempo la unidad de análisis sería la población con Hipertensión Arterial (HTA) y Diabetes Mellitus (DM) según la RIAS cardiovascular, con base en los indicadores fénix de medida de vigilancia especial según el documento caracterización de la población afiliada a las EAPB, del Ministerio de salud y protección social de Colombia del año 2015. (5) (29).

Además, para el logro de la caracterización de esta población se tomaron los indicadores dados por perfil epidemiológico y bases de datos de la EPS Savia Salud.

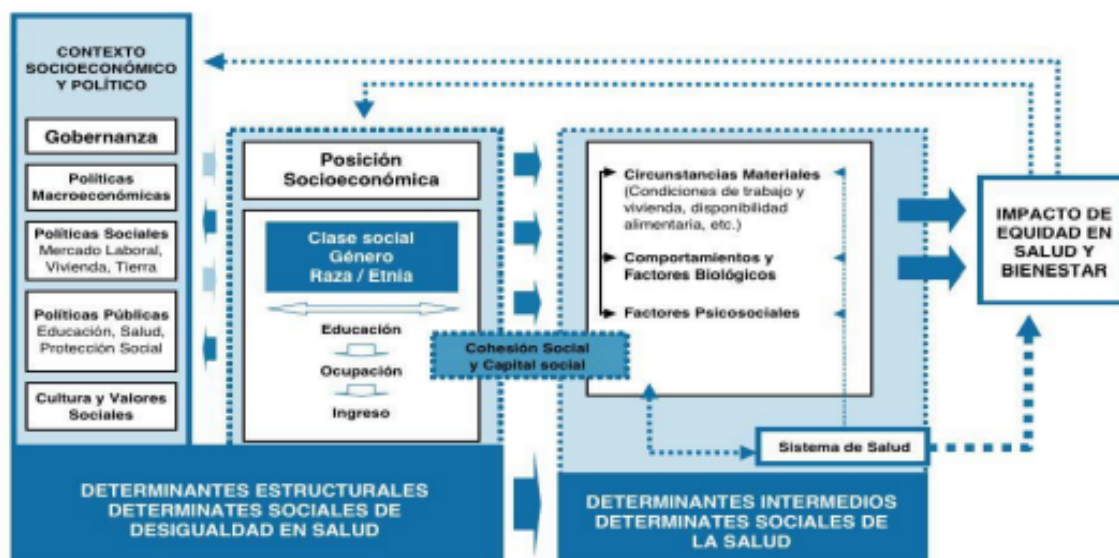
## **8.2 Instrumentos teóricos y bases de datos**

Como insumo al análisis para la construcción del modelo, se tuvo en cuenta la conceptualización los determinantes sociales (Figura 4) para lo cual se revisó el ASIS del municipio realizado en el año 2020, pues para el momento de la construcción de este documento, el ASIS municipal aún está en fase de construcción (2021). Retomando el año 2020, se recogió la siguiente información para contextualizar el por qué se escoge como la población con enfermedades crónicas para para el desarrollo del modelo de prestación de servicios de salud bajo los lineamientos del MAITE.

Este esquema da un panorama más amplio para la nueva contratación la cual se registrará por el decreto 441 de 2022, donde es de vital importancia la caracterización de la población



**Figura 4.** Esquema de Determinantes sociales



Fuente: Comisión de determinantes de salud OMS 2006

Con respecto a las bases de datos consultadas, se caracterizan por fuentes de secundarias:

La primera, denominada “BASE DE DATOS ESEHNSG FINAL”, la cual fue extraída de la página web de la EPS subsidiada y en la cual se encuentran reportados los eventos de salud asociados a los programas de desarrollo con enfoque territorial (PEDT) realizados a la población afiliada a dicha EPS residente en el municipio de Guadalupe Antioquia, durante el periodo de tiempo julio 2021 a junio 2022.

La segunda base de datos, denominada “facturación julio 2021 a junio 2022 Guadalupe” fue extraída de la facturación de la ESE Nuestra Señora de Guadalupe y correspondiente a la misma población y el mismo periodo de tiempo.

Con estas dos bases de datos, se logró consolidar una tercera base de datos denominada “base de datos ESEHNSG total” en la cual se unieron y depuraron los datos de población y servicios prestados y debidamente facturados a las entidades administradoras planes de beneficio en el contrato capitado del régimen subsidiado de la población. Con los datos

consolidados y depurados se realizó una línea de base de servicios prestados en PEDT. Como aplicativo apoyo la caracterización de la población objeto se utilizó el software Microsoft Excel, en el cual mediante una plantilla diseñada por el asesor de calidad Dr. Marco Sosa se empleó para determinar los volúmenes de trabajo necesarios para cumplir las metas de producción y calidad propuestas en los indicadores FÉNIX y en el Excel de indicadores trazadores de PEDT que plantean las EAPB para los contratos capitados.

A continuación, se muestran los datos tomados del ASIS municipal donde se observa la población por mayor concentración demográfica que fue la de 27 a 60 años y por epidemiología es la más propensa a presentar este tipo de patologías. La caracterización de la población usuaria en las figuras de la 6 a 11, se observan los porcentajes de personas pertenecientes a la EPS Savia Salud según enfermedades de interés y los controles realizados, esta información fue ubicada en las plantillas mencionadas:

**Tabla 13. Población del municipio de Guadalupe por ciclo vital. 2020**

Población Total año 2020 Diferencia entre censo 2005 y 2018			Población por área, año 2020			
Censo 2005	Censo 2018	Diferencia	Cabecera municipal		Resto	
Nº	%	Nº	%	Nº	%	
6.330	6.665	↑ 335	2.362	35,4	4.303	64,6
Fuente: DANE			Fuente: DANE			

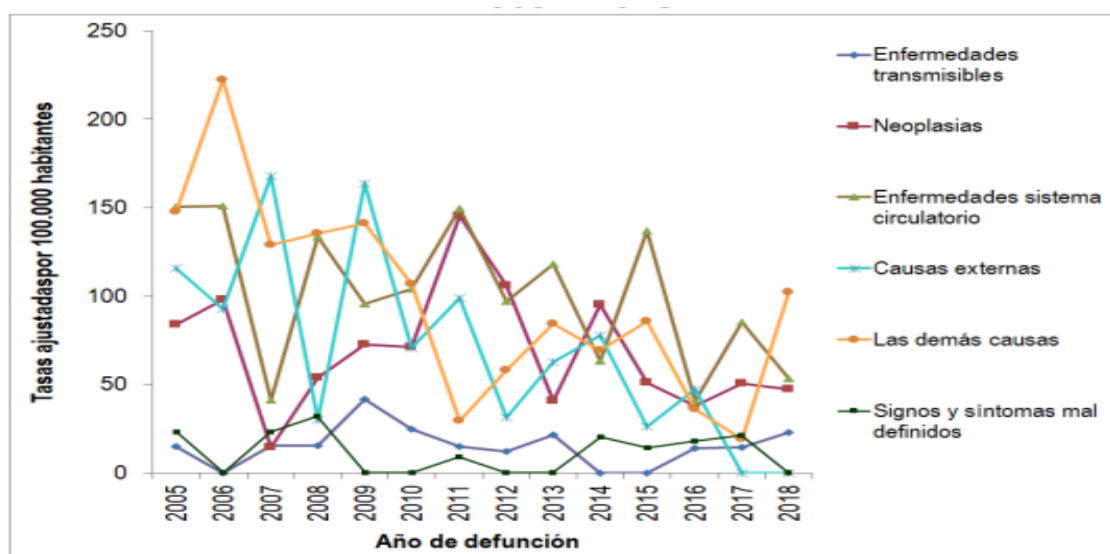
  

Ciclo vital	2015		2020		2023	
	Número	Frecuencia	Número	Frecuencia	Número	Frecuencia
	absoluto	relativa	absoluto	relativa	absoluto	relativa
Primera infancia (0 a 5 años)	609	9,5	605	9,1	604	8,7
Infancia (6 a 11 años)	670	10,5	659	9,9	676	9,7
Adolescencia (12 a 18)	849	13,3	811	12,2	820	11,7
Juventud (19 a 26)	871	13,6	848	12,7	853	12,2
Adulthood (27 a 59)	2.633	41,2	2.780	41,7	2.924	41,9
Persona mayor (60 y más)	764	11,9	962	14,4	1.103	15,8
<b>TOTAL</b>	<b>6.396</b>	<b>100</b>	<b>6.665</b>	<b>100</b>	<b>6.980</b>	<b>100</b>

Fuente: DANE - proyecciones de población Censo 2018

Fuente: Documento Asís 2020

Figura 5. Mortalidad según grandes grupos de causa OPS 6/67. 2005-2018



Fuente: DANE

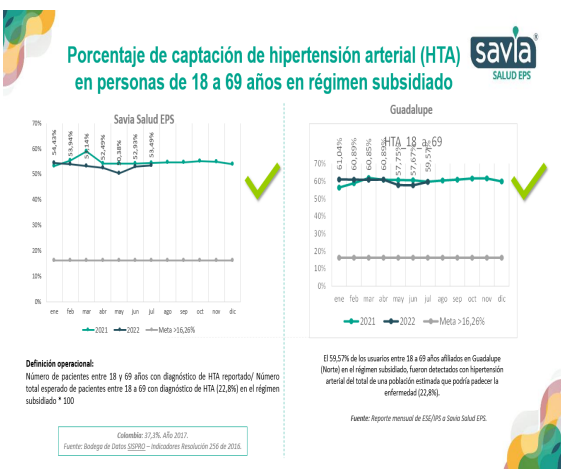
Fuente: Documento Asís 2020

Tabla 14. Distribución porcentual de las principales causas de morbilidad atendida, por ciclo de vida 2009-2019.

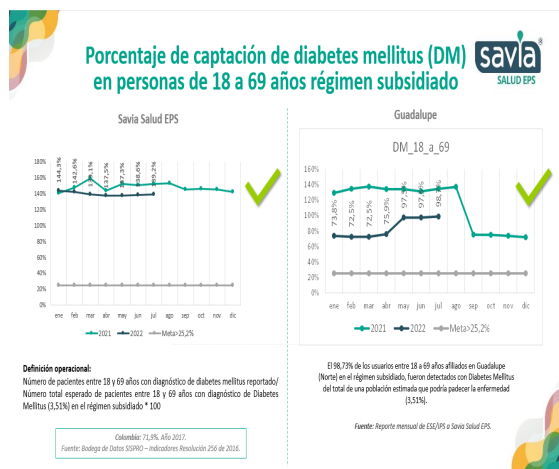
Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total												Δ pp 2019-2018
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019		
Primera infancia (0 - 5 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	58,90	54,51	30,98	47,16	36,99	45,02	34,38	54,22	31,88	28,46	28,48	0,02	
	Condiciones perinatales	1,47	7,61	21,20	1,98	0,58	6,11	5,68	0,40	3,02	6,50	1,17	5,33	
	Enfermedades no transmisibles	30,19	28,17	32,61	34,81	48,55	38,10	42,59	33,73	40,94	40,33	47,07	6,74	
	Lesiones	2,06	5,92	8,70	7,65	6,65	4,34	9,78	6,43	3,69	4,07	6,70	2,64	
	Condiciones mal clasificadas	7,37	3,80	6,52	8,40	7,23	6,43	7,57	5,22	20,47	20,65	16,58	-4,07	
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	35,09	32,74	22,79	21,21	11,69	20,18	20,25	21,53	12,77	14,38	9,21	5,16	
	Condiciones maternas	0,00	0,22	0,74	0,00	0,00	0,44	0,00	0,00	0,00	0,00	0,54	0,54	
	Enfermedades no transmisibles	43,76	53,57	50,00	64,24	70,17	64,69	54,55	52,08	48,09	54,51	57,18	2,68	
	Lesiones	5,32	7,80	16,91	7,88	10,50	7,68	14,05	11,11	12,77	11,37	13,82	2,45	
	Condiciones mal clasificadas	14,83	5,57	9,56	6,67	7,64	7,02	11,16	15,28	25,38	19,74	19,24	-0,50	
Adolescencia (12 - 18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	24,37	14,79	5,34	12,75	13,63	16,01	16,12	16,87	11,73	18,07	22,09	4,02	
	Condiciones maternas	3,89	9,58	9,92	1,13	2,41	12,57	9,39	3,47	3,17	2,92	5,04	2,12	
	Enfermedades no transmisibles	53,97	58,75	58,78	61,05	62,48	50,59	36,15	48,88	54,20	46,13	42,33	-3,80	
	Lesiones	4,97	8,33	16,79	16,71	12,79	5,89	16,59	9,93	13,15	9,54	10,76	1,22	
	Condiciones mal clasificadas	12,80	8,54	9,16	8,36	8,69	14,93	21,75	20,84	17,75	23,34	19,28	-4,06	
Juventud (14 - 25 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	18,67	16,33	10,84	16,35	10,00	11,99	8,55	8,38	12,30	22,96	5,55	-17,41	
	Condiciones maternas	6,60	16,71	14,86	10,31	10,00	9,14	19,41	14,03	11,08	10,90	8,05	-2,85	
	Enfermedades no transmisibles	58,42	50,34	51,39	56,52	58,43	61,11	43,35	44,81	46,65	35,34	54,84	19,50	
	Lesiones	4,83	9,28	5,26	7,35	8,20	8,63	15,02	15,85	14,13	8,34	14,22	5,88	
	Condiciones mal clasificadas	11,48	7,34	17,65	9,48	13,37	9,14	13,68	16,94	15,83	22,46	17,34	-5,12	
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	10,28	9,03	6,25	8,07	9,99	7,33	7,92	6,88	12,35	17,63	4,28	-13,35	
	Condiciones maternas	0,85	2,40	2,77	2,53	2,28	1,54	1,14	1,16	1,02	1,13	1,21	0,07	
	Enfermedades no transmisibles	78,77	76,12	72,64	75,82	73,18	77,49	70,82	73,91	63,24	51,37	73,40	22,03	
	Lesiones	2,97	4,99	8,50	8,03	5,91	6,03	7,88	6,95	7,34	6,41	7,74	1,33	
	Condiciones mal clasificadas	7,14	7,46	9,84	5,54	8,64	7,62	12,24	11,10	16,04	23,46	13,37	-10,09	
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	5,78	5,98	7,13	5,38	13,12	6,55	7,39	3,97	8,62	14,81	5,21	-9,60	
	Condiciones maternas	0,06	0,15	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,08	0,08	
	Enfermedades no transmisibles	88,44	84,58	80,85	83,78	76,57	81,68	79,03	83,99	77,29	62,99	77,97	14,98	

Fuente: Documento Asís 2020

**Figura 6. Porcentaje de captación de HTA en personas de 18 a 69 años RS**

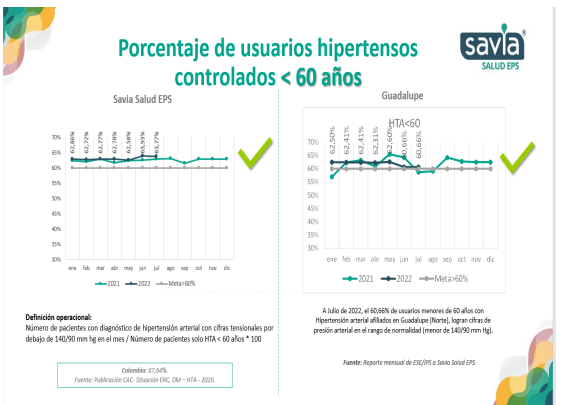


**Figura 7. Porcentaje de captación de DM en personas de 18 a 69 años RS**

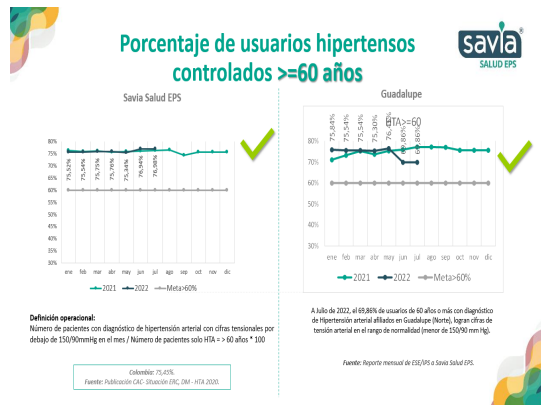


Fuente: Boletín de indicadores Fénix SAVIA SALUD Julio 2022

**Figura 8. Porcentaje de usuarios hipertensos controlados 60 años**

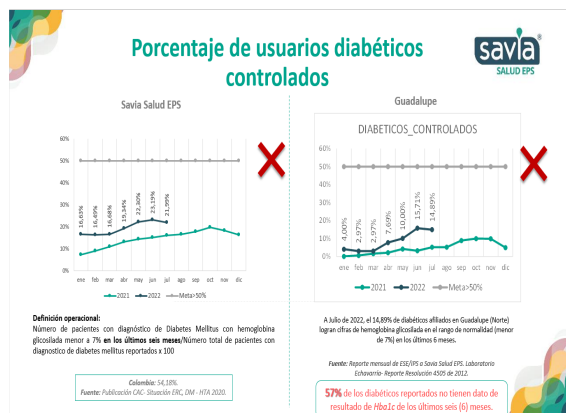


**Figura 9. Porcentaje de usuarios hipertensos controlados >=60 años**

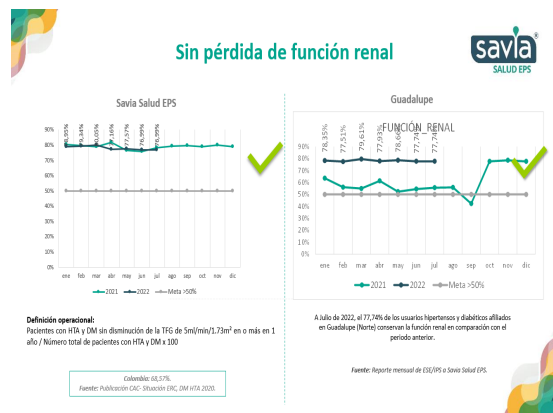


Fuente: Boletín de indicadores Fénix SAVIA SALUD Julio 2022

**Figura 10. Porcentaje de usuarios diabéticos controlados**



**Figura 11. Sin pérdida de función renal**



Fuente: Boletín de indicadores Fénix SAVIA SALUD Julio 2022

Después de analizar estos datos se define que la población son los 246 usuarios de la ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe con diagnóstico de HTA y DM; sin embargo, para el proceso de caracterización sólo se tomaron 115 usuarios pertenecientes a una sola aseguradora (SAVIA SALUD), ya que, con las otras aseguradoras, por la modalidad de contratación, estas tienen asignadas otras IPS primarias para los controles de estos pacientes, por lo tanto no hace posible establecer registros confiables.

## 9. Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) para el hospital de primer nivel de atención de la Empresa Social del Estado Nuestra Señora de Guadalupe

### 9.1 Caracterización de la población

A continuación; se presenta la caracterización de la población objeto del modelo, se parte de una descripción desde lo general a lo particular, desde las RIAS de promoción y mantenimiento de la salud hasta la derivación a la Ruta cardiovascular, incluyendo los indicadores para la prestación del servicio de salud. Esto a su vez da un panorama amplio para la nueva contratación la cual se regirá por el decreto 441 de 2022 donde fue de vital importancia esta caracterización. Se presentan las tablas de producción de servicios de salud y los porcentajes alcanzados en cada población acorde a los grupos poblacionales propuestos por las RIAS.

**Tabla 15. Población atendida por la ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe según Curso de Vida. Julio 2021 – junio 2022.**

Curso de vida	Población atendida	Porcentaje población atendida
Primera infancia	269	7%
Infancia	313	8%
Adolescencia	417	11%
Juventud	650	17%
Adulthood	1.338	36%
Vejez	766	20%
<b>Total, general</b>	<b>3.753</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración Propia tomado de "BASE DE DATOS ESEHNSG FINAL"

La tabla anterior muestra que más del 50% de la población está entre la adultez (mayores de 28 años) y Vejez (mayores de 60 años), por lo tanto, el mayor énfasis en los programas de PEDT están dirigidos a las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) entre las cuales se debe destacar Cáncer de Cérvix, Cáncer de Seno, Hipertensión, Diabetes, Enfermedad Renal Crónica.

La población menor de edad que incluye los grupos poblacionales de Primera Infancia, Infancia, Adolescencia y parte de la Juventud, solamente llegan al 30% lo cual se interpreta como una pirámide poblacional en globo con tendencia hacia el envejecimiento.

**Tabla 16. Población total Contratada para la atención con la ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe según Curso de Vida. Julio 2021 – junio 2022.**

Curso de vida	Total población	Porcentaje
Primera infancia	284	7%
Infancia	344	9%
Adolescencia	455	11%
Juventud	685	17%
Adultez	1397	35%
Vejez	797	20%
<b>Total, general</b>	<b>3962</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración Propia tomado de "BASE DE DATOS ESEHNSG TOTAL"

La Tabla 16 muestra la población que ha recibido servicios de salud y se han facturado a la ESE teniendo en cuenta que al momento de su facturación estaban debidamente registrados en las bases de datos de la EPS. Aunque la distribución poblacional permanece invariable, lo llamativo es que el número total de afiliados pasa de 3753 personas a 3962, es decir un incremento de 209 personas lo cual debe ser evaluado en la ESE en cuanto a los valores mensuales pagados efectivamente.

La importancia de la información en las tablas anteriores radica en que los programas PEDT de los grupos poblacionales de juventud, adultez y vejez son los de mayor costo operativo ya que en la mayoría de los casos implican laboratorio clínico básico, entrega de medicamentos y valoraciones periódicas con una frecuencia mayor que en los grupos poblacionales de los primeros años de vida, además son más difíciles de alcanzar medidas de impacto ya que muchas de ellas están asociadas a factores de riesgo intermedios que no son posibles de intervenir desde los modelos clásicos de prestación de servicios de salud, siendo necesario la inclusión de otros profesionales como nutricionistas, terapeutas físicos, psicólogos y que además, la EPS debe garantizar la revisión por los especialistas de base como son medicina interna, ginecoobstetricia en los tiempos y frecuencias establecidos en la norma y en las respectivas RIAS.

Retomando la pirámide poblacional figura (3), el enfoque de riesgo estará dirigido a controlar los factores de riesgo cardiovasculares y metabólicos como uno de los componentes esenciales de las acciones de educación para la salud; sin embargo, los resultados no son inmediatos ya que en muchos de los afiliados, las patologías ya están instauradas y por lo tanto se tratará de evitar las secuelas de las patologías de base como es el caso las complicaciones de microvasculatura por Diabetes e Hipertensión como son la Enfermedad Renal Crónica, ECV, Infartos

### *Valoración Integral*

Es de destacar que la Valoración Integral se desarrolló en todos los grupos de edad y se asociaron a las valoraciones que realizan médicos y enfermeras en los ingresos y consultas por primera vez en cada uno de los programas. También se muestra que los porcentajes de población pendiente por realizarse la valoración integral son mayores en adolescencia y vejez donde se supera el 90% de la población. Sin embargo, en números naturales, son la adultez y vejez donde más personas deben intervenirse. Tabla 17.

**Tabla 17. Usuarios con Valoración Integral. ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe. Julio 2021 – junio 2022.**

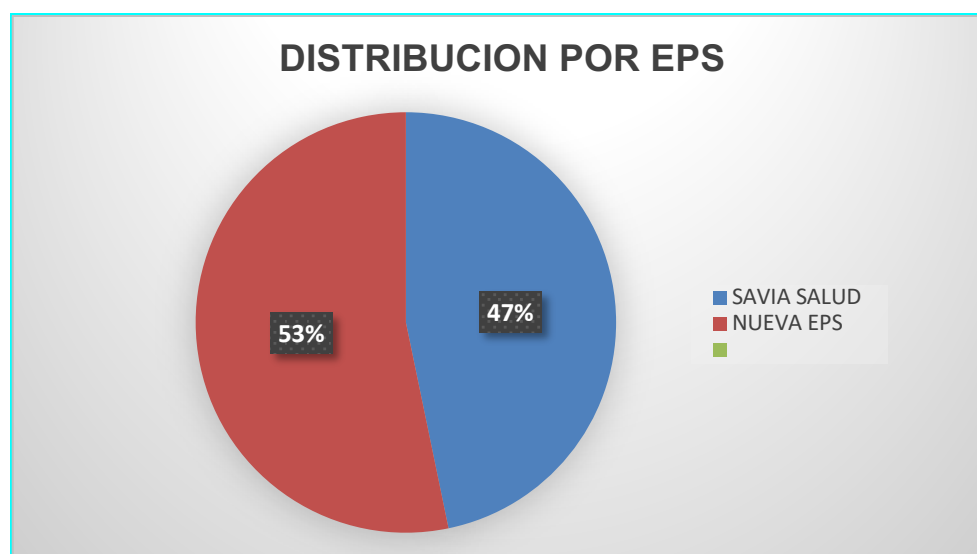
Curso de vida	Total población	Valoración integral		
		Realizados	Pendiente	Porcentaje pendiente
Primera infancia	284	208	76	27%
Infancia	344	153	191	56%
Adolescencia	455	35	420	92%
Juventud	685	141	544	79%
Adultez	1.397	212	1185	85%
Vejez	797	80	717	90%
<b>Total, general</b>	<b>3.962</b>	<b>829</b>	<b>3133</b>	<b>79%</b>

Fuente: Elaboración Propia

Para continuar con el proceso de caracterización se tiene en cuenta que, a partir del 1 de julio de 2022, cambia el modelo de contratación de estos usuarios por lo tanto pasan a ser parte de la contratación de cápita y cambia el modelo de prestación de servicios. La población usuaria atendida según las enfermedades de interés está distribuida así:



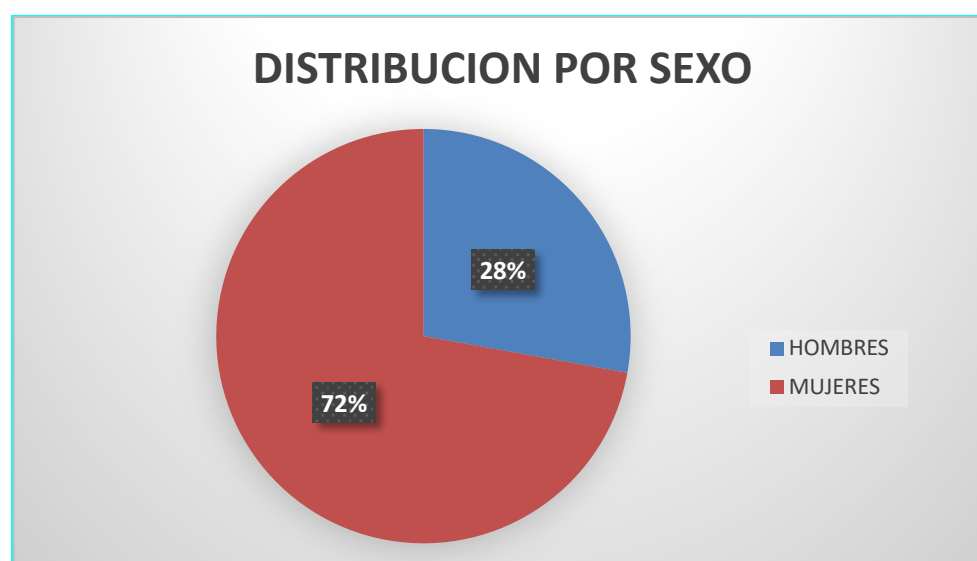
**Figura 12. Distribución porcentual de usuarios atendidos por la ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe según afiliación a EPS, HTA Y MD, Julio 2021 - junio 2022**



Fuente: Base de datos HNSG

Se tiene que el 72% son mujeres y el 28% son hombres que se encuentran activos en la RIAS Cardiovascular. Figura 13.

**Figura 13. Distribución porcentual de usuarios atendidos por la ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe según sexo HTA Y MD, Julio 2021 – junio 2022**

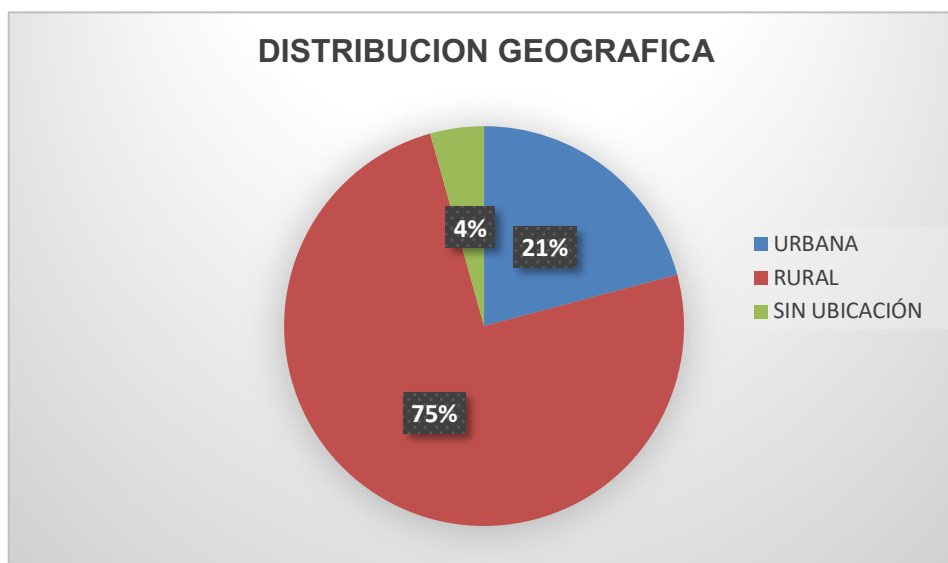


Fuente: Base de datos HNSG

Según la distribución porcentual geográfica, el 75% de los usuarios, en su mayoría

pertenecen a la zona rural, el 21% pertenece a la zona urbana y un 4% no reportó lugar de ubicación. Figura 14.

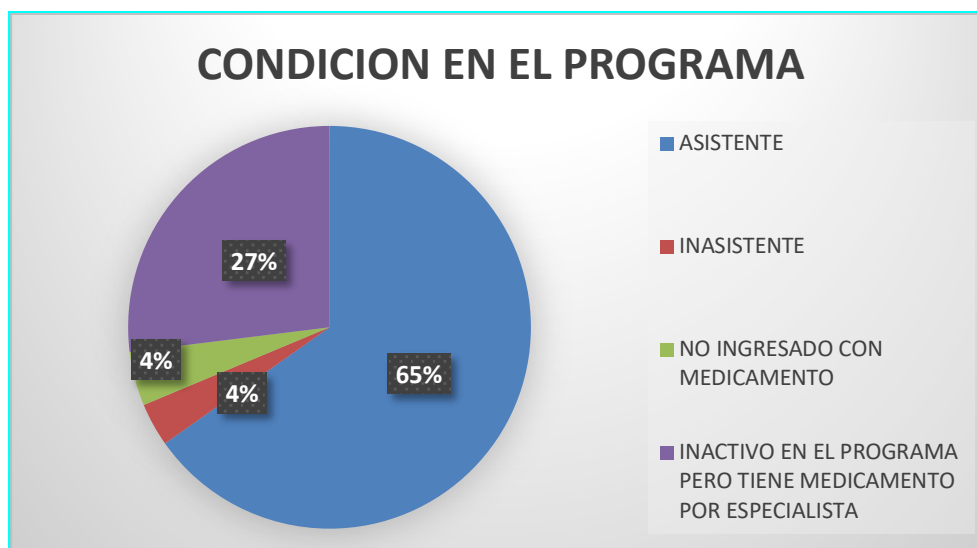
**Figura 14. Distribución porcentual de usuarios atendidos por la ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe según distribución geográfica HTA Y MD, Julio 2021 – junio 2022**



Fuente: Base de datos HNSG

De los usuarios diagnosticados con HTD/DM se resalta que el 65% asiste al programa, el 4% es inasistente, el 4% no está ingresado, pero consume el medicamento y el 27% está inactivo en el programa pero que alguna vez estuvo en él, y aun asiste con médico especialista y reclama su medicamento en la IPS primaria que es la ESE Nuestra Señora de Guadalupe. Figura 15

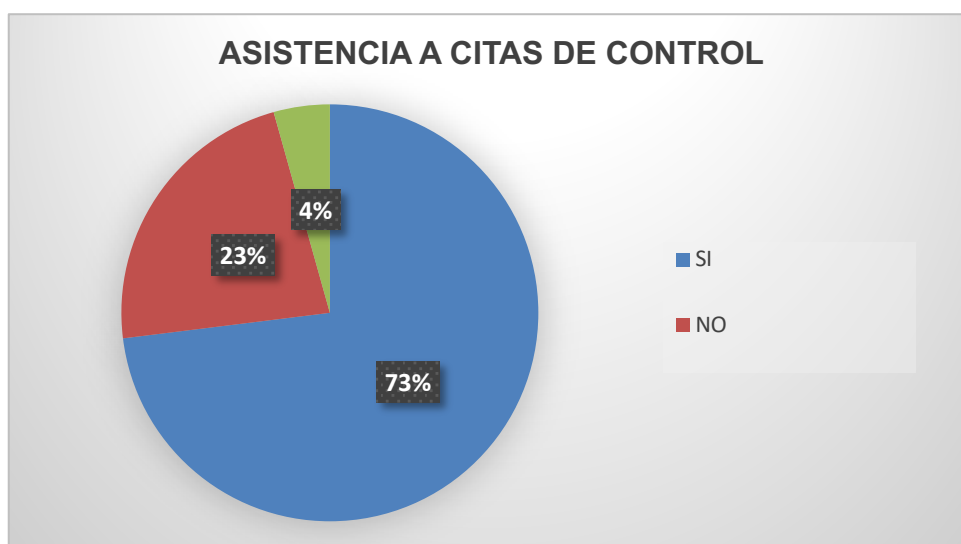
**Figura 15. Distribución porcentual de usuarios atendidos por la ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe según condición en el programa HTA Y MD, Julio 2021 – Junio 2022**



Fuente: Base de datos HNSG

Estos usuarios que se encuentran en base de datos de la ruta cardiovascular el 73% asistieron a su última cita de control, el 23% no asistió y un 4% que aun sin estar ingresados a la ruta asistieron a cita derivados de otra ruta existente. Figura 16.

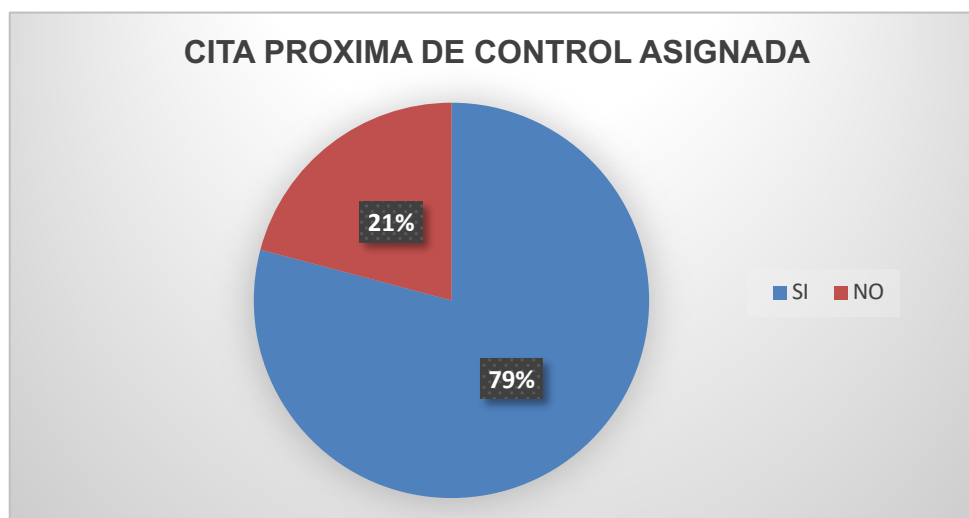
**Figura 16. Distribución porcentual de usuarios atendidos por la ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe según asistencia a citas de control HTA Y MD, Julio 2021 – junio 2022**



Fuente: Base de datos HNSG

De los usuarios que pertenecen a la RIA cardio vascular el 79% tiene ya asignada su cita de control y un 21% aun no la tiene asignada o no va a asistir. Figura 17.

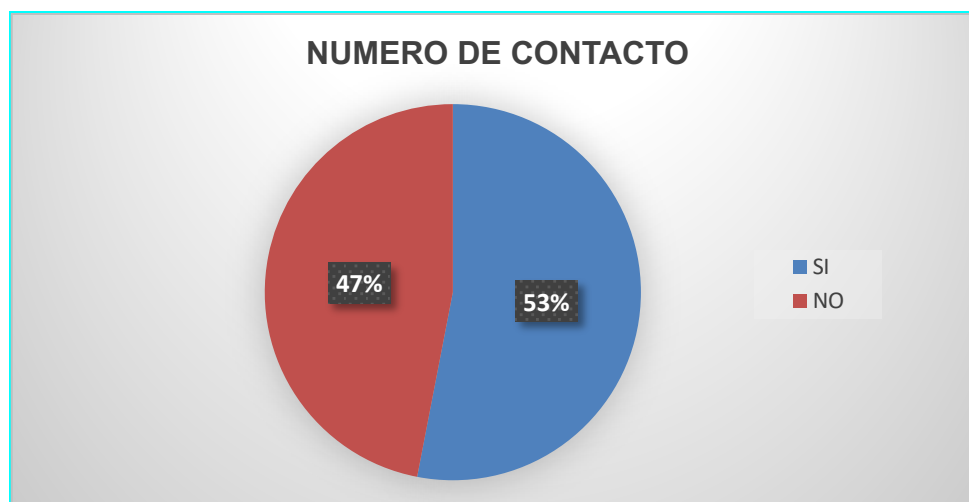
**Figura 17. Distribución porcentual de usuarios atendidos por la ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe según cita de control asignada HTA Y MD, Julio 2021 – junio 2022**



Fuente: Base de datos HNSG

Es de resaltar que los usuarios que pertenecen a la RIA cardiovascular el 61% no tiene su fecha de ingreso al programa mientras que solo el 39% no lo tiene; esta es una recomendación de que se realiza a la ESE para implementar en la base de datos y en la historia clínica pues tampoco reporta en ella.

**Figura 18. Distribución porcentual de usuarios atendidos por la ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe según número de contacto, HTA Y MD, Julio 2021 – junio 2022**

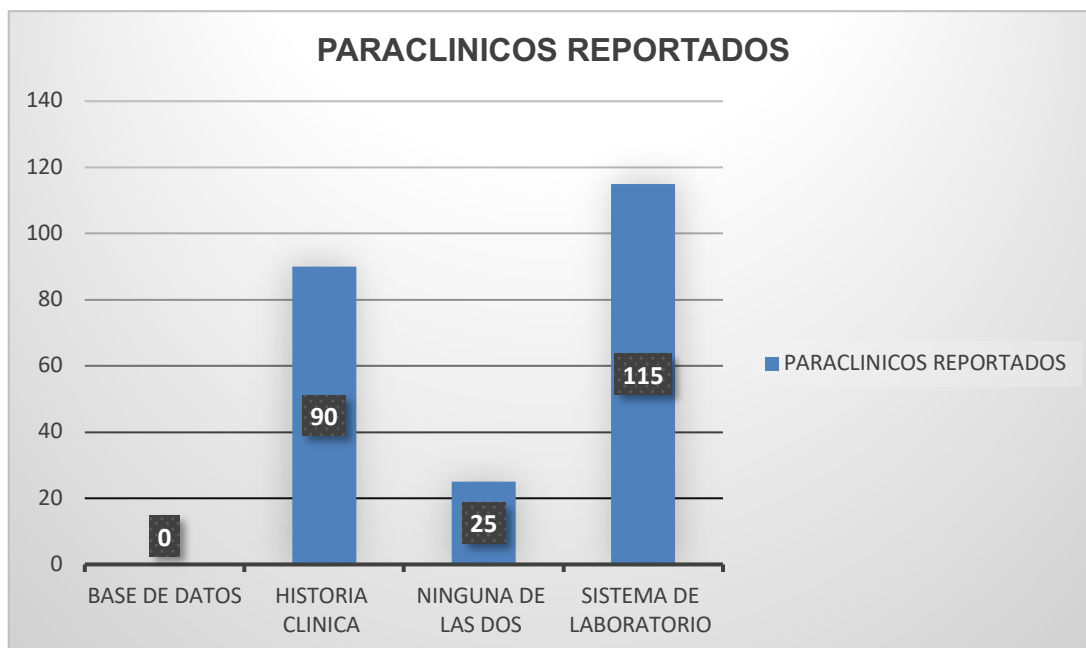


Fuente: Base de datos HNSG

De la figura anterior (18) los usuarios pertenecen a la RIA cardiovascular, el 53% no tiene su número de contacto actualizado mientras que solo el 47% lo tiene; esta es una recomendación de que se realiza a la ESE para implementar en la base de datos y en la historia clínica pues tampoco reporta en ella, además para poder realizar demanda inducida se requiere por el software COCO de la institución

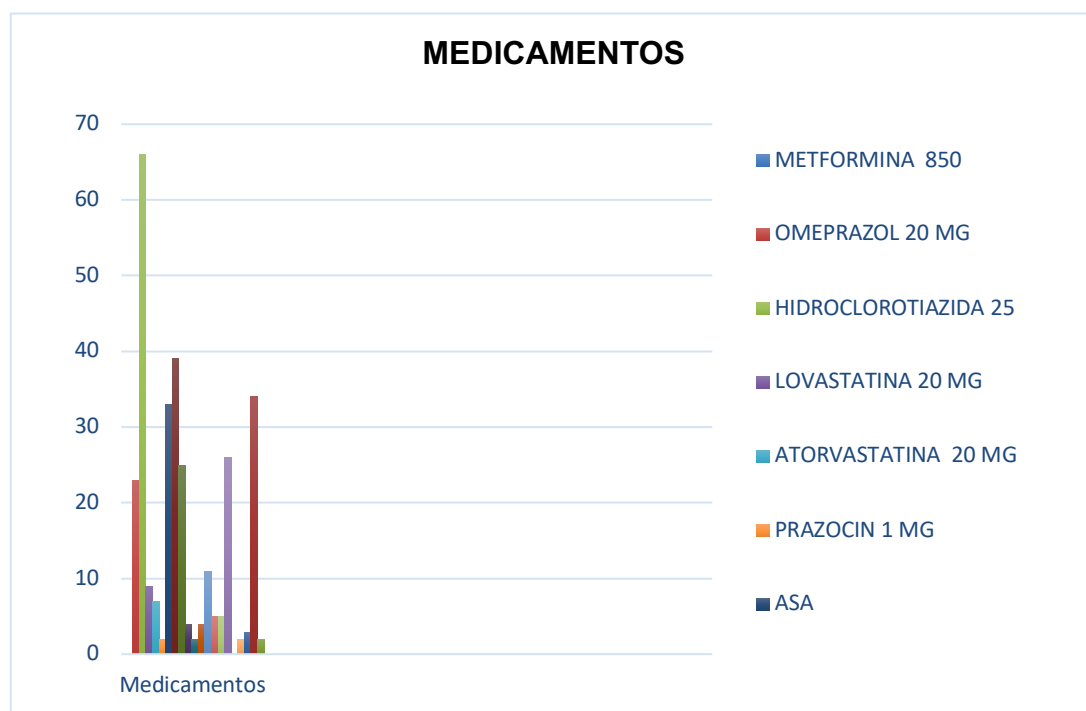
Además, estos usuarios presentaron la característica de que ninguno tiene reportados los paraclínicos en la base de datos, 90 tienen los resultados en la historia clínica, 115 tienen los resultados en el sistema del laboratorio y 25 usuarios no los tiene reportados en ninguna de las dos, pues son los que asisten al especialista a un nivel mayor de complejidad. Figura 19.

**Figura 19. Distribución de usuarios atendidos por la ESE HNSG según paraclínicos reportados, HTA Y MD, Julio 2021 – junio 2022**



Fuente: Base de datos HNSG

**Figura 20. Distribución de usuarios atendidos por la ESE HNSG según medicamentos recetados para la HTA Y MD, Julio 2021 – junio 2022**



Fuente: Base de datos HNSG

Con a los medicamentos relacionados en la base de datos y especificando qué medicamento usa cada usuario, periodicidad y cantidad, ayuda al Comité de Farmacia y Terapéutica (COFITE) a organizar el listado de medicamentos de la ESE, sobre cuáles hay que solicitar capacitaciones y al servicio farmacéutico a organizar sus pedidos y mantener mínimos y máximos. Figura 20.

En el proceso de caracterización se halla lo siguiente:

- No se tiene diligenciado el formato de familiograma
- No existe la actualización de datos según la ley de habeas data
- Faltan unos campos en la historia clínica con el fin de completar la información como escolaridad, con quien vive, quien se encarga de la administración del medicamento entre otros, por lo tanto, solicitar al proveedor del software actualización de los mismos.

Además, dentro de la caracterización de la población se encontró que los indicadores PDET afectan o influyen en la adecuada prestación del servicio a esta población; como usuarios atendidos según la enfermedad especifican, en cuanto a la oportunidad y asistencia de las citas programadas, contacto efectivo con los usuarios de estos programas, así como la distribución según el medicamento recetado influyen en la adecuada prestación del servicio a esta población.

## **Caracterización de usuarios según enfermedad**

### **Diabetes Mellitus**

En el caso de la Diabetes Mellitus, la incidencia, es decir los casos nuevos, es cercana al 3% de la población adulta y vieja y la prevalencia se acerca al 8%, es decir, en el caso del municipio de Guadalupe, se espera que, en la población afiliada, se encuentren aproximadamente 150 pacientes diabéticos.

**Tabla 18. Usuarios según Consulta por Primera vez para Diabetes Mellitus. ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe. Julio 2021 – junio 2022**

Curso de vida	Total población	Dm primera vez			
		Consultas realizadas	Porcentaje consultas realizadas	Consultas pendientes	Porcentaje consultas pendientes
Primera infancia	284		0%	284	100%
Infancia	344		0%	344	100%
Adolescencia	455		0%	455	100%
Juventud	685		0%	685	100%
Adulthood	1.397	2	0.14%	1.395	99,85%
Vejez	797	1	0.12%	796	99,87%
<b>Total general</b>	<b>3.962</b>	<b>3</b>	<b>0,075%</b>	<b>3.959</b>	<b>99,92%</b>

Fuente: Elaboración Propia

En la tabla 18, se observa que, durante el periodo de análisis, solamente 3 nuevos casos de Diabetes fueron ingresados como consulta de primera vez, lo cual está por debajo de lo esperado que es alrededor de 40. En otras palabras, la ESE deberá implementar estrategias de tamizaje para Diabetes (glucometrías) tanto en la población cautiva de sus programas y consultas, como en población abierta.

La importancia del diagnóstico precoz radica en que esta patología por su daño en la microvasculatura circulatoria es la principal causante de falla renal, complicaciones cardiovasculares y ECV (junto a la HTA) y, por lo tanto, se hace necesario garantizar que los pacientes tengan adherencia al tratamiento y sus cifras de glicemia estén en rangos normales, lo cual atrasa la presentación de complicaciones

**Tabla 19. Usuarios con Controles para Diabetes Mellitus. ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe. Julio 2021 – junio 2022**

Curso de vida	Total población	Dm control			
		Control realizado	Porcentaje controles realizados	Controles pendientes	Porcentaje controles pendientes
Primera infancia	284		0%	284	100%
Infancia	344		0%	344	100%
Adolescencia	455		0%	455	100%
Juventud	685		0%	685	100%
Adulthood	1.397	28	2%	1.369	97,99%
Vejez	797	67	8%	730	91,59%
<b>Total general</b>	<b>3.962</b>	<b>95</b>	<b>2,39%</b>	<b>3.867</b>	<b>97,60%</b>

Fuente: Elaboración Propia



En la tabla (19) siguiente muestra los pacientes que asisten a los controles para Diabetes tanto Médico como de Enfermera. Los valores de usuarios son cercanos a la prevalencia calculada y son posibles de incrementar si se hacen las actividades de pesquisa antes mencionadas.

**Tabla 20. Usuarios con Hemoglobina Glicada. ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe. Julio 2021 – junio 2022**

Curso de vida	Total población	Bg glicada			
		Realizados	Porcentaje realizados	Pendiente	Porcentaje pendiente
Primera infancia					
Infancia					
Adolescencia					
Juventud					
Adulthood	30	23	76.6%	7	23.4%
Vejez	68	79	116%	0	
<b>Total general</b>	<b>108</b>	<b>102</b>	<b>94.4%</b>	<b>7</b>	<b>6,48%</b>

Fuente: Elaboración Propia

En la tabla 20, se observa la cobertura en Hemoglobina glicada la cual debe hacerse al menos una vez al año en todos los pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus. Este examen cumple con dos criterios para evaluar la calidad de un programa de Diabetes: 1 que esté presente en al menos el 95% de la población objetivo y 2, que los resultados estén en rangos normales en al menos el 50% de los casos. La primera medida, sirve para evaluar la consistencia del proceso de atención; la segunda mide la adhesión del paciente al plan terapéutico instaurado.

Además, se observa que se cumple con el porcentaje global de hemoglobina Glicada en cuanto a cobertura, sin embargo, se debe enfocar en la población adulta para que el porcentaje sea superior al 95% sobre todo porque el número de casos es bajo. Para este análisis, no se auditó los resultados de Hemoglobina Glicada para saber cuántos pacientes están en cifras adecuadas.

### ***Hipertensión***

La otra patología de interés para el modelo de atención es la Hipertensión Arterial (HTA) que afecta especialmente a hombres y mujeres mayores de 45 años pero que puede

aparecer en edades más tempranas, razón por la cual se deben realizar tamizajes desde los 18 años, especialmente en poblaciones de riesgo como son los obesos, personas sedentarias, raza negra, mujeres que planifican con métodos hormonales y personas con antecedentes de HTA en su familia.

La incidencia de esta patología se calcula en el 8% de la población adulta y envejeciente y la prevalencia en el 15% de la misma población. Aunque el número de casos nuevos es mayor que en Diabetes Mellitus, teniendo en cuenta que la incidencia y prevalencia de esta patología es mayor, se podría decir que los datos de los cuadros siguientes muestran un comportamiento similar a la Diabetes Mellitus, en los cuales la ESE deberá hacer un mayor esfuerzo en tamizajes tanto en población cautiva como abierta.

El número de casos nuevos en HTA está por debajo de lo esperado teniendo en cuenta que la distribución de la población de SAVIA SALUD en el municipio es principalmente mayor de 30 años con un alto número de personas mayores de 60 y por lo tanto se podrían esperar 60 a 70 pacientes nuevos entre estos dos grupos poblacionales. Tabla 21 se observa que se capturaron 43 nuevos hipertensos.

**Tabla 21. Usuarios con Consulta Primera Vez HTA. ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe. Julio 2021 – junio 2022**

Curso de vida	Total población	Hta primera vez			
		Consultas realizadas	Porcentaje consultas realizadas	Consultas pendientes	Porcentaje consultas pendiente
Primera infancia	284		0%	284	100%
Infancia	344		0%	344	100%
Adolescencia	455		0%	455	100%
Juventud	685	1	0,14%	684	99,85%
Adulterez	1.397	25	1,79%	1,372	98,21%
Vejez	797	17	2,13%	795	99,74%
<b>Total general</b>	<b>3.962</b>	<b>43</b>	<b>1,08%</b>	<b>3.919</b>	<b>98,91%</b>

Fuente: Elaboración Propia

Por último, la tabla (22) se refiere a los pacientes que asisten a controles de Hipertensión. El número total de hipertensos por grupo poblacional muestra que la Hipertensión es la patología más importante a vigilar y controlar. Se observa que 1 de cada 3 personas

mayores de 60 años la sufren y que el 8% de la población entre 28 y 59 años también la padecen, pero que, si se cierra este grupo poblacional a mayores de 45 años, es seguro que el porcentaje se acerca a las prevalencias antes anotadas. El caso de un hipertenso en infancia es posible que se explique por errores de digitación.

**Tabla 22. Usuarios con Consulta Control HTA. ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe. Julio 2021 – junio 2022**

Curso de vida	Total población	Hta control			
		Consultas realizadas	Porcentaje consultas realizadas	Consultas pendientes	Porcentaje consultas pendiente
Primera infancia	284	0	0%	284	100%
Infancia	344	1	0,29%	343	99,70%
Adolescencia	455	0	0%	455	100%
Juventud	685	1	0,14%	684	99,85%
Adulthood	1.397	114	8,16%	1.283	91,83%
Vejez	797	285	35,75%	512	64,24%
<b>Total general</b>	<b>3.962</b>	<b>401</b>	<b>10,12%</b>	<b>3,561</b>	<b>89,87%</b>

Fuente: Elaboración Propia

Al observar la pirámide poblacional muestra una tendencia al envejecimiento de las personas por ciclo vital, según los RIAS se hace un requerimiento de que cada persona debe ingresar acceder a los programas y que un marcado porcentaje de la población más del 56% está representado por mayores de 28 años.

Las coberturas de los programas dirigidos a la infancia son bajas, pero el número de afiliados permite pensar que, con ajustes a los programas asociados a las RIAS, es posible alcanzar cifras de cobertura ideal, dentro del modelo extenso que se le entregará a la ESE Nuestra Señora de Guadalupe, se encuentran los cursos de vida de niñez, adolescencia, juventud y adultez, sin embargo después de revisar el perfil de morbimortalidad del municipio contrastado con el del departamento, se definió en esta primera instancia que la población de la implementación como prueba piloto, era la población adulta mayor (mayores de 45 años) y vieja (mayor de 60 años) para los programas de Diabetes e Hipertensión porque se observaron coberturas útiles en cuanto a pacientes en adherencia a estos programas (controles), y la falta de coberturas en tamizajes de ambas patologías para el diagnóstico precoz.

Generar coberturas adecuadas en controles permiten a la ESE avanzar en la efectividad de los programas medidos con indicadores de Hemoglobina Glicada, LDL, IMC o ausencia de las siniestralidades como son la Enfermedad Renal, Infartos, ECV; sin embargo, estos indicadores de efectividad dependen en gran medida de los ajustes de la red de prestadores en servicios de mediana complejidad que dependen de la EPS SAVIA SALUD y de no garantizarse, no se deben acordar porcentajes de cobertura altos.

### ***Proyección de actividades.***

A continuación, se presentan las proyecciones de actividades de PEDT ajustadas por población y porcentajes de cobertura según indicadores Fénix. En algunas actividades, donde no existen indicadores Fénix, se proponen coberturas potencialmente alcanzables. Con la proyección de actividades se calculan los tiempos de recurso humano para comparar con la capacidad instalada y determinar si es posible para la ESE alcanzar las coberturas con el talento humano existente.

Cada tabla representa una población y una canasta de servicios. Las primeras Columnas representan el talento humano requerido y las horas laborales de atención directa. Las columnas centrales representan la población asignada en contrato y las columnas finales representan las coberturas estipuladas según indicadores Fénix y PEDT, así como el número de atenciones totales. En la mayoría de los casos el número de atenciones año / persona es de uno (1) con excepción de los programas de control, diabetes e hipertensión o el caso de vacunas que son multidosis.

En algunos programas se plantean acciones combinadas o “atención bimodal” es decir combinan acciones de atención individual con acciones grupales destinadas esencialmente a educación para la salud, toma de signos vitales, revisión de exámenes buscando alteración. Las actividades grupales se calculan en 8 a 10 personas por sesión, por lo tanto, el tiempo calculado para el talento humano es de 6 a 7,5 minutos por asistente.

En el caso de las atenciones de salud oral, como es posible su combinación, se calculan 15 minutos por paciente para citas de media hora.

**Tabla 23. Proyección de actividades de Atención Integral de Adultez y Vejez según programa para usuarios. ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe. Julio 2022 – junio 2023**

TALENTO HUMANO	TIEMPO ASIGNADO MIN	TIEMPO REQUERIDO MIN	TIEMPO HORAS AÑO		SERVICIO PRIMARIO	GENERO	GRUPO EDAD	POBLACIÓN TOTAL	CONTRATO	POBLACION ASIGNADA	COBERTURA ANUAL	POBLACION A ATENDER	ATENCION EVENTO/AÑO PERSONA	TOTAL ATENCIONES/AÑO PROGRAM.
MEDICO	30			ADULTEZ Y VEJEZ	INGRESO POR MEDICO	M y H	29 a 80 años y mas	2,194	NUEVA EPS		31%		1	
	30	59,238	987						SAVIA SALUD SUB	2,194	90%	1,975	1	1975
	30								SAVIA SALUD CONT		39%		1	
	30								SUMMEDICAL		31%		1	
	30								VINCULADOS		10%		1	
	30								PARTICULARES		100%		1	
			987						TOTAL	2,194	50%	1,975	5	1975

Fuente: Elaboración Propia. Adoptado de Sosa Marco. Matriz de Programación de Actividades para IPS de Baja Complejidad.

## Diabetes Mellitus

**Tabla 24. Proyección de actividades de Atención en Diabetes Mellitus según programa para usuarios. ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe. Julio 2022 – junio 2023**

TALENTO HUMANO	TIEMPO ASIGNADO MIN	TIEMPO REQUERIDO MIN	TIEMPO HORAS AÑO		SERVICIO PRIMARIO	GENERO	GRUPO EDAD	POBLACIÓN TOTAL	CONTRATO	POBLACION ASIGNADA	COBERTURA ANUAL	POBLACION A ATENDER	ATENCION EVENTO/AÑO PERSONA	TOTAL ATENCIONES/AÑO PROGRAM.	
MEDICO	30			DIABETES	2 VALORACIONES POR MEDICO	M y H	TODA LA POBLAC. (>45 años)	150	NUEVA EPS		100%		2		
	30	9	150						SAVIA SALUD SUB	150	100%	150	2	300	
	30								SAVIA SALUD CONT		20%		2		
	30								SUMIMEDICAL		100%		2		
	30								VINCULADOS		100%		2		
	30								PARTICULARES		100%		2		
									150	TOTAL	150	4.2	150	4	300
AUX. ENFERMERIA	6.0				DIABETES	2 VALORACIONES POR ENFERMERA	M y H	TODA LA POBLAC. (>45 años)	150	NUEVA EPS		100%		2	
	6.0	1,8	30							SAVIA SALUD SUB	150	100%	150	2	300
	6.0									SAVIA SALUD CONT		20%		2	
	6.0									SUMIMEDICAL		100%		2	
	6.0									VINCULADOS		100%		2	
	6.0									PARTICULARES		100%		2	
										30	TOTAL	150	4.2	150	4
AUXILIAR FARMACIA	10.0			DIABETES		ENTREGA MEDICAMENTOS	M	15 A 49 ANOS	150	NUEVA EPS		100%		12	
	10.0	18	300							SAVIA SALUD SUB	150	100%	150	12	1,8
	10.0									SAVIA SALUD CONT		100%		12	
	10.0									SUMIMEDICAL		100%		12	
	10.0									VINCULADOS		100%		12	
	10.0									PARTICULARES		100%		12	
										300	TOTAL	150	6	150	60

Fuente: Elaboración Propia. Adoptado de Sosa Marco. Matriz de Programación de Actividades para IPS de Baja Complejidad.

## Hipertensión Arterial

**Tabla 25. Proyección de actividades de Atención Hipertensión Arterial según programa para usuarios de la ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe. Julio 2022 – junio 2023**

TALENTO HUMANO	TIEMPO ASIGNADO MIN	TIEMPO REQUERIDO MIN	TIEMPO HORAS AÑO	HIPERTENSIÓN	SERVICIO PRIMARIO	GENERO	GRUPO EDAD	POBLACIÓN TOTAL	CONTRATO	POBLACION ASIGNADA	COBERTURA ANUAL	POBLACION A ATENDER	ATENCION EVENTO/AÑO PERSONA	TOTAL ATENCIONES/AÑO PROGRAM.
MEDICO	25				2 EVALUACIONES POR MEDICO (ingreso 30, control 20)	M y H	TODA LA POBLAC. (>45 años)	444	NUEVA EPS		100%		2	
	25	22,2	370						SAVIA SALUD SUB	444	100%	444	2	888
	25								SAVIA SALUD CONT		35%		2	
	25								SUMIMEDICAL		100%		2	
	25								VINCULADOS		100%		2	
	25								PARTICULARES		100%		2	
									370	TOTAL	444	4.35	444	10
AUX. ENFERMERIA - ENFERMERA	6.0				2 CONTROL POR ENFERMERIA (grupal 8)	M y H	TODA LA POBLAC. (>45 años)	444	NUEVA EPS		100%		2	
	6.0	5,328	89						SAVIA SALUD SUB	444	100%	444	2	888
	6.0								SAVIA SALUD CONT		35%		2	
	6.0								SUMIMEDICAL		100%		2	
	6.0								VINCULADOS		100%		2	
	6.0								PARTICULARES		100%		2	
									89	TOTAL	444	4.35	444	10
AUXILIAR FARMACIA	10.0			ENTREGA MEDICAMENTOS	M	15 A 49 ANOS	444	NUEVA EPS		100%		12		
	10.0	53,28	888					SAVIA SALUD SUB	444	100%	444	12	5,328	
	10.0							SAVIA SALUD CONT		100%		12		
	10.0							SUMIMEDICAL		100%		12		
	10.0							VINCULADOS		100%		12		
	10.0							PARTICULARES		100%		12		
								888	TOTAL	444	6	444	60	5,328

Fuente: Elaboración Propia. Adoptado de Sosa Marco. Matriz de Programación de Actividades para IPS de Baja Complejidad.

Después de analizar todos los datos que se tienen de la población con diagnóstico de HTA/DM se concluye que para

atender esta población desde la RIA de mantenimiento y promoción de la salud, se deriva a la RIA Cardiovascular.  
A continuación, se especifica el recurso humano requerido para esto:

### **Recurso Humano Requerido**

**Tabla 26. Proyección de tiempo del Talento Humano necesario para las actividades de PEDT según programa para Usuarios. ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe. Julio 2022 – junio 2023**

<b>CONTROL DE HORAS A LABORAR</b>							
<b>PROFESIONAL</b>	<b>H. Efecto.</b>	<b>H. Perdidas 20%</b>	<b>H. Admin. 15%</b>	<b>Total horas</b>	<b>Horas semana</b>	<b>Horas año (46 Semanas)</b>	<b>Recurso humano requerido</b>
<b>MEDICO</b>	2261.13	452.23	339.17	3,053	44	2024	1.5
<b>AUX.ENFERMERIA</b>	888.49	177.70	133.27	1,199	44	2024	0.6
<b>ENFERMERA</b>	1062.45	212.49	159.37	1,434	44	2024	0.7
<b>HIGIENISTA</b>	1026.90	205.38	154.04	1,386	44	2024	0.7
<b>ODONTOLOGIA</b>	246.90	49.38	37.04	333	44	2024	0.2
<b>VACUNADOR</b>	446.02	89.20	66.90	602	44	2024	0.3
<b>AUX. FARMACIA</b>	1789.80	357.96	268.47	2,416	44	2024	1.2
<b>TOTAL RECURSO HUMANO</b>	7,722	1,544	1,158	10,424	44	2024	5

Fuente: Elaboración Propia. Adoptado de Sosa Marco. Matriz de Programación de Actividades para IPS de Baja Complejidad.

En la tabla 26 se muestra el tiempo estipulado del talento humano para cumplir con las acciones contenidas en el contrato capitado. El tiempo calculado año obedece a 44 horas semanales multiplicado por 46 semanas persona / año. Las seis semanas faltantes corresponden a los días festivos y vacaciones.

Con todos los datos calculados y con las coberturas propuestas, el número de personas necesarias para la atención de la



población es menor que el que posee la ESE para este tipo de atenciones, es decir, se tiene la capacidad instalada de talento humano necesaria.

Sin embargo, se deben tener en cuenta otras variables como el costo de insumos, desplazamientos a zonas rurales o cambios en las coberturas para definir si el valor contemplado en la cápita para las atenciones PEDT es suficiente.

En este sentido, se deben conciliar los valores ajustados por cobertura.

Se puede concluir que dada la carga de enfermedad de la población adulta y la necesidad de reforzar acciones de resolutivez médica, adecuado diagnóstico y control de patologías crónicas en un esfuerzo administrativo y técnico enfocado en la aplicación de las guías de RIAS y MAITE y los énfasis en control de enfermedades crónicas, son una excelente alternativa de solución que permite mejorar y mantener la salud de la población y por supuesto aliviar los problemas de ingresos económicos por facturación.

Se resalta que la ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe cuenta con dotación y recursos técnico-científicos suficientes para brindar un buen servicio a través de un equipo humano idóneo, presto a satisfacer la demanda asistencial y encaminado a suministrar integralmente los servicios de salud, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, tendientes a mejorar la calidad de vida de la comunidad, con base en su capacidad resolutivez, garantizando la calidad, eficiencia y efectividad.

## **9.2 Modelo de atención**

A continuación, se presentan los insumos que hacen parte de la implementación del modelo:

### **9.2.1 Objetivos**

#### ***Objetivo general***

Prestar servicios de salud de baja y mediana complejidad en la ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe a los usuarios y sus familias bajo estándares de atención segura, humanizada, pertinente, continua, oportuna, accesible y eficiente empleando talento humano calificado, tecnología adecuada y promoviendo la formación académica orientada a la investigación e innovación; relacionando su enfoque de atención con 3 líneas estratégicas de MAITE, prestación de servicios de salud, Talento Humano y Salud Pública.

#### ***Objetivos específicos***

- Brindar atención integral de servicios de salud respondiendo satisfactoriamente a las necesidades y expectativas de los usuarios y su familia.
- Fomentar una atención humanizada, digna, respetuosa y segura a los usuarios y su familia
- Realizar interrelación con las líneas estratégicas del MAITE, las cuales son : Prestación de servicios , Talento humano y salud Pública.
- Asegurar un ambiente académico óptimo en la formación de talento humano orientado a la prestación de servicios de salud de baja complejidad, la investigación e innovación.
- Promover un trabajo coordinado entre las IPS públicas y privadas en los diferentes niveles de complejidad y aseguradoras ajustados a las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS)

***Alcance***

Aplica para todos los servicios que se prestan en la E.S.E. Hospital nuestra señora de Guadalupe especialidad básicas de una ESE de mediana complejidad y en consulta externa.

***Aplicable***

- Cliente interno y cliente externo
- Usuario y su familia
- Formación de talento humano
- Contratación de Servicios de Salud

***Responsable***

Gerencia, técnico administrativo y líderes de áreas

**9.2.2 Definiciones**

- **Actividad:** Es el conjunto de acciones, operaciones o tareas dentro de un procedimiento de salud, en las cuales se utilizan recursos físicos, humanos y/o tecnológicos.
- **Accesibilidad:** Posibilidad que tiene el Usuario para utilizar los servicios de salud. La accesibilidad es de orden administrativo, geográfico y económico.
- **Atención ambulatoria:** Se define como la modalidad de atención de salud, en la cual toda actividad, procedimiento o intervención se realiza sin necesidad de internar u hospitalizar al paciente.
- **Atención de urgencias:** Se define como la prestación oportuna de servicios de atención en salud mediante actividades, procedimientos e intervenciones en una institución prestadora de servicios de salud, para la atención de usuarios.
- **Atención Inicial de urgencias:** Se define la atención inicial de urgencia como las acciones realizadas a una persona con patología que requiere atención de urgencia y que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión y determinar el destino inmediato, de tal manera que pueda ser manejado, trasladado, remitido o diferido, para recibir su tratamiento posterior definitivo. La estabilización de

signos vitales implica realizar las acciones tendientes a ubicarlos dentro de parámetros compatibles con el mínimo riesgo de muerte o complicación, no necesariamente implica la recuperación a estándares normales, ni la resolución definitiva del trastorno que generó el evento.

- **Atención segura:** Conjunto de medidas estructurales, organizativas y protocolarias encaminadas a reducir el riesgo de que el usuario pueda sufrir algún evento adverso durante la atención.
- **Complicación:** Condición de Salud que se desarrolla como consecuencia del curso natural de la enfermedad o después de un procedimiento, tratamiento. Las complicaciones están directamente relacionadas con un procedimiento, conocido como riesgo del procedimiento, o un tratamiento conocido como efecto colateral o toxicidad, o se presentan en el curso de una enfermedad como parte de su historia natural o de su curso clínico.
- **Consulta externa:** Atención en salud en la cual toda actividad, procedimiento e intervención se realiza sin necesidad de internar u hospitalizar al paciente. Permite la definición de un diagnóstico y conducta terapéutica para el mantenimiento y/o mejoramiento de la salud del paciente. En ocasiones se realiza tratamientos que son de tipo ambulatorio.
- **Consulta prioritaria:** Es la que se brinda a un usuario que por sus condiciones de salud, no puede esperar una cita médica pero que no peligr su vida.
- **Contrarreferencia:** Es la respuesta que los prestadores de servicios de salud receptores de la referencia dan al prestador que remitió. La respuesta es la contra remisión del usuario con las debidas indicaciones a seguir, la información sobre la atención recibida por el usuario en la institución receptora o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.
- **Continuidad:** Garantía que los usuarios reciben las intervenciones requeridas mediante la secuencia lógica y racional de actividades basadas en el conocimiento científico y sin interrupciones innecesarias.
- **Emergencia:** Es aquella situación urgente que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de un órgano. (OMS)
- **Humanización:** Es un asunto ético, que tiene que ver con los valores que conducen nuestra conducta en el ámbito de la salud. La humanización se concreta en la forma como se relaciona la organización con sus usuarios, utilizando el lenguaje empático, favoreciendo la intimidad y el respeto por los derechos del paciente, entregando la información suficiente, exacta y a tiempo en forma clara y entendible por el usuario. En

la plataforma estratégica se concreta cuando los valores nos llevan a diseñar políticas, programas, realizar cuidados y velar por las relaciones asociadas con la dignidad de todo ser humano

- **Interconsulta:** Es el acto mediante el cual cualquier profesional de la salud, a solicitud del médico u odontólogo tratante, emite opinión diagnóstica o terapéutica sin asumir la responsabilidad directa en el manejo del paciente.
- **Modelo de prestación de servicios de salud:** Es el marco conceptual de referencia que define el conjunto de políticas, sistemas, procesos e instrumentos que operando coherentemente proveen servicios de salud a los usuarios y sus familias y la comunidad, para satisfacer sus necesidades de salud
- **Observación de urgencias:** Es la atención institucional intramural de un paciente pendiente de resolución de su patología (tratamientos cortos), evolución corta o precisión diagnóstica. La estancia máxima en observación de urgencias es de 24 horas, lapso en el cual se debe decidir si el enfermo es dado de alta o trasladado a la zona de hospitalización que le corresponda.
- **Oportunidad:** Es el tiempo transcurrido desde el momento que el paciente solicita los servicios de salud y el momento en que es atendido. La oportunidad es un indicador de la calidad de la atención de la ESE y tiene estándares definidos por norma para cada servicio.
- **Pertinencia:** Es la valoración científica que da cuenta que los actos de los profesionales de la salud están acordes con el desarrollo de la ciencia para el tratamiento adecuado de una condición de salud específica del paciente. Es la garantía que los usuarios reciban los servicios que requieren
- **Población vulnerable:** Grupo de personas que se encuentran en estado de desprotección o incapacidad frente a una amenaza a su condición psicológica, física, mental, económica y entre otras.
- **Referencia:** es el envío de los usuarios o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, dé respuesta a las necesidades de salud.
- **Tratamiento:** Todas las actividades, procedimientos o intervenciones, tendientes a modificar o desaparecer, los efectos inmediatos o mediatos de la enfermedad o patología
- **Urgencia:** Es la alteración de la integridad física, funcional y/o mental de una persona, por cualquier causa, con cualquier grado de severidad que comprometen su

vida o funcionalidad y que requieren acciones oportunas de los servicios de salud a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas permanentes o futuras.

- Triage: El triage en los servicios de urgencia es un Sistema de Selección y Clasificación de pacientes, basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles que consiste en una valoración clínica breve que determina la prioridad en que un paciente será atendido. El "Triage", como proceso dinámico que es, cambia tan rápidamente como lo puede hacer el estado clínico del usuario. La clasificación del triage es de orden normativo y definido desde el Ministerio de Salud y por lo tanto es acogido por los prestadores de servicios de salud.

### **9.2.3 Condiciones generales**

Con el presente Modelo de Prestación de Servicios se busca dar respuesta a las necesidades y expectativas de los usuarios y familia, teniendo en cuenta la misión y la visión institucional, dentro del contexto social, económico, político y de georreferenciación, de acuerdo a la responsabilidad social como centro de atención de baja complejidad para la población de Guadalupe, con énfasis en la población pobre vulnerable del municipio teniendo como sus mayores usuarios el régimen subsidiado de la EPS SAVIA SALUD y del régimen contributivo NUEVA EPS.

La E.S.E Hospital NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE establece un modelo organizacional de atención en salud de baja complejidad que asegure la integralidad de la atención del usuario y su familia, buscando que la oferta de servicios obedezca a las necesidades de la comunidad demandante.

Este modelo está orientado a la atención interdisciplinaria, segura, humanizada, pertinente, continua, oportuna, accesible e integral, que va desde el acceso e ingreso de usuario hasta la salida y seguimiento de su atención.

Simultáneamente al proceso de atención de la institución está la formación de recurso humano en salud que cursa niveles de pregrado en diversas disciplinas del sector salud bajo criterios de ética, responsabilidad social con estrictas normas de respeto a los derechos del usuario y por otra parte generando conocimiento a través de la investigación científica.

La implementación del modelo será un proceso progresivo, seguro, continuo, eficiente e integral

## **9.2.4 Desarrollo**

### **9.2.4.1 Introducción**

El Modelo de Prestación de Servicios de Salud de la ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe tiene como finalidad garantizar el cumplimiento de su misión institucional, considerando en este los principales componentes del direccionamiento estratégico, su coherencia con la red departamental de servicios de salud aprobada por el Ministerio de Salud y Protección Social, las redes integrales de prestación de servicios de salud (RISS), las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), los principios del Sistema de Seguridad Social en Salud, los atributos de calidad en salud, los estándares de los Sistemas Únicos de Habilitación y Acreditación en salud.

Para documentar el Modelo de Prestación de Servicios de Salud de la ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe tuvieron en cuenta: la ley 100 de 1993, el plan nacional de prestación de servicios de salud, el decreto 1011 de 2006, la ley 1438 de 2011, la ley 1751 de 2015, acuerdo Nro. 3 del 29 de octubre de la Junta Directiva de la ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe, mediante la cual se actualiza el direccionamiento estratégico y se determinan las políticas institucionales, el documento de red de prestación de servicios de salud del departamento de Antioquia aprobada por el Ministerio de Salud y Protección Social en julio de 2013, la resolución 5596 de 2015, que reglamenta el triage en Urgencias y la resolución 429 de 2016, en la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud, la resolución 3100 de 2019 por la cual se define la habilitación de las IPS.

Con la adopción de la política de atención integral en salud (PAIS) se generan herramientas para garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la población, bajo condiciones de equidad, y comprende el conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que direccionan de manera coordinada las acciones de cada uno de los integrantes del



sistema, en una visión centrada en las personas.

Este modelo de atención integral tiene los siguientes componentes: caracterización de la población, regulación de Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), implementación de la Gestión Integral del Riesgo en Salud-GIRS, delimitación territorial del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), redes Integrales de prestadores de Servicios de Salud (RISS), redefinición del rol del asegurador, redefinición del Esquema de incentivos, requerimientos y procesos del sistema de información

El Modelo de Prestación de Servicios de la de la ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe está enmarcado dentro de un proceso de mejoramiento continuo de la calidad, que garantiza la continuidad del desarrollo de acciones para mejorar y mantener la excelencia en la calidad de la atención, la eficacia, eficiencia y efectividad en la ejecución de los procesos misionales.

#### **9.2.4.2 Reseña histórica**

El Concejo Municipal de Guadalupe, apoyado en las facultades que le confiere el numeral 6 del Artículo 313 de la Constitución Política de 1993, determinó erigir al Hospital Nuestra Señora de Guadalupe del municipio de Guadalupe, como Empresa Social del Estado establecimiento, entidad descentralizada del Orden Municipal y adoptó estatutos mediante acuerdo No. 073 del 12 de junio de 1994, emanado del Honorable Concejo Municipal. Actualmente la gerencia la asume la Dra. Luisa Fernanda García Arango, quien fue nombrado mediante decreto 068 del 1 de abril de 2020, amparado en el Artículo 20 de la Ley 1797 de 2016.

La ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe del municipio de Guadalupe con NIT 890.981.690-1 es una organización de salud que ofrece servicios de baja complejidad, cuyo objeto es brindar servicios de salud humanizados, dirigidos a la población Guadalupeña. De carácter municipal, de Nivel de atención I tipo A; perteneciente a la región norte, subred número 1 del departamento de Antioquia; su única sede se encuentra ubicada en la urbana, del municipio de Guadalupe; Su código de habilitación REPS 053150458601

**Tabla 27. Identificación de la empresa social del estado**

Nombre de la empresa social del estado	NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE de Guadalupe – Antioquia
Nit	890.981.690-1
Nivel de atención (digite 1, 2 o 3 según sea el nivel)	I tipo A
Nombre de la red a la que pertenece	Red Norte de Antioquia
Rol de la ese en la red	Baja Complejidad
Carácter territorial	Municipal
Departamento / distrito	Antioquia
Municipio sede principal	Guadalupe
Dirección y tipo de la sede principal	Carrera 50 Nro. 51 -12
Código prestador – reps	053150458601
Nombre de la empresa social del estado (SIHO)	NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE de Guadalupe
Acto de creación de la ESE	Acuerdo No. 073 del 12 de junio de 1994, emanado del Honorable Concejo Municipal.
Acto administrativo de adopción de estatutos	Acuerdo No. 073 del 12 de junio de 1994, emanado del Honorable Concejo Municipal.
Acto administrativo adopción PDI	Acuerdo Nro. 3 del 29 octubre de la Junta Directiva de la ESE NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE
Información gerente actual	Luisa Fernanda García Arango

Su junta directiva está conformada como lo establece la norma para Empresas Sociales del Estado de primer nivel de atención

La Junta Directiva está dispuesta a propender por el logro de estrategias que estabilicen las finanzas de la ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe, que aumenten la producción, el recaudo y disminuyan los costos y gastos, garantizando una mejora en la calidad del servicio prestado a los usuarios del hospital, buscando convertir al hospital en una entidad financieramente sostenible, amable con la comunidad y que vele por la salud de los guadalupeños y visitantes, con calidad, oportunidad y confianza.

**Tabla 28. Integrantes junta directiva. ESE hospital nuestra señora de Guadalupe de Guadalupe. Municipio de Guadalupe Antioquia**

Calidad miembro en junta directiva	Nombres -Apellidos	Documento de identidad
Presidente de Junta Directiva	Cesar Augusto Agudelo Metrio	CC 70.630.652
Estamento Político – Administrativo	Carlos Mario Ossa Peláez	CC 98.552.734
Estamento de la Comunidad	Jhon Jairo Gómez Restrepo	CC 70.630.383
Estamento de los profesionales de la salud de a ESE	Heidy del Carmen Muñiz Ocampo	CC 30.898.766
Estamento de los profesionales administrativos de la ESE	Melisa Velásquez Pérez	CC 1.035.521.258

### 9.2.4.3 Cultura corporativa y lineamientos estratégicos de la ESE

#### ***Misión***

La ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe, es una institución que presta servicios de baja complejidad de forma intra y extramural, con talento humano idóneo y comprometido con el mejoramiento de la salud de los usuarios del norte de Antioquia.

#### ***Visión***

Para el año 2024 la ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe del municipio Guadalupe, será una institución reconocida por su calidad, con una tecnología adecuada a los servicios y a la necesidad de los usuarios para garantizar una atención oportuna, idónea y humanizada en promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los usuarios del norte de Antioquia

#### ***Principios***

- Aprendizaje Continuo: Voluntad de aprendizaje permanente con actitud positiva frente al cambio para el óptimo desempeño individual e institucional.
- Atención Humanizada: Actuar con sensibilidad y empatía para animar y acompañar al usuario y su familia respetando sus derechos.
- Equidad: Prestación de nuestros servicios sin distinción alguna, teniendo como única medida la responsabilidad de solucionar integralmente los problemas de salud de nuestra población.
- Eficiencia: Mejor utilización económica y social del talento humano y de los recursos administrativos técnicos y financieros disponibles para prestar servicios de salud con calidad.

- Trabajo en Equipo: Unión de esfuerzos para el logro de beneficios.
- Calidad: Atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica, de forma integral, segura y oportuna.
- Participación: Intervención de la comunidad en la organización, control, gestión y fiscalización de la institución.
- Calidad: Los colaboradores de la ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe de Guadalupe, prestamos servicios confiables, seguros, oportunos con eficiencia y eficacia.
- Sentido de Pertenencia: Hacer las cosas bien, puntualidad, querer lo que se hace, cuidar el sitio de trabajo. Los colaboradores de la de la ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe, están comprometidos con hacer las cosas bien, cuidar los recursos y la imagen de la institución.
- Humanización: Los colaboradores de la ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe, nos sensibilizamos ante las dificultades del otro.

### **Valores**

- ✓ Compromiso
- ✓ Responsabilidad
- ✓ Colaboración
- ✓ Solidaridad
- ✓ Corresponsabilidad

#### **9.2.4.4 Objetivos estratégicos plan de desarrollo institucional 2020 – 2023**

- Incrementar la satisfacción y las competencias de los colaboradores, mediante el mejoramiento del proceso de Gestión del talento humano.
- Mejorar la competitividad institucional a través del mejoramiento y control de los procesos, apoyados en mejora tecnológica, un sistema integrado de gestión y el modelo de atención en salud.
- Mantener la fidelización y la satisfacción de los clientes, mediante el fortalecimiento del sistema de información y atención al usuario, y el mejoramiento continuo de la calidad,
- Incrementar la rentabilidad financiera de la empresa, mediante el mejoramiento de los ingresos y la gestión de los costos y gastos.

- Mejorar las condiciones de salud de la población, ampliando las coberturas desde el modelo de atención y la reinversión social.

#### **9.2.4.5 Políticas institucionales**

Cada una de las Políticas Institucionales identifica el compromiso de la Gestión Directiva en la prestación de servicios de salud de óptima calidad, las cuales son responsables de direccionar al equipo de colaboradores en el logro de los objetivos estratégicos de la ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe.

Las políticas corresponden a mi PG, se formularon de acuerdo con la norma, se realizaron bajo la directriz de la gerencia y el equipo administrativo

Las políticas se difunden en la ESE a través de cada líder de los servicios, a través de carteleras e infogramas.

La ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe, tiene definidas las siguientes políticas:

1. Política Gestión del riesgo
2. Política de adquisición e incorporación de la tecnología
3. Política de atención primaria en salud
4. Política de calidad
5. Política de cultura organizacional
6. Política de comunicaciones
7. Política de gerencia de la información
8. Política del servicio farmacéutico
9. Política de humanización
10. Política IAMII
11. Política Seguridad Vial
12. Política de prevención del riesgo público
13. Política de salud pública
14. Política seguridad del paciente
15. Política de seguridad y confidencialidad de la Información
16. Política de servicio de información y atención al usuario (SIAU)
17. Política de seguridad y salud en el trabajo
18. Política talento humano
19. Política de gestión pública de transparencia y acceso a la información pública
20. Política Responsabilidad Social Empresarial
21. Política Anti trámites

22. Política Gestión Documental
23. Política Gobierno Digital
24. Política Integridad
25. Política Participación ciudadana
26. Política Planeación Institucional
27. Política de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional
28. Política Seguridad Digital
29. Política Prestación de servicios de salud
30. Política Uso racional de Antibióticos
31. Política promoción y prevención
32. Política de Defensa Jurídica
33. Política Gestión presupuestal y eficiencia del gasto
34. Política Gestión ambiental
35. Política Control Interno
36. Política fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos

#### **9.2.4.6 Portafolio de servicios**

La Empresa Social del Estado Hospital Nuestra señora de Guadalupe es un Hospital de Primer Nivel de Atención Tipo A que se encarga de la atención de baja complejidad en el municipio. Es una IPS con una sede única ubicada en la cabecera municipal. Oferta servicios de urgencias, laboratorio clínico, medicina general, odontología general, Rx odontológicos, servicio farmacéutico, servicios de promoción y prevención y transporte asistencial básico TAB, Atención de Partos, Servicios de mediana complejidad en modalidad de brigadas en áreas especializadas de la medicina en: Gineco-obstetricia, Medicina Interna, Psiquiatría, Pediatría, Ecografías, Telemedicina y el proceso de esterilización, además de contar con administración independiente.

Tiene capacidad instalada para los servicios de hospitalización general adultos, pediatría y obstetricia y sala de partos. Para la atención integral e integrada, remite pacientes que demanden servicios de mediana complejidad a las ESE de los municipios de Yarumal, Yolombó, Bello, Medellín, Itagüí y Envigado y los servicios de alta complejidad a las ESE del municipio de Medellín.

#### **9.2.4.7 Portafolio Institucional**

El servicio de urgencias brinda consulta en medicina general y odontología, procedimientos menores, sala de yesos y observación, 24 horas, lo que permite tener una atención integral a los usuarios según su perfil y grupo étnico. El área de consulta externa oferta servicios de consulta con médico general, odontólogo y enfermera de lunes a sábado en las instalaciones de la ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe.

Las Rutas integrales de atención en salud - RIAS ofertadas son: Promoción y Mantenimiento de la salud, Materno perinatal, Cardio Vascular y Salud mental.

Adicionalmente, se ofrecen servicios de apoyo diagnóstico como: Laboratorio Clínico de baja complejidad y algunas pruebas de mediana complejidad

Los servicios conexos de la salud tales como: visitas domiciliarias e institucionales y talleres colectivos del Plan de Intervenciones Colectivas PIC, los cuales permiten mayor integralidad con el Plan Básico de Salud contratado con cada EPS tanto de Régimen Subsidiado como del contributivo.

Los servicios de especialidades básicas como son Medicina Interna, Gineco – Obstetricia, Pediatría y Psiquiatría, así como de ecografía obstétrica y de otros sistemas, se prestan bajo modalidad de brigadas con frecuencias de 15 días en la mayoría de los casos según la demanda de cada uno de estos servicios.

El transporte asistencial básico está conformado por 1 ambulancia disponible las 24 horas del día.

Se cuenta con central de esterilización disponible de acuerdo con la programación establecida por el área de enfermería, atendida por auxiliares de enfermería.

Es importante mencionar que los servicios prestados se encuentran declarados Secretaria de Salud y Protección Social de Antioquia SSSPSA, tal como lo exige la normatividad vigente y el Programa Territorial de Reorganización RED, Rediseño y Modernización de la Red Pública Departamental; para esto, se cuenta con un procedimiento que permite mantener actualizada de manera permanente la habilitación de los servicios generando oportunamente novedades de estos.

De los servicios del primer nivel de atención, se tienen dificultades para el cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, pero en su nueva sede próxima a entregar se espera cumplir con todo el SUA

Los servicios se encuentran autoevaluados según la resolución 3100 del 25 noviembre de 2019, actualmente se está trabajando en los aspectos pendientes que deben cumplir la ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe. con los requisitos planteados en los estándares. Las siguientes tablas muestran la realidad de la oferta instalada tanto en infraestructura como en talento humano para el año 2022, además la capacidad de infraestructura no limita la producción de servicios de salud y que la oferta en cuanto a talento humano es suficiente para la población total del municipio. En otras palabras, la capacidad instalada de la ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe es suficiente para atender la demanda actual y en caso de incrementarse, es posible de ser absorbida incrementando las horas contratadas del servicio específico.

**Tabla 29. Capacidad instalada según infraestructura. ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe. Municipio Guadalupe. Antioquia, 2022**

Unidad Funcional	Centro de costos	Instalación física	Disponibilidad consultorios (No.)	Horas diarias de atención por unidad
Urgencias	Consulta y procedimientos	Consultas de triage	1	24
		Consultas de medicina general urgentes	1	24
		Sala de yeso	1	24
		Sala de reanimación	1	24
		Sala general de procedimientos menores	1	8
	Observación	Sala de enfermedades respiratorias agudas – ERA	1	24
		Sala de rehidratación oral	1	24
Pacientes en observación		1	24	
Servicios ambulatorios	Consulta externa y procedimientos	Consultas de medicina general y especialidades electivas	2	8
	Actividades de promoción y prevención	Vacunación	1	8
		Atención preventiva salud oral higiene oral	1	8
		Planificación familiar	1	8
		Controles de Enfermería de C y D	1	8
		Controles de Enfermería de Atención Prenatal	1	8
		Controles de enfermería de Hipertensión	1	8
		Otras actividades de promoción y prevención (campanas)	1	8
	Otras actividades	Otras actividades de apoyo (vigilancia epidemiológica)	1	8
	Actividades de salud oral	consultas odontológicas electivas	1	8
Hospitalización	Estancia general	General adultos	2	24
		General pediátrica	1	24
		Obstetricia	1	24
Quirófanos y salas de parto	Salas de parto	Partos vaginales	1	24
Apoyo diagnóstico	Anatomía patológica	Toma de muestras citologías cervicouterinas	1	8
	Laboratorio clínico	Laboratorio clínico	1	24
		Toma de muestras de Lab Clínico	1	24
	Imagenología	Ecografía	1	8
Apoyo terapéutico	Farmacia e insumos hospitalarios	Servicio farmacéutico	1	8
Servicios conexos a la salud	Servicios conexos a la salud - Servicios de ambulancias	Transporte asistencial básico	1	24



La evaluación de la capacidad de producción máxima teórica por servicio según la capacidad física instalada y la capacidad del talento humano disponible conlleva a calcular la producción máxima teórica por servicio, lo cual es la medida básica para calcular realmente la capacidad instalada se muestran en los cuadros siguientes.

**Tabla 30. Capacidad instalada según disponibilidad de talento humano. ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe. Municipio Guadalupe. Antioquia. 2022**

Unidad	Centro	Servicio	Tipo De Profesional (Quien Realiza La Atención)	No. Profesionales	Horas Promedio Mes De Servicios Por Cada Profesional En Cada Servicio	Total Horas Mes De Oferta De Servicios	Productividad Hora	Oferta Disponible Año
Urgencias	Consulta y procedimientos	Triage	Médico General	1	10	10	3	360
		Consultas de medicina general urgentes	Médico General	1	84	84	2	2.016
		Sala general de procedimientos menores	Médico General	1	15	15	1	180
	Observación	Observación	Médico General	1	50	50	1	600
Servicios ambulatorios	Consulta externa y procedimientos	Medicina General electivas	Médico General	2	192	384	3	13.824
		Nutrición	Nutricionista	1	60	60	2	1.440
		Psicología	Psicóloga	1	180	180	2	3.840
	Actividades de promoción y prevención	Vacunación, Controles	Enfermera y Aux. de enfermería	2	180	360	3	12.960
		Planificación Familiar, Promoción y Prevención, Otras	Enfermera y Aux. de enfermería	2	180	320	3	11.520
	Otras actividades	Servicios de Apoyo	Enfermera y Aux. de enfermería	2	180	320	3	11.520
	Actividades de salud oral	Actividades de salud oral	Odonólogo	2	180	372	3	13.392
			Higienista Oral	1	192	192	3	6.912
	Consulta especializada	Consultas con especialistas brigadas	Ginecólogo	1	16	16	3	576
			Pediatra	1	16	16	2	384
			Medicina Interna	1	16	16	2	384
Psiquiatra			1	16	16	2	384	
Hospitalización	Estancia General	General Adultos	Médico General	3	14	42	3	1.512
		Pediatría	Médico General	3	0	0	3	0
		Ginecobstetricia	Médico General	3	2	6	3	216
Quirófanos y salas de parto	Salas de Parto	Partos Vaginales	Médico General	3	10	30	0,5	180
Apoyo diagnóstico	Anatomía patológica	Toma de muestras citologías cervico-uterinas	Enfermera	1	23	23	4	1.104
	Imagenología	Ultrasonido	Radiólogo			0		0
		Radiologías Odontológicas	Odonólogo	1	10	10	3	360
	Laboratorio Clínico	Laboratorio clínico	Bacteriólogo	1	172	172	15	30.960
		Toma de muestras de laboratorio clínico	Bacteriólogo	1	20	20	10	2.400
Apoyo terapéutico	Farmacia e insumos hospitalarios	Farmacia e insumos hospitalarios	Regente	1	192	192	30	69.120
Servicios conexos a la salud	Servicios conexos a la salud - Medicina legal	Servicios Medicina Legal (Neropsia)	Médico General	3	1	3	1	36
	Servicios conexos a la salud - Servicios de ambulancias	Transporte asistencial básico	Conductor	2	192	384	1	4.608
	Servicios conexos a la salud - Otros servicios	Otros Servicios	Aux. Enf.	2	120	240	1	2.880

### 9.2.4.8 Descripción de la ruta de atención en los servicios asistenciales

**Figura 21. Instructivo para la elaboración de Modelos de Prestación de Servicios de Salud en IPS de Baja Complejidad**



Tomado de: Sosa, Marco. 2020.

La figura 21, muestra la ruta crítica de atención en salud descrita en los estándares de habilitación y acreditación en salud y que sirven tanto para el diseño de las rutas de atención como para la evaluación y monitoreo de los servicios.

A continuación, se describen cada uno de los momentos de atención según dicha ruta crítica y cómo se comportan en cada uno de los servicios.

### 9.2.4.9 Acceso, registro e ingreso

#### *Servicio de Urgencias*

La ESE Hospital de la ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe, cuenta con servicio de urgencias de baja complejidad en adultos, pediatría y gineco-obstetricia. El Hospital

presta la atención inicial de urgencias a todos los usuarios que requieran el servicio, sin establecer barreras por afiliación. El acceso del usuario a la ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe se da por la entrada principal del servicio de urgencias, en donde los vigilantes lo orientan al servicio respectivo. Una vez el usuario y su acompañante se acercan a la puerta de ingreso son recibidos por personal asistencial quienes los dirigen al Triage.

La atención inicia en el área de triage por la auxiliar de enfermería asignada, quien identifica al usuario, coloca manilla de identificación de color Blanco, explica al usuario que es una medida de seguridad; verifica el estado de los signos vitales, el motivo de la solicitud del servicio y remite al médico de triage. Se realiza clasificación de Triage máximo a los 30 minutos de la llegada del usuario a la institución aplicando el procedimiento definido por la ESE para esta actividad y que se denomina “GUIA DE CLASIFICACION DEL TRIAGE” y se clasifica según la siguiente tabla

#### *Nivel de priorización de triage color*

- ✓ TRIAGE I. (Resucitación) (color rojo) Requiere atención inmediata. La condición clínica del paciente representa un riesgo vital. Tiempos de atención/asistencia: inmediato.
- ✓ TRIAGE II. (Emergencia) (color naranja): La condición clínica del paciente puede evolucionar hacia un rápido deterioro o a su muerte. Tiempos de atención/asistencia: inmediato para enfermería y menor o igual a 30 minutos para medicina.
- ✓ TRIAGE III. (Urgencia) (color amarillo): La condición clínica del paciente requiere de medidas diagnósticas y terapéuticas en urgencias. Tiempos de atención menos de 1 hora si las condiciones del servicio lo permiten
- ✓ TRIAGE IV. (Menos urgente) (color verde): El paciente presenta condiciones médicas que no comprometen su estado general, ni representan un riesgo evidente para la vida o pérdida de funcionalidad de algún órgano. Se remite a la consulta prioritaria de su entidad promotora de salud (EPS).
- ✓ TRIAGE V. (No urgente) (azul): El paciente presenta una condición clínica relacionada con problemas agudos o crónicos sin evidencia de deterioro que comprometa el estado general de paciente y no representa un riesgo evidente para la vida. se remite a la consulta ambulatoria de su EPS.

Condiciones para tener en cuenta en todos los casos:

- ✓ En el área de recepción de ingreso administrativo del paciente, la persona(s) de turno debe estar al tanto del sistema para priorizar por colores la atención. Es el funcionario que realiza el triage, el encargado de educar al paciente, familiares o acompañantes, sobre su clasificación, significado y tiempos de espera e invitar al usuario a adelantar los procesos administrativos necesarios para que no se conviertan en una condición que limite la oportunidad de atención.
- ✓ Los espacios con los cuales cuenta el servicio de urgencias son: área de espera, consultorios de triage, consultorios de valoración, sala de reanimación, salas de observación, sala Procedimientos, sala ERA, sala de código gris (violencia sexual), sala de baño de pacientes.
- ✓ Por norma constitucional se da prioridad para la clasificación a las personas mayores de 62 años, madres gestantes, niños menores de 5 años y personas con discapacidad. La atención de esta población, es de carácter preferencial, las líneas de frente y demás servicios priorizan dicha atención y los auxiliares del SIAU y auxiliares administrativos del servicio, los orientan y ubican en el Triage para que se realice la atención prioritaria. El personal médico y de enfermería gestiona el ingreso a la consulta, en el caso de requerir estudio o procedimiento se debe garantizar el acompañamiento al servicio remitido bien sea por funcionarios de la ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe o acompañantes del paciente que demuestren capacidad de atención.
- ✓ Al servicio de urgencias solo podrán ingresar con acompañantes las siguientes personas: Menores de edad, adultos mayores de 60 años, personas con discapacidad y personas clasificadas con riesgo de fuga. Otros permisos serán ordenados por el médico y otorgados por el personal de enfermería.
- ✓ Los médicos generales de Urgencias, enfermeras, auxiliares de enfermería, Técnicos en Atención Prehospitalaria, Conductores de Ambulancia y administrativos, deben estar registrados en el sistema antes de iniciar sus respectivos turnos.
- ✓ Las claves asignadas a los usuarios del sistema son personales e intransferibles. Por lo cual cada vez que el personal finalice el turno debe cerrar el sistema de tal manera que su clave no sea utilizada por el siguiente

funcionario en turno y será única y exclusivamente su responsabilidad si esto no se cumple.

- ✓ En los casos de pacientes clasificados I, II y III será únicamente el médico quien priorizará y definirá la conducta a seguir una vez está clasificado el paciente, especialmente en los casos de remisión en los cuales debe decidir si requiere acompañamiento por medicina (triage I y II) o por enfermería (triage III).
- ✓ En los casos de pacientes con motivo de consulta por violencia sexual, intrafamiliar, infantil o contra adultos mayores, así como intento de suicidio, estas situaciones siempre se considerarán una urgencia independiente del estado de salud del paciente. En todos los casos asociados a violencia se deberán aplicar los protocolos diseñados para tal fin.
- ✓ Acorde a la clasificación del Triage, ningún usuario, como resultado del Triage, puede ser rechazado, solo se direcciona según la condición clínica de este.
- ✓ El servicio inicial de urgencias se presta con personal de salud debidamente entrenado y con cursos de actualización en urgencias médicas vigentes y soporte vital avanzado de manera que se brinde la atención segura requerida por el usuario.
- ✓ Si el usuario es clasificado Triage I, II, III recibe la atención correspondiente y la familia y/o acompañante se dirige al área de Admisiones en donde se realiza el respectivo registro y se verifican derechos. En caso de no tener afiliación al sistema se ingresa como población pobre no asegurada. En el caso de usuario clasificado NN, venezolanos y otros extranjeros sin seguridad social, se informa al SIAU para que inicie el procedimiento administrativo establecido para la institución, que incluye identificación con un consecutivo para este tipo de usuario para el registro en el sistema como para la manilla de identificación blanca.
- ✓ En este momento y durante todo el ciclo de atención en urgencias, el personal médico, asistencial y administrativo explicará al usuario, familia y/o acompañante los derechos y deberes como usuario, asegurando la comprensión por parte del usuario y acompañante o familiar. Se permite el acompañamiento de familiar durante la estancia, teniendo en cuenta condiciones especiales como: edad, limitación de movimiento, alteraciones sensoriales, estados depresivos y que presenten algunos de los riesgos identificados en las manillas.

- ✓ Una vez el usuario es admitido, el Médico de Urgencias inicia su atención con una entrevista al usuario y/o acompañante con el fin de conocer el motivo de consulta, luego le realiza el examen físico que permite la valoración general del paciente. La valoración incluye la identificación de los riesgos como: caídas, autolesión, alergias, fuga, Ulceras por presión, lo cual debe registrar en historia clínica electrónica e informa al personal asistencial la existencia del riesgo. El personal asistencial aplica el instructivo de identificación al usuario colocando la manilla correspondiente según el riesgo.
- ✓ Si el usuario durante su estancia en urgencias requiere de procedimientos y/o ayudas diagnósticas que exijan consentimiento informado el médico tratante aplicara el procedimiento de manejo de consentimiento informado.
- ✓ Si el paciente tiene orden de Hospitalización, el personal asistencial realiza el procedimiento establecido y de acuerdo con la disponibilidad de cama en el servicio de hospitalización correspondiente, se realiza el traslado cumpliendo con el protocolo de traslado intrainstitucional de la persona enferma, manteniendo informado al usuario y familiar o acompañante los tiempos de espera de este procedimiento.

La responsabilidad del traslado interno se dará aplicando el protocolo de traslado interinstitucional de la persona enferma el cual incluye: Para traslados a servicios de hospitalización serán realizados por la auxiliar de enfermería. En historia clínica debe quedar registrado el traslado, con los tiempos utilizados. Durante el traslado se permite el acompañamiento por parte del familiar, explicándole las normas del servicio a donde es trasladado: horarios de visita, comportamiento esperado durante su permanencia en el servicio, y normas de bioseguridad que debe aplicar.

Precisiones al momento de la atención de pacientes triage I y II:

- ✓ El paciente crítico que viene solo debe ingresar inmediatamente a consultorios o a pequeña cirugía. La enfermera del área debe tomar los signos vitales mientras el médico va evaluando la conducta a seguir y llena el triage. Si es posible el auxiliar de enfermería solicita datos de identificación y documentos de seguridad social, y posteriormente se comunica con admisiones para diligenciar el ingreso administrativo.
- ✓ Paciente crítico traído por acompañante (Urgencia Crítica), se maneja igual que la

anterior pero el acompañante (acudiente) da la información a admisiones para diligenciamiento de la hoja frontal.

- ✓ Los pacientes clasificados en Triage I y II las medidas a tomar en urgencias de baja complejidad están enfocadas a la estabilización del paciente y remisión a un centro de mayor complejidad acorde a la condición de salud determinante. En estos casos, se debe evaluar la necesidad de que el transporte implique acompañamiento médico para solucionar cualquier percance en su estado de salud.
- ✓ En todos los casos de remisión a IPS de Mayor complejidad se debe seguir estrictamente el siguiente sistema de priorización: 1 compromiso del paciente según las diferentes escalas de valoración de compromiso sistémico (neurológico, cardiovascular, obstétrico, gastrointestinal, osteomuscular, etc.), que aparecen a continuación en la clasificación por signos y síntomas. En todos los casos, debe evaluar el tipo de transporte que se requiere, teniendo en cuenta que la ESE solamente tiene habilitado el TAB, pero que en casos que lo ameriten, requieren el acompañamiento de un profesional de la medicina. 2, IPS especializadas en tipos de pacientes y sistemas comprometidos (algunas IPS se especializan en la atención de pacientes como maternas, cardiovasculares, poli trauma, psiquiátrico, entre otros). 3, Red de la ERP a la que pertenece el paciente. 4, Distancia y condiciones de movilidad. 5. Facilidades para el paciente y su familia.

### *Consulta externa*

El procedimiento de asignación de citas se hace en forma virtual a través de la plataforma “COCO” que permite al usuario escoger el día, hora y profesional tratante dentro de la oferta institucional.

Una vez asignada la cita, el usuario ingresa al servicio el día de la cita y es recibido por el auxiliar administrativo de admisiones el cual está entrenado para identificar situaciones especiales como: necesidad de silla de rueda y/o limitaciones que requieren de acompañamiento de auxiliar de enfermería. El servicio dispone de rampa para facilitar la movilización. El auxiliar inicia el procedimiento de facturación de consulta externa solicitando al usuario los documentos soporte (Identificación, Ordenes Medicas y Autorizaciones en los casos que se requiera). El auxiliar administrativo verifica derechos en las plataformas virtuales definidas para cada EPS y contrato, realiza la factura de la

consulta y le indica el consultorio donde será atendido por el profesional requerido quien realiza doble verificación de identificación del usuario y la respectiva orden de consulta. Explica los derechos y deberes del usuario asegurando la comprensión por parte del usuario y acompañante o familiar.

En los procedimientos ambulatorios el usuario ingresa por la entrada principal de la ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe presentándose a la auxiliar administrativa de admisiones quien verifica la orden y direcciona al usuario. En la sala de procedimientos, la auxiliar de enfermería, realiza doble verificación del usuario, orden y consentimiento informado si aplica, se explica derechos y deberes del usuario y se hace el registro en historia clínica y se direcciona a sala de espera para su debido llamado por el profesional tratante.

### *Internación*

Para llegar a este servicio, el paciente viene procedente de los servicios de urgencias o de consulta externa donde ya se cumplió la primera admisión del paciente y se tiene la orden dada por el médico tratante de hospitalización, la cual, en los casos de contratos capitados, no requiere de autorización previa. En los casos de contratos por eventos o atenciones de pacientes afiliados a EPS sin contrato, es posible que requiera autorización previa, trámite que lo hace internamente la auxiliar administrativa de admisiones o facturación.

El paciente es trasladado por la auxiliar de enfermería al servicio de hospitalización en camilla o silla de ruedas según la condición de salud, el cual proviene del Servicio de Urgencias o consulta externa. El personal de enfermería recibe al paciente y su familia o acudiente mediante la aplicación del protocolo de acogida a personas enfermas de la ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe, realiza valoración cefalocaudal, evalúa las necesidades del usuario en relación a conocimiento de deberes y derechos lo cual se complementa mediante la entrega del manual de información al usuario, así como el conocimiento acerca de su estado de salud actual, se identifican riesgos y con el objeto de aplicar las respectivas barreras para prevención de eventos adversos y / o incidentes,



posterior se brinda educación sobre su patología, derechos y deberes e importancia de la aplicación del protocolo de Higiene de manos, Aislamiento hospitalario, cumplimiento de normas institucionales, autocuidado, programas de promoción y prevención, se verifica la comprensión de la información al usuario y su familia; así mismo se procura la privacidad y el confort en la unidad asignada.

Se debe verificar por lista de chequeo que el usuario se traslada con los elementos asignados a su unidad y los componentes de historia clínica en físico. Se activa la entrega de paciente entre servicios, por parte del equipo de salud. Igualmente, se debe hacer registro en admisiones del respectivo traslado.

Para el servicio de Ginecología se debe realizar además la respectiva acogida al recién nacido verificando que su identificación corresponda con la de la madre, que se haya iniciado el esquema de vacunación, realizado la profilaxis umbilical, diligenciamiento del certificado de nacido vivo, además se debe continuar con la aplicación de la política IAMII. Si la gestante o el recién nacido requieren ser trasladado a una IPS de mayor complejidad el médico que atiende la sala de partos es el encargado de brindar información a la usuaria y su familia acerca de la conducta a seguir, y la respectiva ubicación del paciente.

Para el servicio de Pediatría se permite un acompañante permanente dando cumplimiento a nuestra política de humanización en la atención, quien a su vez se compromete a cumplir con las normas institucionales y a aplicar las medidas preventivas establecidas para minimizar la ocurrencia de eventos adversos y garantizar una estancia hospitalaria segura.

*Servicios Extramurales y Programas de Protección Específica y Detección Temprana (PEDT).*

El acceso a estos programas se realiza bajo tres modalidades:

- ✓ El usuario es detectado en otras atenciones y derivado a los respectivos programas a los que tiene derecho según su edad y género acorde con el procedimiento de demanda inducida que tiene la ESE Hospital Nuestra Señora de

Guadalupe.

- ✓ El usuario acude al servicio de consulta externa preguntando por alguno de los programas PEDT.
- ✓ El usuario es captado en atenciones extramurales dirigidas a grupos poblacionales específicos como son escuelas y colegios, hogares infantiles y guarderías, atenciones colectivas, estrategia APS.

En cualquiera de las modalidades, el usuario es informado sobre los derechos y deberes que tiene relacionadas con los programas PEDT, su gratuidad, horarios de atención y beneficios, se define su plan de atención acorde a la canasta de servicios de salud a los cuales tiene derecho siguiendo las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), buscando la mayor integralidad posible de tal forma que se logren reducir las oportunidades perdidas de atenciones en salud.

#### **9.2.4.10 Evaluación de necesidades al ingreso y planeación de la atención**

##### *Urgencias*

Una vez terminado el protocolo de bienvenida anteriormente descrito en acceso, el médico y el equipo de profesionales de salud, definen el plan de cuidado de acuerdo a la condición clínica del usuario. El plan de cuidados es debidamente registrado en historia clínica electrónica, cumpliendo con los parámetros establecidos por la Institución para el registro dentro de esta.

Los planes de manejo establecidos por el médico tratante y/o especialista interconsultante en los casos que sea posible a través de telesalud, se registran en su totalidad en la historia clínica y se informa de los mismos a la enfermera a cargo del servicio y esta reportara a los demás del equipo asistencial. Cualquier cambio en el plan de cuidado debe ser reportado a la enfermera por parte del equipo médico tratante. El plan de cuidados y necesidades identificadas es individualizado para cada usuario y está a cargo de la enfermera responsable del usuario su respectiva ejecución, igualmente este será modificado y ajustado según la evolución del usuario.

En el caso que el usuario requiera de interconsultas por especialista se genera la orden

de solicitud en historia clínica electrónica y se hace el trámite respectivo para el servicio de telesalud. Posteriormente se define el plan de tratamiento: Observación, hospitalización, remisión a IPS de mayor nivel de complejidad o tratamiento ambulatorio y se le informa al usuario y/o familiar dicho plan explicándole claramente aspectos concernientes a su estancia, atención, seguridad y cuidado, verificando que haya entendido lo explicado.

### *Consulta Externa*

Una vez terminado el protocolo de bienvenida anteriormente descrito en acceso bien sea en Consulta Externa, el médico y el equipo de profesionales de salud, definen el plan de cuidado de acuerdo a la condición clínica del usuario. el plan de cuidados es debidamente registrado en historia clínica electrónica, cumpliendo con los parámetros establecidos por la Institución para el registro dentro de esta, lo cual incluye la identificación de alertas y alarmas en la atención en salud que deban ser consideradas para la continuidad de la atención asegurando la reducción de riesgos asociados a la atención y la integralidad de la atención.

Los planes de manejo establecidos por el médico tratante y/o especialista interconsultante en los casos que sea posible a través de telesalud, se registran en su totalidad en la historia clínica y se informa de los mismos a la enfermera a cargo del servicio y esta reportara a los demás del equipo asistencial. Cualquier cambio en el plan de cuidado debe ser reportado a la enfermera por parte del equipo médico tratante. El plan de cuidados y necesidades identificadas es individualizado para cada usuario y está a cargo de la enfermera responsable del usuario su respectiva ejecución, igualmente este será modificado y ajustado según la evolución del usuario.

En todos los casos, el plan de atención debe incluir los siguientes elementos:

- ✓ Prescripción de Exámenes de Laboratorio bien sea como ayuda diagnóstica o como pronóstico especificando las acciones a tomar en caso de resultados alterados.
- ✓ Prescripción de Medicamentos asociados a la enfermedad actual y en los casos

que se requiera, a las enfermedades de base del paciente, asegurándose que, en estos casos, el paciente esté ingresado a los programas Preventivos asociados de tal forma que se favorezca la continuidad del tratamiento instaurado en dichos programas.

- ✓ Prescripción de Medidas no farmacológicas relacionadas con los riesgos en salud encontrados y la patologías asociadas, estas medidas no farmacológicas, deben incluir los signos de alerta o alarma que el paciente y su cuidador deben estar vigilando como elementos de complicación o de no resultados.
- ✓ Educación para la Salud relacionada con aquellos aspectos básicos del cuidado de la salud asociados a sus condiciones de edad, genero, raza y antecedentes sobre los cuales el paciente y cuidador deben desarrollar nuevos estilos de vida saludables.
- ✓ Definición de Metas en Salud, asociadas a aquellos aspectos que son necesarios mejorar por parte del paciente para lograr controlar las patologías de base y que serán supervisadas en forma frecuente en alguno de los programas PEDT.

### *Internación*

Una vez terminado el procedimiento del protocolo de bienvenida, la enfermera procede a consignar en el formato plan de cuidados de enfermería las necesidades identificadas (relacionadas con su condición médica, su edad, genero, procedencia, dieta y riesgos), y las medidas preventivas a tomar con el fin de brindar una atención de calidad y segura durante la estancia hospitalaria. Además, informa a todo el grupo interdisciplinario acerca del ingreso del paciente para la respectiva interconsulta o atención.

El médico tratante hospitalario del servicio, realiza valoración de ingreso al servicio de la persona enferma cumpliendo con el procedimiento de atención médica inicial: se presenta al paciente, diligencia la Historia Clínica completa (anamnesis y examen físico) revisa los reportes de las ayudas diagnósticas que reposan en la Historia Clínica, elabora las órdenes médicas requeridas, aplica herramienta de tamizaje nutricional, si el paciente presenta riesgo nutricional solicita interconsulta por nutrición clínica a la vez le informa al paciente y a la familia el manejo médico indicado.

Durante la estancia hospitalaria se permite el acompañamiento por familiares siguiendo

los horarios establecidos en cada servicio y atendiendo a solicitudes especiales de estos. Los niños hospitalizados en pediatría están permanentemente acompañados por uno de sus padres o acudiente, lo mismo sucede con los pacientes rotulados con riesgo de fuga, riesgo de caída o personas inimputables.

En el caso de pacientes que ingresan por abuso sexual o violencia intrafamiliar se activa el protocolo establecido por la institución, cumpliendo con lo establecido logrando la atención integral de la persona afectada y dando el reporte oficial a las entidades pertinentes.

#### *Programas de Protección Específica y Detección Temprana (PEDT).*

El modelo de prestación de servicios de salud de la ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe está diseñado acorde a la normatividad vigente especialmente en la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) y por lo tanto diseña sus programas siguiendo el curso de vida y el enfoque de riesgo en salud. En este sentido, se implementan los programas siguiendo el orden de Primera Infancia, Infancia, Adolescencia, Juventud, Adulthood y Vejez. Para cada grupo de edad se definen las acciones a desarrollar, así como el listado de profesionales y frecuencia de atenciones necesarias. Para cada grupo poblacional se define un protocolo de atención en salud en el cual se identifican las acciones, frecuencia, talento humano y resultados esperados acorde a: 1, indicadores de norma y 2, condiciones de salud esperadas en el individuo y población (impactos en salud).

#### **9.2.4.11 Ejecución de la atención**

##### *Urgencias*

La ejecución del tratamiento se realiza a través de un equipo de salud para el manejo de usuario en el servicio de urgencias, el cual está conformado por el médico tratante, enfermera, auxiliar de enfermería, y apoyos terapéuticos, el equipo está liderado por el médico general.

La Institución tiene definidas las guías de práctica clínica y planes de manejo para las

patologías más frecuentes, según el perfil epidemiológico de la ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe, priorizadas por servicios. Estas se toman como referencia para el manejo de los usuarios.

Se contempla el cumplimiento de protocolo para órdenes verbales para casos de emergencia como el código azul según lo establecido en la guía de buena práctica de comunicación efectiva y protocolo de reanimación básica y avanzada. Todos los usuarios a quienes se les realiza el proceso de interconsulta por telemedicina son valorados por el Médico Especialista según la patología. En un tiempo de respuesta no mayor a doce horas, define si el usuario se hospitaliza o se remite a otra institución según la condición clínica o autoriza su egreso.

### *Consulta Externa*

La ejecución de la atención en consulta externa se hace de manera ambulatoria para cada paciente. Para la correcta ejecución, las prescripciones terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas se describen en el formato de fórmula médica y se aplican paquetes instruccionales de seguridad del paciente garantizando la comprensión del paciente y su cuidador acerca de vía de administración, cantidad y frecuencia de cada medicamento, así como medidas no farmacológicas.

Se aplican medidas de control como la prohibición del uso de acrónimos, contracciones o abreviaturas en las prescripciones para evitar que el paciente o su cuidador se confundan en el uso adecuado de medicamentos o en la solicitud de ayudas diagnósticas cuando se requiere. Se describen, además, las metas en salud es decir los resultados que se espera que el paciente logre alcanzar para mejorar su estado de salud.

### *Hospitalización*

El usuario es valorado diariamente por un grupo interdisciplinario según lo requiera mediante ronda médica en la cual participan: el médico hospitalario, enfermera de turno, profesional médico en formación y Psicología si se requiere, se realiza valoración integral al paciente mediante la aplicación de las Guías de práctica Clínica para posteriormente realizar registro en la historia clínica, el cual incluye la evolución del estado de salud del usuario, se realiza examen físico, se revisan ayudas diagnósticas reportadas y se registra en Historia Clínica electrónica el examen físico, la interpretación de los resultados de apoyos diagnósticos, la evolución subjetiva y objetiva, el plan de manejo y tamizaje nutricional, se elabora las ordenes médicas, solicitando los medicamentos necesarios para 24 horas. La descripción de la conducta se hace utilizando la técnica SOAP (subjetivo, objetivo, análisis y plan).

El médico hospitalario del servicio brinda información permanente al usuario y su familia acerca de la evolución en el estado de salud del paciente y plan de manejo establecido, el posible pronóstico y los beneficios y riesgos del tratamiento, registrando la atención y explicación de la misma en la Historia Clínica.

Si el usuario requiere ayudas diagnósticas o interconsultas, el médico tratante elabora las ordenes en la historia clínica electrónica, imprime y las entrega a la enfermera del servicio quien informa al laboratorio clínico, Imagenología, apoyo diagnóstico y terapéutico, en el formato establecido para tal fin. El personal responsable cumplirá los estándares de calidad y oportunidad, cumpliendo con los manuales de Toma y transporte de muestras del Laboratorio Clínico, radio protección y bioseguridad.

En todos los casos de hospitalización mayor a 3 días, se inicia el protocolo de paciente con estancia prolongada, en el cual participa todo el equipo de salud y subgerencia administrativa para evaluar las causas de dicha estancia y determinar su continuidad en la institución o remisión a otra IPS de mayor complejidad en los casos que no se evidencia mejoría. La participación de la subgerencia administrativa se debe a que en ocasiones la estancia prolongada se debe a trámites administrativos (aprobaciones de ordenes de traslado, remisiones no reguladas, exámenes de mayor nivel de complejidad, entre otras

causas) y que de no solucionarse conllevan a un mayor gasto en la prestación, mayor riesgo para el usuario y la organización.

Se contempla el cumplimiento de protocolo para órdenes verbales para casos de en los cuales no está presente el médico de turno según lo establecido en la guía de buena práctica de comunicación efectiva y protocolo de reanimación básica y avanzada.

En el servicio de hospitalización se cuenta con un regente de farmacia quien en conjunto con el medico asistencial y la enfermera realizan conciliación y reconciliación de los medicamentos que toma el usuario y los ordenados, para posteriormente dar cumplimiento al procedimiento de despacho, transporte y conservación de medicamentos.

Se cuenta con formatos de consentimiento informado para la realización de procedimientos quirúrgicos o diagnósticos y en general para todo procedimiento invasivo que exija consentimiento, los cuales se aplican por el médico según se establece en los respectivos protocolos, asegurando la comprensión por parte del usuario y acompañante o familiar. Igualmente, se tiene establecido el formato para el disentimiento informado en caso de que el usuario no esté de acuerdo con lo definido en el plan de atención definido según su patología.

Para la prevención de caídas se cuenta con un formato de consentimiento informado el cual hace evidente la información dada al usuario sobre el riesgo de caída y la participación que debe tener el familiar y/o acompañante, a fin de asegurar su permanencia con el usuario y acogerse a las indicaciones dadas para prevenir las caídas.

Para el servicio de Ginecología se debe realizar además la respectiva acogida al recién nacido verificando que su identificación corresponda con la de la madre, que se haya iniciado el esquema de vacunación, realizado la profilaxis umbilical, diligenciamiento del certificado de nacido vivo, además se debe continuar con la aplicación de la política IAMII. Si el recién nacido requiere ser trasladado el medico de sala de partos es el encargado de brindar información a la usuaria y su familia acerca de la conducta a seguir, y la respectiva ubicación del recién nacido. En los casos de pacientes que están en



condición terminal o que mueren en el servicio se hace consejería acerca de donación de órganos. Este mismo procedimiento se hace en el servicio de Urgencias. En todos los casos de paciente en condición terminal, el paciente es trasladado a una habitación individual y se permite el acompañamiento de familiares aplicando el protocolo de muerte humanizada.

*Programas de Protección Específica y Detección Temprana (PEDT).*

El modelo de prestación combina acciones grupales, especialmente dirigidas a las actividades de educación para la salud acorde a cada grupo poblacional y RIA, con acciones individuales dirigidas a la identificación de los riesgos individuales, la definición de conductas asociadas a dichos riesgos y el control de los mismos.

En el caso de la primera infancia, las acciones individuales están orientadas a la generación de la cultura del cuidado del menor de 5 años donde se hace énfasis en la alimentación, lenguaje, crianza, cuidado en casa de las enfermedades comunes de la infancia, lactancia materna, entre otros temas y desarrollo en las 4 esferas. Las acciones individuales se orientan a la medición pondo-estatural, valoración de la escala del desarrollo, aplicación de vacunas, valoración de la salud oral y aplicación de sellantes, valoración por optometría. Todas estas acciones grupales e individuales se hacen teniendo en cuenta la frecuencia de valoración que se describe en las respectivas RIAS. En infancia se continua con pautas de crianza relacionadas con la adquisición de habilidades sociales e ingreso a la escuela, alimentación escolar; las acciones individuales se orientan a la medición pondo-estatural, valoración del desarrollo, aplicación de vacunas de refuerzo, valoración de la salud oral y aplicación de sellantes, valoración por optometría.

En la adolescencia, se orienta la actividad hacia los cambios fisiológicos de la pubertad y sus implicaciones tanto biológicas como en el comportamiento, se inicia la educación orientada a las habilidades para la vida y salud sexual y reproductiva; las acciones individuales se orientan a la medición pondo-estatural, aplicación de vacunas de acorde a este grupo poblacional, valoración de la salud oral y aplicación de sellantes, valoración

por optometría,

En la juventud se orienta el modelo hacia la salud sexual y reproductiva y se continua con habilidades para la vida se incorporan acciones de anticoncepción y cuidado del sistema reproductor haciendo especial énfasis en la mujer; se continúa con las acciones individuales de aplicación de vacunas de acorde a este grupo poblacional, valoración de la salud oral y aplicación de sellantes, valoración por optometría, se inicia el esquema de tamizaje para cáncer de cuello uterino, implementación de métodos de anticoncepción haciendo énfasis en los métodos de barrera en los primeros años de este grupo poblacional y en métodos hormonales de corto y mediano plazo en las edades finales del ciclo.

En los casos de mujeres gestantes, se incluyen las acciones derivadas del programa de Control Prenatal, buscando que se haga captación temprana antes de la semana 10, adherencia al programa con al menos 6 controles entre médico y enfermera, reducción de la sífilis congénita, VIH, enfermedades del cierre del tubo neural, malnutrición intrauterina y que la mayoría de los partos sean vaginales sin complicaciones siguiendo pautas de parto humanizado. En estos casos también se induce a la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida del recién nacido y en el postparto se inicia con la consejería en planificación familiar buscando ampliar el horizonte de tiempo intergenésico.

En la adultez, las acciones grupales se orientan a salud sexual y reproductiva, hábitos de vida saludable relacionados con alimentación y actividad física. Se continúan las acciones individuales del anterior ciclo de vida y los métodos de anticoncepción se orientan a métodos definitivos. Se continua con los tamizajes para cáncer de cérvix y se incluyen acciones hacia el cáncer de mama. Se hace énfasis en la identificación de factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles especialmente cardiovasculares, respiratorias y metabólicas lo cual incluye tamizajes con tomas de Tensión Arterial, Glucometrías en población abierta y la toma de pruebas de laboratorio clínico básico en las edades contempladas en las RIAS.

En la vejez, las acciones grupales se orientan al cuidado y tratamiento de las

enfermedades crónicas no transmisibles, la actividad física y la alimentación, las condiciones locativas de vivienda que pueden ser riesgos para población vieja y el papel del cuidador. Se continúan con las acciones individuales del grupo anterior y teniendo en cuenta que este grupo poblacional en gran proporción sufrirá al menos una ECNT, se incluyen estos programas dentro de los momentos del curso de vida cuyos resultados se medirán tanto en cobertura como en adherencia al programa, adhesión al tratamiento y cuidado de daños en órganos blanco, por lo tanto se hace especial énfasis en la hemoglobina glicada, el colesterol LDL, la circunferencia abdominal y la creatinina en suero. La valoración por optometría se realiza según la periodicidad de la RIA y se continúan con los tamizajes para cáncer de Cérvix y Seno en los primeros años de este ciclo, así como los tamizajes para CA de Próstata en el hombre.

#### ***L. Evaluación de la atención***

En la ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe se realiza la evaluación de la atención brindada a los usuarios en los servicios de: urgencias, internación, consulta externa y programas de protección específica y detección temprana, por medio de la medición de procesos los cuales son evaluados por indicadores definidos desde la oficina de calidad institucional. Esta tarea se realiza tomando como base la evaluación de la historia clínica y los registros asistenciales con una periodicidad mensual, asegurando la prestación de servicios.

La ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe cuenta con un plan individual de atención y sistema de monitoreo concurrente de historias clínicas y registros asistenciales basados en la medición de los atributos de calidad atención segura, humanizada, pertinente, continua, oportuna, accesible y eficiente; se tiene asignado un auditor para garantizar dicho proceso.

Por medio de la conciliación de medicamentos se evalúa la adherencia del tratamiento de los usuarios agudos y crónicos que reciben atención en la ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe, así mismo cuenta con estándares de medición de indicadores establecidos por la oficina de calidad institucional y del programa de seguridad del

paciente en base a revisión sistemática estableciendo indicadores de comparación para UPP y Caídas de usuarios.

La ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe, cuenta con una política de humanización, la cual con cada una de sus estrategias busca resaltar temas de atención integral en apoyo sicosocial, manejo del dolor, apoyo espiritual, donación de órganos con fines de trasplantes, donde se reconoce al paciente como ser humano de manera holística brindándole un trato respetuoso, digno y compasivo en los diferentes entornos de atención.

Por medio del servicio de información y Atención al Usuario (SIAU) se brinda la oportunidad al usuario y su familia, de ser escuchado. Esta comunicación se realiza mediante: encuestas de satisfacción, quejas, reclamos y agradecimientos, donde Usuarios y familiares puede ejercer sus derechos y deberes.

En la política de seguridad del paciente se tiene establecida la herramienta de análisis de ocurrencia de eventos adversos e incidentes, los cuales son reportados por el personal del servicio de ocurrencia. El equipo de seguridad del paciente realiza clasificación de los eventos e incidentes y presenta en comité de seguridad del paciente los eventos e incidentes, que por su impacto deben ser analizados con la herramienta de protocolo de Londres. Una vez realizado el análisis se establece un plan de mejora para ser realizado en el servicio respectivo, con seguimiento por parte de la oficina asesora de calidad y de control interno. En comité de seguridad se analizan los indicadores establecidos por la resolución 0256 de 2016, así como a los indicadores GAUDI y Fénix y se toman las decisiones respectivas, las cuales son comunicadas por los líderes de los procesos a todo su equipo de trabajo.

En cada uno de los servicios que conforman la ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe se encuentra a disposición del usuario/ familia y/o cuidador el buzón de sugerencias, quejas, reclamos y felicitaciones a través del uso de un formato institucional diseñado para tal fin en donde puede registrar en medio físico de manera voluntaria la descripción de la atención. La información encontrada en el buzón es recolectada por el personal del SIAU cada mes para su posterior revisión del documento, identificación de

causa/motivo de la inconformidad, sugerencia o satisfacción de la atención recibida por parte del personal de la institución. Es direccionada al área relacionada para la ampliación de la información suministrada, documentación, gestión, teniendo en cuenta el análisis integral de la ocurrencia, factores relacionados y si procede elaboración de plan de mejora, respuesta formal al usuario.

Existe un procedimiento aplicable llamado procedimiento atención y solución de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias de los usuarios en el cual el SIAU es el encargado de monitorizar, analizar y enviar informe mensual a la oficina de calidad de la institución, asociación de usuarios, entidades de control respecto al porcentaje de satisfacción, proporción de quejas utilizando indicadores. Además, a través de la herramienta de mejoramiento continuo para la gestión de desviaciones se analizan los hallazgos y no conformidades identificadas en las auditorías internas o externas u otras fuentes, también se realiza la medición de adherencia y oportunidad a guías y protocolos.

La institución tiene establecido la realización de un proceso de reeducación al personal basados en lo hallazgos encontrados en las auditorías. Con el objetivo de mejorar procesos y aumentar la calidad de atención en salud y por ende la satisfacción del usuario y su familia. En los casos donde se encuentran auditorías que no cumple con la adherencia al lineamiento institucional y a protocolos se emiten informes con planes de mejora como principal mecanismo para la corrección. Así mismo la oficina de control interno tiene contemplado el modelo estándar de control interno basado en el MIPG, en el cual se busca mejorar el desempeño institucional, fortalecer continuamente los controles al interior de la organización y los procesos de evaluación que deben llevar a cabo la oficina de control interno y su cumplimiento se mide a partir de la implementación de elementos de planeación, gestión, evaluación, seguimiento y un eje transversal de información y comunicación que busca generar transparencia en la actuaciones de la entidad frente a la ciudadanía.

Por último, cada año la ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe implementa los estándares de calidad del Sistema Único de Acreditación y define de los estándares clínicos, aquellos que serán incluidos en el PAMEC institucional para elaborarles los

respectivos planes de mejora siguiendo la ruta crítica y el ciclo de mejora PHVA que debe producir resultados anuales.

#### **9.2.4.12 Salida y seguimiento**

En la ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe, una vez el médico tratante indica el alta hospitalaria, se inicia el procedimiento establecido de la siguiente manera:

##### *Urgencias*

Los usuarios de triage IV y V se remiten para su EPS para la solicitud de cita prioritaria; en caso que la ESE sea el prestador primario, se deriva el paciente a admisiones para la asignación de la cita a través de la plataforma COCO.

En el servicio de urgencias, los pacientes en triage II y III que están siendo atendidos, si pasadas 6 horas la condición clínica es adecuada, se determina el egreso por evolución clínica hacia su casa, de lo contrario según criterio médico indica el traslado del usuario del servicio para un servicio de internación o es referido. Una vez definido el traslado el médico tratante y la enfermera a cargo del usuario informan al usuario y su familia la indicación del traslado y los trámites administrativos y asistenciales de preparación de usuario según sea el caso. Para la definición del traslado en ambulancia y tipo de acompañamiento, la ESE cuenta con el protocolo de traslado de pacientes.

Los pacientes Clasificados en triage I, en la mayoría de los casos requieren traslado inmediato a una IPS de mayor complejidad adscrita a la red de prestadores de la EPS a la que está afiliado el paciente. El servicio de urgencias inicia la estabilización del paciente y al mismo tiempo establece comunicación con la EPS para su correcta regulación. En algunos casos, dada la gravedad del paciente, no se puede esperar dicha regulación, por lo tanto, se traslada a la IPS de mayor complejidad más cercana y que tenga la capacidad resolutoria requerida por el paciente.

Si es alta por mejoría, el médico hospitalario, enfermera y el equipo de salud, cuentan con un formato de egreso en el cual queda registrado la educación brindada y cuidados

a tener en casa detallando horarios de administración de medicamentos, signos de alarma a tener en cuenta y todas las órdenes pertinentes para continuar con el proceso de seguimiento por consulta externa, Todo esto con el objetivo de educar al usuario y su familia en los cuidados a seguir y evitar reingresos a la institución.

Verifican la comprensión del usuario y su familia sobre:

- ✓ Alarmas según su patología
- ✓ Formula medica explicada y entendida
- ✓ Citas de control, con fecha, hora y sitio
- ✓ Informe sobre dieta a seguir
- ✓ Condiciones al egreso.
- ✓ Entrega de resultados de laboratorios e imágenes diagnósticas.

Cuando el usuario fallece, el médico y el personal de enfermería diligencian los registros en la historia clínica indicando fecha y hora del deceso; el médico elabora la epicrisis y certificado de defunción si es pertinente, así mismo se informa a la familia del fallecimiento del paciente. se aplica protocolo de manejo y arreglo del cadáver. se debe cumplir con todo el trámite administrativo de paciente fallecido, antes de ser trasladado a la morgue, a donde se lleva una vez se termine el trámite respectivo. en caso de ser muerte violenta, se informa a la fiscalía y se registra en la Historia clínica. El cadáver se traslada a la morgue y se cumple con la reglamentación establecida para la conservación de posibles pruebas para la fiscalía.

en caso de fuga de paciente, se activa el protocolo de prevención de fuga y así realizar seguimiento por parte de la institución y los respectivos informes. se notifica como evento adverso en el programa de Seguridad del Paciente.

### *Egreso de un servicio de internación:*

Una vez el médico tratante del usuario determina el egreso, éste debe realizar órdenes de citas de control ambulatorio, ayudas diagnósticas/terapéuticas complementarias, órdenes de medicamentos; el equipo de salud procede a gestionar la continuidad del tratamiento, direccionando al usuario y su familia hacia su red de apoyo, indicándoles el procedimiento que debe realizar en la institución o en las oficinas correspondientes de su aseguradora y en los casos en que aplique a nuestra institución, se reserva la cita de control ambulatorio a aquellas usuarias obstétricas.

En todos los casos se realiza demanda inducida a los programas PEDT que correspondan según edad, género y condición de salud del paciente egresado y se garantizan las primeras citas. además, se aplica protocolo de egreso hospitalario y el formato de egreso en el cual queda registrado la educación brindada y cuidados a tener en casa detallando horarios de administración de medicamentos, signos de alarma a tener en cuenta y todas las ordenes pertinente para continuar con el proceso de seguimiento por consulta externa, a fin de educar al usuario y su familia en los cuidados a seguir y evitar reingresos a la institución

En los casos que según criterio médico hospitalario se indique el traslado del usuario a otra IPS de mayor nivel de complejidad, se aplica el protocolo de traslado de pacientes.

En caso de fallecimiento del usuario, se ubica a la familia para que el médico y personal de salud del servicio informe sobre el deceso del paciente y realice el respectivo acompañamiento de la familia, según necesidad. Se debe cumplir con todo el trámite administrativo de paciente fallecido, antes de ser trasladado a la morgue, a donde se lleva una vez se termine el trámite de respectivo.



#### **9.2.4.13 Referencia y contrarreferencia**

##### *Proceso de referencia de pacientes:*

En aquellos casos en los cuales en la ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe, no cuente con la capacidad de realizar un procedimiento diagnóstico o terapéutico indispensable, o cuando la patología del paciente supere nuestra capacidad tecnológica o científica para definir una conducta médica a alguno de los pacientes hospitalizados o en caso de no disponibilidad de camas en el servicio requerido, se iniciará el trámite de referencia a otra Institución Prestadora de Servicios de Salud, con el fin de garantizarla oportunidad y continuidad en la atención.

Acorde con lo establecido en el Decreto 4747 de 2007, Los Entes Territoriales y Empresas Administradoras de los Planes de Beneficios serán las directas responsables de ubicar al paciente dentro de las Instituciones que conforman su red asistencial.

Si el paciente requiere una ayuda diagnóstica o terapéutica que no se realiza en la institución, se transporta en ambulancia básica de acuerdo a su condición clínica a la institución que va a realizar el procedimiento con los documentos exigidos por la IPS prestadora y es devuelto al servicio de urgencias y/u hospitalización en las mismas condiciones de seguridad.

La entrega del resultado dependerá del tipo de ayuda diagnóstica o terapéutica e institución que preste el servicio. La toma de este tipo de ayudas dependerá de la autorización de la entidad administradora de planes de beneficio.

##### *Egreso como paciente referido*

Una vez se obtenga respuesta positiva de aceptación en una IPS ya sea por la misma o por su Empresa Prestadora de Servicios (EPS) quien es la empresa responsable de pago, se realiza la doble verificación confirmando con su EPS e IPS respectiva, ya realizada la doble verificación se informa al servicio tratante, con el fin de comunicar a enfermera del servicio, medico, usuario y familiares. El médico que ordena la remisión realiza las órdenes respectivas, realizando la verificación de las condiciones de salud del usuario

antes de ser trasladado y dar la orden del momento en que se debe trasladar. Debe informar a la familia y/o acompañante el motivo de la remisión. La enfermera a cargo del usuario realiza el cierre de historia clínica, prepara los documentos necesarios para la continuidad de tratamiento en otra institución y pasa historia a liquidación. Informa al personal del servicio del egreso por remisión para que se aplique el protocolo establecido.

El área de Referencia y Contrareferencia, programa el momento del traslado, genera órdenes de traslados y coordina el personal Médico y paramédico y la ambulancia respectiva.

En las situaciones en que los familiares no aceptan el traslado (se llena formato de disenso por el médico y continúa o termina la solicitud de referencia según indicación médica).

El personal de ambulancia: verifica condiciones del paciente, revisa que el formato traslado de paciente en ambulancia si se encuentre diligenciado y firmado por auxiliar, enfermera y médico, revisa los documentos y verifica que se encuentren relacionados en el formato, verifica que se cuente con paz y salvo, una vez trasladado del usuario, hace firmar documento por personal que recibe usuario en institución receptora y confirma el ingreso.

#### **9.2.4.14 Modelo de Atención en salud**

El Modelo de atención en salud para la ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe, está basado en 3 componentes básicos del MAITE, las cuales son:

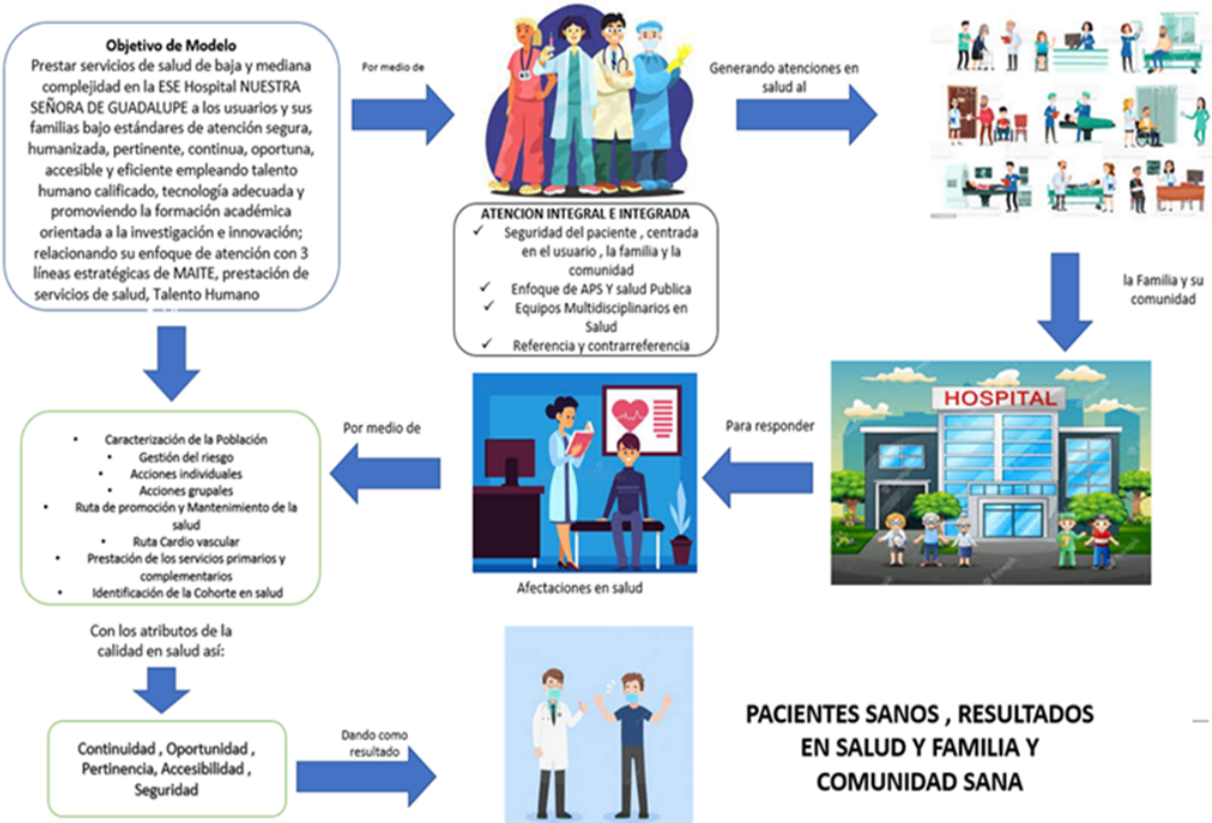
- ✓ Prestación de servicios: comprende las acciones para garantizar el acceso a los servicios de salud que se prestan en el territorio, optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de los mismos, a través del mejoramiento de la capacidad resolutoria, la implementación de mecanismos que permitan verificar la suficiencia de la oferta de servicios y la organización de redes de prestadores de servicios de salud para favorecer el cumplimiento de las prioridades y expectativas en salud de las personas, familias y comunidades de sus territorios.

- ✓ Salud Pública: Busca que todos los actores territoriales orienten sus acciones al mejoramiento de las condiciones de salud de la población, bajo el liderazgo y conducción de la Entidad Territorial, con el propósito de que las respuestas sectoriales, intersectoriales y comunitarias se desarrollen de manera articulada e integral, encaminadas al logro de resultados esperados en la salud de las personas, familias y comunidades, que contribuya a la garantía del derecho a la salud.
- ✓ Talento Humano: Comprende los aspectos relacionados con la suficiencia, disponibilidad, calidad, eficiencia y dignificación del talento humano que apoya los procesos de atención integral en salud, como protagonista, al igual que la población, de la implementación efectiva de las acciones de cuidado.

Según la escogencia de los 3 componentes y para dar respuesta a cada uno se realizó la siguiente construcción:

Modelo de prestación de servicios enfocado en el usuario, familia y comunidad así:

**Figura 22. Ruta del Modelo de Atención en Salud de la ESE Nuestra Señora de Guadalupe**



Fuente: HOSPITAL NSG

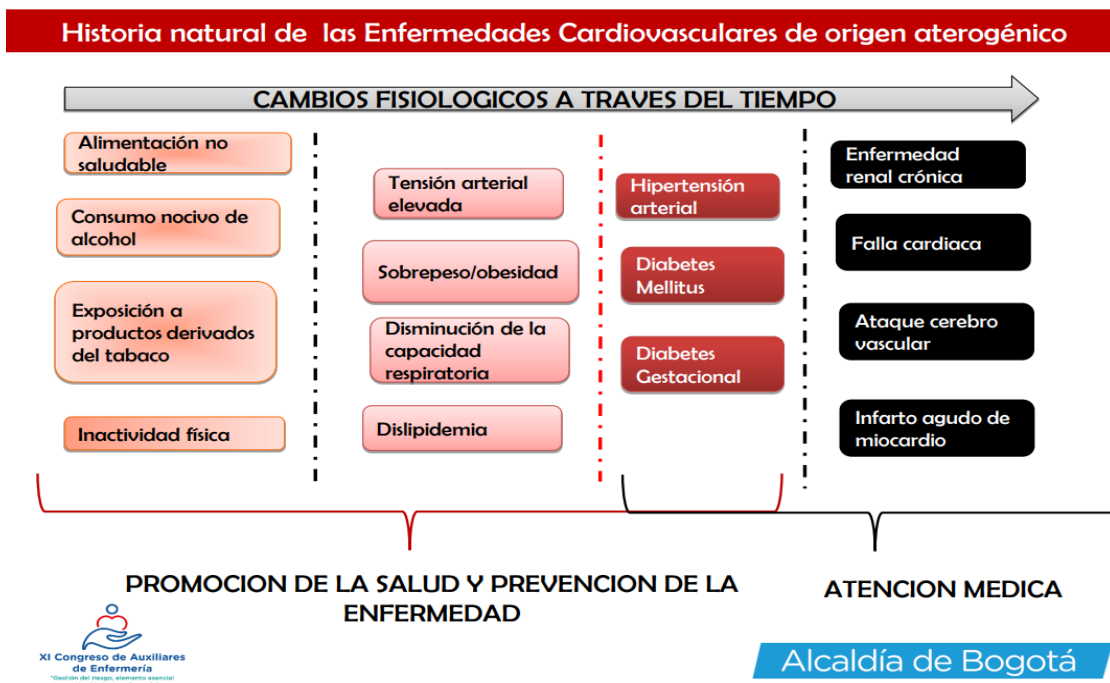
En lo particular y para este trabajo de profundización se realizó un especial énfasis en la ruta Cardio vascular, sin embargo, existen 16 grupos de riesgo que derivan en 16 RIAS en salud así:

**Figura 23. Ruta cardiovascular 16 grupo de riesgos**



Fuente: <https://perezradiologos.com/rias/que-son/>

**Figura 24. Historia natural de las enfermedades cardiovasculares de origen aterogénico**



Fuente: [http://www.saludcapital.gov.co/cdeis\\_C\\_aux\\_enf/Congreso\\_aux\\_enf/Ria\\_Cardio\\_Cerebro\\_Vascular\\_y\\_Metab\\_rol\\_aux.pdf](http://www.saludcapital.gov.co/cdeis_C_aux_enf/Congreso_aux_enf/Ria_Cardio_Cerebro_Vascular_y_Metab_rol_aux.pdf)



En la RIAS Cardiovascular no hay una edad definida puesto que se habla de momentos del curso de vida por lo tanto patologías como la Diabetes, hipertensión, EPOC, entre otras pueden estar en varios momentos del curso de vida y de ahí las actividades propias que se deben ejecutar.

✓ Salud Pública

La ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe cuenta con un convenio interadministrativo con la Alcaldía Municipal en los siguientes términos:

1. La Constitución Política prevé, en el artículo 2°, como fines del Estado: “(...) servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes en ella consagrados; facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación (...)”. La Constitución establece la seguridad social en salud como un derecho público de carácter obligatorio, que se debe prestar bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia y universalidad, en los términos que establezca la ley.
2. De conformidad con lo anterior, la Ley 715 de 2001, en su artículo 44: “corresponde al municipio dirigir y coordinar, en el ámbito de su jurisdicción, el sector salud y el Sistema General de Seguridad en Salud. Específicamente con el tema de Salud pública, el numeral 44.3.: De la Salud Pública: 44.3.1. (Modificado por el artículo 5 de la Ley 1438 de 2011): 44.3.1. Adoptar, implementar y adaptar las políticas y planes en salud pública de conformidad con las disposiciones del orden nacional y departamental, así como formular, ejecutar y evaluar, los planes de intervenciones colectivas y el Artículo 46 Competencias en Salud Pública. La gestión en salud pública es función esencial del Estado y para tal fin la Nación y las entidades territoriales concurrirán en su ejecución en los términos señalados en la presente ley. c) Que en la ley 1122 de 2007 en el artículo 33 enumera las prioridades en salud pública.
3. Que la Resolución 3280 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, en su anexo de

lineamiento técnico y operativo ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud.

4. El Ministerio de Protección Social expidió la Resolución 507 del 25 de marzo del 2020 Por la cual se modifica transitoriamente el parágrafo 1° del artículo 20 de la Resolución 518 de 2015 en cuanto al uso de los recursos de salud pública del Sistema General de Participaciones, en el marco de la emergencia sanitaria por el Coronavirus (COVID-19).

5. La Secretaría de Salud como ente rector de la salud en el municipio, debe velar porque la ejecución de las acciones de Promoción de la salud, Prevención de riesgos (protección específica y detección temprana) y Vigilancia en salud pública, establecidas tanto en el PIC como en el Plan Obligatorio de Salud, se desarrollen de manera articulada y complementaria en el marco de la Estrategia de Atención Primaria en Salud.

6. Este proyecto se encuentra dentro del plan de desarrollo Municipal “Con amor por Guadalupe seguiremos trabajando mejor”.

7. Que el Municipio de Guadalupe solicitó el siguiente concepto al Asesor jurídico: “Posibilidad jurídica del Municipio de contratar las acciones de salud pública con la Empresa Social del Estado habida consideración de la circular emitida por el Director de Asuntos legales de la Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia quien conceptuó que “durante la vigencia de ley de Garantías, se considera que no es posible la celebración de contratos bajo la modalidad de contratación directa para ejecutar actividades y acciones de vigilancia en salud pública y oportunidad de las acciones colectivas,...”.

8. Que luego de estudiado el concepto emitido por la empresa Asistir Abogados, Asesoría Jurídica Integral S.A.S., se comparte el concepto y conclusión en cuanto a que a partir del 29 de enero de 2022 se aplican las restricciones de los artículos 32 y 33 de la Ley Estatutaria 996 de 2005 CON SUS EXCEPCIONES, así como las del parágrafo del artículo 38, resultando inadmisibles desconocerle todo efecto jurídico a la excepción prevista en el inciso 2° del artículo 33 ibídem, máxime si se tiene en cuenta que los contratos interadministrativos es una de las formas de contratación directa prevista en el numeral 4° del artículo 2° de la ley 1150 de 2007 y por tanto dicha excepción aplica, desde esta fecha para todas las formas de contratación directa de nuestro estatuto general de contratación, siendo relevante resaltar que las

entidades territoriales, como entidades sanitarias, deben garantizar la continuidad y oportuna ejecución del PIC y las acciones de salud pública en el marco de sus competencias constitucionales (art. 49 superior) y legales (ley 715 de 2007 y 1751 de 2015)

En ejercicio de la autonomía de la voluntad las partes acuerda celebrar el presente convenio interinstitucional el cual se rige por las siguientes cláusulas:

PRIMERA. Objeto: ejecución de actividades del plan de intervenciones colectivas PIC, del plan de salud territorial del municipio de Guadalupe durante el año 2022.

Para esto se cuenta con un anexo operativo y de actividades que se realizan de manera colectiva con el fin de apoyar la fase de atención integrada e integral del modelo de prestación de servicios; si bien la población objeto de aplicación del modelo es los pertenecientes a la RIA Cardiovascular; el Plan de Intervenciones Colectivas PIC, coadyuva a generar estrategias protectoras en varios ámbitos de vida y que generan estrategias desde lo familiar y lo comunitario.

Esto se verifica en el modelo de atención cuando se generan los resultados en salud individual.

#### **9.2.4.15 Intervenciones colectivas**

Las intervenciones colectivas se definen como: un conjunto de 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 salud de cada territorio. (61). Su planeación se reflejará en el Plan de Acción en Salud – PAS (62) puesto que las mismas hacen parte integral del Plan Territorial de Salud- PTS; se realizan de manera complementaria a las intervenciones poblacionales e individuales, por lo cual deben ser coordinadas con los demás agentes del sistema de salud y comprenden las siguientes:

<b>Comprende</b>	<b>Definición</b>
------------------	-------------------



Es la acción mediante la cual se realiza la recolección, procesamiento, análisis y difusión de la información social y ambiental propia de cada entorno y de las personas, familias y comunidades que lo habitan; que permita definir y acordar con ellas el alcance de las intervenciones colectivas a ejecutar en cada entorno. Dicha caracterización incluye la identificación de:

- a. Aspectos básicos sociales o demográficos de las personas, familias o comunidades del entorno.
- b. Condiciones sociales, sanitarias y ambientales del entorno que inciden en la salud.
- c. Situaciones que evidencien el ejercicio de los derechos.
- d. Situación de salud de las personas, familias o comunidades.
- e. Prácticas de cuidado.
- f. Recursos disponibles para la promoción de la salud y la prevención de riesgos.

Esta información se obtendrá a través de fuentes secundarias y sólo se recolectará de manera directa mediante la aplicación de instrumentos estandarizados para la caracterización de cada entorno, cuando no se cuente con dicha información.

Acciones de producción, organización y difusión de un conjunto de datos o mensajes para orientar, advertir, anunciar o recomendar a los individuos, familias, comunidades, organizaciones y redes, así como a los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y otros sectores sobre aspectos relacionados con la salud pública, que contribuya a la construcción de elementos que propicien la toma de decisiones en salud.

La educación y comunicación para la salud se concibe como un proceso de construcción de conocimiento y aprendizaje mediante el diálogo de saberes, orientado al desarrollo y fortalecimiento del potencial y las capacidades de las personas, las familias, las comunidades, las organizaciones y redes para la promoción de la salud individual y colectiva, la gestión del riesgo y la transformación positiva de los diferentes entornos.

Su intencionalidad es la de aportar al desarrollo de la autonomía individual y colectiva en la determinación de sus estilos de vida y en la garantía del derecho a la salud.

Conjunto de procedimientos para la planificación, organización, implementación, monitoreo y evaluación de actividades para la intervención regular y contingencial de factores de riesgo ambientales y comportamentales orientadas a prevenir o minimizar la propagación de vectores y reducir el contacto entre patógenos y el ser humano.

La ejecución de esta intervención la puede realizar directamente la entidad territorial; e incluye la adquisición y suministro de toldillo larga duración tratado en la fibra de poliéster con insecticida piretroide y los insumos requeridos para la prevención y control de vectores según lineamientos y guías nacionales.

Proceso que se realiza con y para las personas, familias, comunidades, organizaciones y redes (sean públicas o privadas), a fin de desarrollar relaciones, interacciones y capacidades, que permitan:

- a. Coordinar, compartir o intercambiar conocimientos, experiencias y recursos.
- b. Sumar esfuerzos o crear sinergias.
- c. Establecer lazos de cooperación con el propósito de alcanzar un objetivo común en respuesta a una situación determinada.
- d. Resignificar espacios públicos para su apropiación, que posibiliten el encuentro y el uso por parte de los ciudadanos, de forma segura.
- e. Desarrollar acciones comunitarias que redunden en el mejoramiento de las condiciones ambientales y en la disminución de riesgos que afecten la salud.

**Incluye:**

Participación en los escenarios de construcción, implementación y seguimiento a las políticas, planes, programas y proyectos sectoriales e intersectoriales.

Participación en los escenarios de construcción, implementación y seguimiento a las políticas, planes, programas y proyectos sectoriales e intersectoriales.

- El desarrollo de intervenciones con y para las personas, familias, comunidades, grupos, organizaciones y redes destinadas a desarrollar capacidades, comprender y abordar situaciones relacionadas con el bienestar y la calidad de vida.

Desarrollar o fortalecer los mecanismos para el intercambio de información, conocimientos, experiencias entre las personas, familias, comunidades, grupos, organizaciones y redes, que permitan la construcción conjunta de condiciones favorables para el mejoramiento de la salud física y mental.

Desarrollar espacios de construcción de saberes y generación de respuestas que promuevan prácticas sociales y de salud durante el curso de vida o fortalecer los existentes.

Evaluar los resultados e impacto en salud de los proyectos o actividades adelantadas por redes sociales o comunitarias en el entorno educativo y la percepción de satisfacción, de los resultados o cambios percibidos por parte de la comunidad.

Son un conjunto de procedimientos orientados a generar un espacio relacional con las comunidades en donde se establecen de manera directa o indirecta servicios y acciones de acogida, escucha activa, acompañamiento, asistencia, formación, capacitación y referenciación a otros servicios sectoriales e intersectoriales, con el fin de afrontar las demandas y necesidades priorizadas por algunos grupos poblacionales.

Es una estrategia de organización, gestión y participación comunitaria, que, a través de la escucha, permite encontrar respuesta a las demandas y necesidades de la comunidad promoviendo y haciendo posible la inclusión social y la garantía del derecho a la salud.

Las zonas de orientación y los centros de escucha crean espacios sociales de interacción donde las personas en situación de fragilidad y exclusión social comparten sus experiencias de vida, conocimientos, dudas, necesidades, ansiedades relacionados con el cuidado y su bienestar físico y mental.

Estos espacios de escucha activan conjugan una serie de actividades orientadas a promover cambios en el estilo de vida de las personas, canalización hacia los servicios de salud y acompañamiento en las rutas de derechos, por lo tanto, son la puerta de entrada a procesos de inclusión social y Empoderamiento en salud.

Estrategia intersectorial de inclusión social y desarrollo comunitario que permite la generación de oportunidades para la población que presenta una condición de discapacidad y/o afectaciones psicosociales.

**Tamizaje**

Conjunto de métodos o instrumentos de alta sensibilidad aplicados sobre una población para identificar eventos que generan una alta externalidad, dirigidos a poblaciones vulnerables y con difícil acceso a los servicios.

Esta actividad solo se realizará en el PIC, si se le garantiza a la persona a quien se le identifique algún evento, la atención integral con cargo al actor competente.

Las pruebas de tamizaje a desarrollar en el PSPIC deben cumplir con las siguientes consideraciones en su totalidad:

- a. Identifica eventos que generan externalidades en la población general y que sugieren el desarrollo de intervenciones de impacto poblacional contribuyendo al logro de resultados en salud.
- b. Se realiza a grupos poblaciones de forma masiva sin que medie la afiliación al SGSSS.
- c. Tienen una respuesta efectiva, incluida bien sea en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC o el PSPIC.
- d. Son pruebas validadas y con efectividad demostrada.
- e. Se pueden realizar en entornos diferentes al de las instituciones de salud.

Actividad que se concentra en un espacio de tiempo definido y que implica el despliegue de un equipo interdisciplinario para garantizar el acceso de la población a las intervenciones de las RIAS, prioritariamente en los ámbitos territoriales de alta ruralidad y con población dispersa; para lo cual se financia los aspectos logísticos y de organización requeridos para su ejecución.

**Jornadas de salud**

Se constituye en una actividad complementaria al Plan de Beneficios con cargo a la UPC y por ende debe ser ejecutada de manera coordinada con las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud y las EPS presentes en el territorio, quienes, suministrarán el talento humano y recursos tecnológicos e insumos necesarios en el marco de sus competencias.

Cuando en función de lo anterior, se adelanten desplazamientos a zonas rurales se deberá hacer el despliegue del talento humano e insumos necesarios y suficientes para el desarrollo de las intervenciones individuales y colectivas, garantizando cobertura e integralidad de la atención con eficiencia administrativa.

**Vacunación  
n  
antirrábica**

Proceso que consiste en la administración de un inmunobiológico a perros y gatos con el fin de generar protección contra la rabia.

La ejecución de esta intervención la puede realizar directamente la entidad territorial; e incluye la adquisición y suministro de los insumos requeridos para su ejecución según lineamientos y guías nacionales.

Comprende:

1. Adquisición y suministro de medicamentos de uso masivo para la prevención, control y eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas, según guías y protocolos definidos por la nación:

- a. Albendazol tabletas x 400 mg y en suspensión
- b. Mebendazol tabletas por 500 mg
- c. Azitromicina tabletas x 500 mg y por 250 mg (para tracoma)
- d. Azitromicina Dihidrato en gotas, solución oftálmica 15 mg/g (1,5%) (para tracoma)
- e. Prazicuantel tabletas por 150 mg y 600 mg (para cisticercosis, teniasis) Niclosamida x 500 mg (para cisticercosis, teniasis)
- f. Ivermectina en gotas (solución oral) 6 mg/ml (control de ectoparasitosis como escabiosis, pediculosis y para tratamiento masivo de strongyloidiasis)

Con respecto a la prevención de la geohelmintiasis, el país priorizará la estrategia de desparasitación en la población de 5 a 14 años por presentarse en este grupo etario la mayor carga de infección y en la población de 1 a 4 años dadas las consecuencias adversas más severas de la infección en este grupo de edad de los territorios definidos o priorizados en los lineamientos nacionales.

Esta intervención incluye la adquisición de visor de 2.5 aumentos para la realización de tamizaje de triquiasis tracomatosa y el desarrollo las siguientes acciones:

- a. Información en salud
  - b. Educación y comunicación para la salud dirigido a la promoción de hábitos higiénicos, eliminación de basuras y manejo de excretas, entre otros; según lo establecido en las guías y planes para la prevención, control y eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas.
  - c. Coordinación intersectorial para lograr la afectación de determinantes sociales en particular, el acceso a agua segura y saneamiento (eliminación de basuras, excretas, materia orgánica, entre otras) mejora en las prácticas de crianza de los cerdos, vacunación y desparasitación de cerdos, fortalecimiento de la inspección de las carnes en los mataderos y expendios.
2. Adquisición y suministro de insumos o materiales necesarios para la implementación de estrategias de reducción de daños y riesgos en personas que se inyectan drogas, conforme a los lineamientos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social; entre ellos: agujas, jeringas, preservativos, cazoletas, guardianes para depositar material utilizado.
3. Adquisición y suministro de medicamentos o insumos para la prevención y control de otros eventos de interés en salud pública definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social

a. Para la definición de las intervenciones colectivas, la entidad territorial debe identificar las poblaciones y los entornos a abordar a partir de los resultados en salud y de las prioridades del territorio definidas en el Plan Territorial de Salud-PTS.

Dichas intervenciones se deberán ejecutar de manera integrada e integral en los entornos hogar, educativo, comunitario, laboral (con énfasis en la informalidad) e institucional, trascendiendo el abordaje por temas o intervenciones separadas o aisladas. El alcance de las intervenciones a ejecutar se realizará teniendo en cuenta lo dispuesto en el presente lineamiento con respecto a:

- a. Las características sociales y ambientales propias de cada entorno y de las personas que los habitan, identificadas a través de información existente o mediante la aplicación de instrumentos definidos para la caracterización.
- b. Los objetivos y resultados esperados en las personas, familias y comunidades abordadas en cada entorno.
- c. Las prioridades definidas con las personas, familias, comunidades o trabajadores de los entornos a abordar.

#### **A. Intervenciones colectivas en el entorno hogar**

<b>Definición</b>	Conjunto de procedimientos y actividades que buscan el bienestar y protección de la salud de los integrantes del hogar.
<b>Población sujeto</b>	Personas, familias o grupos humanos que viven bajo un mismo techo conformados por personas con o sin vínculos consanguíneos o de afinidad y afecto o personas solas.
<b>Objetivo</b>	Desarrollar o fortalecer factores protectores para la salud e identificar y gestionar el riesgo en salud de cada uno de los integrantes de este entorno.

**Comprende**

**Contenido**

Caracterización social y ambiental del entorno hogar

### Identificar:

Aspectos básicos sociales y demográficos de las personas y familias, incluye valorar la estructura y dinámica familiar e identificar personas o sujetos de protección especial, personas con discapacidad, problemas y trastornos mentales; así como afectaciones psicosociales y el registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad.

Condiciones sociales, sanitarias y ambientales de la vivienda y el entorno de las mismas.

Situaciones que evidencien el ejercicio de los derechos.

· Factores de riesgo o de protección, sociales o de salud de las familias y sus integrantes. En caso de que se compartan las áreas de la vivienda con actividades económicas informales, se deberá ampliar esta información con la caracterización social y ambiental del entorno laboral informal.

Creencias, actitudes y prácticas relacionadas con el mantenimiento de la salud y la gestión del riesgo de las familias y personas de este entorno.

Recursos disponibles para la promoción de la salud y la gestión del riesgo.

Orientar, advertir, anunciar o recomendar a los individuos y a las familias, mediante mensajes clave relacionados con las prioridades definidas con ellos y que estén relacionados con el logro de los objetivos, resultados e indicadores definidos en el Plan Territorial de Salud.

Información en salud

Educación para la salud

Estará ajustado a los resultados esperados, las capacidades a desarrollar y los contenidos de educación para la salud en el marco del PSPIC, definidos en las directrices de obligatorio cumplimiento para la operación de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud.

a. Examen ocular externo para identificar signos de triquiasis tracomatosa a mayores de 15 años en zonas en riesgo y de conformidad en lo establecido en el lineamiento nacional.

b. Pruebas SRQ para la detección temprana de trastornos mentales en adultos.

c. Prueba RQC para la detección temprana de trastornos mentales en niños y niñas.

d. Prueba ASSIST (Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas) a la población con sospecha de patrones de consumo problemático.

e. Prueba AUDIT a la población con sospecha de patrones de consumo problemático de alcohol.

f. Aplicación de otras pruebas o instrumentos para detectar tempranamente eventos de interés en salud pública que generen alta externalidad en la población, de acuerdo a las orientaciones que para el efecto establezca el Ministerio.

Tamizajes

- a. Acciones de prevención y control de vectores, mediante métodos biológicos, de barrera, físicos o de saneamiento del medio. Incluye el suministro de toldillos.
  - b. Control químico de vectores en situaciones de contingencia, y como medida preventiva en el contexto de planes intensificados de eliminación. (sólo le compete a los departamentos, distritos y municipios categoría especial, 1, 2 y 3).
  - c. Prueba de ELISA. Inmunofluorescencia Indirecta – IFI y/o inmunocromatográficas (pruebas rápidas) para anticuerpos anti-Trypanosoma cruzi (validadas por el INS y el INVIMA) en la población de 0 a 15 años con énfasis en los menores de 5 años de los municipios priorizados por el plan de certificación de interrupción de la transmisión intra-domiciliaria (Incluye kit de diagnóstico, toma, traslado, y procesamiento de la muestra y reporte de la prueba.)
  - d. Pruebas parasitológicas de malaria mediante microscopia y/o inmunocromatográficas (pruebas de diagnóstico rápido validadas por el INS y el INVIMA) según lo definido en la guía de atención clínica integral de malaria. Estas pruebas se realizarán únicamente en el marco de búsquedas activas comunitarias en áreas de difícil acceso o en entidades con presencia de brotes epidémicos o en el marco del plan de eliminación de malaria urbana.
  - e. Examen microscópico directo e IFI para Leishmaniasis cutánea y visceral en las zonas de alta transmisión definidas por el MSPS.
  - f. Pruebas rápidas de leishmaniasis visceral (validadas por el INS y el Invima) para uso en estudio de focos según protocolo de vigilancia en salud pública y guía de atención clínica.
  - g. Acciones para la movilización social y cambio conductual frente a la prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores.
  - h. Estrategias de vigilancia y prevención de vectores con enfoque comunitario.
- Desarrollo de capacidades en los integrantes del hogar para la implementación y ejecución de los componentes y actividades de la rehabilitación basada en comunidad.

Búsqueda activa: Identificación de personas con discapacidad, problemas o trastornos mentales y afectaciones psicosociales. Incluye la canalización hacia el procedimiento de Certificación y Registro de localización y caracterización de personas con discapacidad<sup>24</sup> Información en salud con enfoque diferencial.

Visita domiciliaria con el fin de elaborar e implementar en conjunto con los cuidadores los planes de intervención familiar, los cuales deben incluir entre otros, las adecuaciones del entorno para facilitar la independencia funcional de las personas con discapacidad; el seguimiento a las respectivas canalizaciones; y la asesoría a las familias para el acceso efectivo al Sistema de salud y servicios sociales.

Intervenciones breves dirigidas a modificar conductas relacionadas con los riesgos y afectaciones psicosociales y en salud mental.



Comprende:

1. Adquirir y suministrar medicamentos de uso masivo para la prevención, control y eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas, según guías y protocolos definidos por la Nación:

- a. Albendazol tabletas x 400 mg y en suspensión.
- b. Mebendazol tabletas por 500 mg.
- c. Azitromicina tabletas x 500 mg y por 250 mg (para tracoma).
- d. Azitromicina Dihidrato en gotas, solución oftálmica 15 mg/g (1,5%) (para tracoma).
- e. Prazicuantel tabletas por 150 mg y 600 mg (para cisticercosis, teniasis).
- f. Niclosamida x 500 mg (para cisticercosis, teniasis).
- g. Ivermectina en gotas (solución oral) 6 mg/ml (control de ectoparasitosis como escabiosis, pediculosis y para tratamiento masivo de strongyloidiasis).

Esta intervención incluye la adquisición de visor de 2.5 aumentos para la realización de tamizaje de triquiasis tracomatosa y el desarrollo de acciones de:

- a. Información en salud
- b. Educación y comunicación para la salud dirigido a la promoción de hábitos higiénicos, eliminación de basuras y manejo de excretas, entre otros; según lo establecido en las guías y planes para la prevención, control y eliminación de las enfermedades Infecciosas Desatendidas.
- c. Coordinación intersectorial para lograr la afectación de determinantes sociales en particular, el acceso a agua segura y saneamiento (eliminación de basuras, excretas, materia orgánica, entre otras) mejora en las prácticas de crianza de los cerdos, vacunación y desparasitación de cerdos, fortalecimiento de la inspección de las carnes en los mataderos y expendios.

2. Adquirir y suministrar medicamentos o insumos costo efectivos para la prevención y control de otros eventos de interés en salud pública definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

## Vacunación Antirrábica

Incluye:

- a. Identificar y caracterizar la zona en donde se realizará la vacunación (estimación de población de perros y gatos, vías de acceso, zonas de conflicto, concentraciones de población, actores involucrados, sitios para disponer los puestos fijos de vacunación como escuelas, plazas de mercado, parques, entre otras) y establecer la meta o cobertura útil de vacunación a alcanzar.
- b. Seleccionar el procedimiento operativo para realizar la vacunación antirrábica: barrido casa a casa, puntos de vacunación fijos, puntos de vacunación móviles.
- c. Identificar y definir los equipos que adelantarán la actividad; los roles de los actores que participarán en la vacunación (instituciones públicas, privadas, ONGs, juntas de acción comunal); los horarios y periodicidad de su realización.
- d. Gestionar o adquirir los insumos requeridos para adelantar la vacunación antirrábica.
- e. Implementar acciones de información en salud que promuevan la tenencia responsable de mascotas.
- f. Vacunar perros y gatos.
- g. Realizar el seguimiento y evaluación de esta actividad.

Nota: Esta actividad puede ser adelantada por la Dirección Territorial de manera directa o ejecutada a través de contratación de una entidad con experiencia certificada en el desarrollo de la misma.

**Nota:** Las intervenciones realizadas en el entorno hogar, pueden realizarse a los integrantes del hogar por vivienda o a un conjunto de hogares que compartan el mismo contexto territorial y condiciones sociales, ambientales y sanitarios.

## B. Intervenciones colectivas en el entorno educativo

**Definición** Conjunto de procedimientos y actividades que buscan el bienestar y protección de la salud de la comunidad educativa.

**Población sujeto** La comunidad educativa está constituida por estudiantes (niños, niñas, adolescentes, jóvenes, adultos y personas mayores), padres de familia, directivos, educadores y personal administrativo de los diferentes escenarios de este entorno.

**Objetivo** Desarrollar o fortalecer factores protectores para la salud e identificar y gestionar el riesgo en salud de los integrantes de la comunidad educativa.

**Comprende** **Contenido**

Identificar:

Aspectos básicos sociales y demográficos de la comunidad educativa. Incluye la identificación de personas con discapacidad, problemas o trastornos mentales y afectaciones psicosociales.

Condiciones sociales, sanitarias y ambientales internas y externas (vías de acceso, vendedores ambulantes, riesgos ambientales, parques, entre otros).

Situaciones que evidencien el ejercicio de los derechos; incluye Identificar los mecanismos de participación y grupos de interés de la comunidad educativa.

Características del clima educativo (relaciones y dinámicas, presencia de grupos al margen de la ley; intimidación escolar; estigmatización; entre otros).

Características de la infraestructura de la institución educativa (áreas o espacios de carácter cultural, deportivo, recreativo y zonas verdes); así como de los servicios de alimentación, salud y bienestar estudiantil.

Creencias, actitudes y prácticas de cuidado, de la comunidad educativa relacionadas con el mantenimiento de la salud y la gestión del riesgo.

Recursos disponibles para la promoción de la salud y la gestión del riesgo, que incluye identificar el proyecto educativo institucional y el grado de implementación de los proyectos estratégicos transversales; así como otros planes, programas, proyectos y estrategias implementados en el marco de los proyectos pedagógicos, para establecer estrategias mediante las cuales el sector salud los potenciará.

Orientar, advertir, anunciar o recomendar a los individuos y a las familias, mediante mensajes clave relacionados con las prioridades definidas con ellos y que estén relacionados con el logro de los objetivos, resultados e indicadores definidos en el Plan Territorial de Salud.

Estará ajustado a los resultados esperados, las capacidades a desarrollar y los contenidos de la educación para la salud en el marco del PSPIC, definidos en las directrices de obligatorio cumplimiento para la operación de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud.

**Tamizajes**

- a. Pruebas SRQ para la detección temprana de trastornos mentales en adultos.
- b. Prueba RQC para la detección temprana de trastornos mentales en niños y niñas.
- c. Prueba ASSIST (Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas) a la población con sospecha de patrones de consumo problemático.
- d. Prueba AUDIT a la población con sospecha de patrones de consumo problemático de alcohol.
- e. Examen ocular externo para identificar signos de triquiasis tracomatosa a mayores de 15 años en zonas en riesgo y de conformidad en lo establecido en el lineamiento nacional.
- f. Aplicación de otras pruebas o instrumentos para detectar tempranamente eventos de interés en salud pública que generen alta externalidad en la población, de acuerdo a las orientaciones que para el efecto establezca el Ministerio.

**de Conformación y fortalecimiento de redes sociales y comunitarias**

- a. Identificar y caracterizar las redes ya existentes en cada territorio que desarrollen políticas, planes, programas y proyectos para la promoción de la salud y gestión de riesgos en salud en el entorno educativo o las posibilidades de su creación.
- b. Desarrollar capacidades a las redes o miembros de las mismas, para fortalecer su funcionamiento, sumar esfuerzos, crear sinergias y potenciar los recursos que poseen.
- c. Desarrollar o fortalecer los mecanismos para el intercambio de información, conocimientos, experiencias entre las personas, familias, comunidades, grupos, organizaciones y redes, que permitan la construcción conjunta de condiciones favorables para el mejoramiento de la salud física y mental.
- d. Evaluar los resultados e impacto en salud de los proyectos o actividades adelantadas por redes sociales o comunitarias en el entorno educativo y la percepción de satisfacción, de los resultados o cambios percibidos por parte de la comunidad.

**Jornada de Orientación y centros de escucha**

Según lo definido en el numeral 3.2. y 3.2.1 del presente lineamiento.

Implementación, monitoreo y evaluación de las zonas de orientación escolar o universitaria donde se ejecuten acciones de acogida, escucha activa, acompañamiento, asistencia, formación, capacitación y referencia a otros servicios sectoriales e intersectoriales.

**Prevención y control de las Enfermedades Transmitidas por  
Vectores (intervención obligatoria en zonas endémicas)**

- a. Acciones de prevención y control de vectores, mediante métodos biológicos, de barrera, físicos o de saneamiento del medio.
- b. Control químico de vectores en situaciones de contingencia, y como medida preventiva en el contexto de planes intensificados de eliminación. (sólo le compete a los departamentos, distritos y municipios categoría especial, 1, 2 y 3).
- c. Prueba de ELISA. Inmunofluorescencia Indirecta – IFI y/o inmunocromatográficas (pruebas rápidas) para anticuerpos anti-Trypanosoma cruzi (validadas por el INS y el INVIMA) en la población de 0 a 15 años con énfasis en los menores de 5 años de los municipios priorizados por el plan de certificación de interrupción de la transmisión intra-domiciliaria (Incluye kit de diagnóstico, toma, traslado, y procesamiento de la muestra y reporte de la prueba.)
- d. Pruebas parasitológicas de malaria mediante microscopia y/o inmunocromatográficas (pruebas de diagnóstico rápido validadas por el INS y el INVIMA) según lo definido en la guía de atención clínica integral de malaria. Estas pruebas se realizarán únicamente en el marco de búsquedas activas comunitarias en áreas de difícil acceso o en entidades con presencia de brotes epidémicos o en el marco del plan de eliminación de malaria urbana.
- e. Examen microscópico directo e IFI para Leishmaniasis visceral en las zonas de alta transmisión definidas por el MSPS.
- f. Pruebas rápidas de leishmaniasis visceral (validadas por el INS y el Invima) para uso en estudio de focos según protocolo de vigilancia en salud pública y guía de atención clínica.
- g. Acciones para la movilización social y cambio conductual frente a la prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores.
- h. Estrategias de vigilancia y prevención de vectores con enfoque comunitario.

Comprende:

1. Adquirir y suministrar medicamentos de uso masivo para la prevención, control y eliminación de las enfermedades Infecciosas Desatendidas, según guías y protocolos definidos por la Nación:

- a. Albendazol tabletas x 400 mg y en suspensión
- b. Mebendazol tabletas por 500 mg
- c. Prazicuantel tabletas por 150 mg y 600 mg (para cisticercosis, teniasis)
- d. Niclosamida x 500 mg (para cisticercosis, teniasis)
- e. Ivermectina en gotas (solución oral) 6 mg/ml (control de ectoparasitosis como escabiosis, pediculosis y para tratamiento masivo de strongyloidiasis)

Esta intervención incluye:

- a. Información en salud
- b. Educación y comunicación para la salud dirigido a la promoción de hábitos higiénicos, eliminación de basuras y manejo de excretas, entre otros; según lo establecido en las guías y planes para la prevención, control y eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas.
- c. Coordinación intersectorial para lograr la afectación de determinantes sociales en particular, el acceso a agua segura y saneamiento.

2. Adquirir y suministrar medicamentos o insumos costo efectivos para la prevención y control de otros eventos de interés en salud pública definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

### C. Intervenciones colectivas en el entorno comunitario

<b>Definición</b>	Conjunto de procedimientos y actividades que buscan incidir en el bienestar y protección de la salud de sus comunidades y representarlas ante instancias nacionales y territoriales; reconociendo la dinámica social de las personas y los colectivos dispuestos en grupos de base, redes sociales y comunitarias, organizadas de manera autónoma y solidaria.
<b>Población sujeto</b>	Grupos de base comunitaria, organizaciones, redes y demás formas organizativas de la comunidad y comunidad en general.
<b>Objetivo</b>	Desarrollar proyectos o iniciativas de base comunitaria para promover la salud y el cuidado, proteger los entornos y gestionar riesgos en salud, mediante el desarrollo de capacidades.
<b>Comprende</b>	<b>Contenido</b>

**Caracterización social y ambiental del entorno comunitario**

Identificar:

Aspectos básicos sociales y demográficos de las personas, familias o comunidades del entorno; incluye la identificación de grupos de base, redes sociales y comunitarias, infraestructuras, bienes y servicios dispuestos en el espacio público y ecosistemas estratégicos.

Condiciones sociales, sanitarias y ambientales del entorno que inciden en la salud de las personas, familias y comunidades e identificación de riesgos asociados.

Situaciones que evidencien el ejercicio de los derechos en salud; incluye la identificación de los mecanismos de participación comunitaria.

Creencias, actitudes y prácticas relacionadas con el mantenimiento de la salud y la gestión del riesgo existentes en la comunidad.

Recursos

**Información en salud**

Orientar, advertir, anunciar o recomendar a los grupos, organizaciones y redes comunitarias y sociales en temas de liderazgo, autogestión y corresponsabilidad, en derecho y deberes en salud, mediante mensajes clave relacionados con las prioridades definidas con la comunidad y que apunten al logro de los objetivos, resultados e indicadores definidos en el Plan Territorial de Salud.

**Educación para la salud**

Estará ajustado a los resultados esperados, las capacidades a desarrollar y los contenidos de la educación para la salud en el marco del PSPIC, definidos en las directrices de obligatorio cumplimiento para la operación de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud.

**Conformación y fortalecimiento de redes sociales y comunitarias**

- a. Identificar y caracterizar las redes ya existentes en cada territorio que desarrollen políticas, planes, programas y proyectos para la promoción de la salud y gestión de riesgos en salud en el entorno comunitario o las posibilidades de su creación.
- b. Desarrollar capacidades individuales a los miembros de las redes existentes que les permita fortalecer su funcionamiento, sumar esfuerzos, crear sinergias y potenciar los recursos que poseen para la promoción de la salud y la gestión de riesgos colectivos. Incluye: la formación para la incidencia en el ciclo de políticas públicas saludables, formación y promoción de la participación incidente en las instancias y espacios de participación en salud (COPACOS, Asociaciones de Usuarios, CTSSS, etc.), la formación y promoción de participación en los escenarios de veeduría y rendición de cuentas, entre otros.
- c. Desarrollar o fortalecer los mecanismos para el intercambio de información, conocimientos, experiencias entre las personas, familias, comunidades, grupos, organizaciones y redes, que permitan la construcción conjunta de condiciones favorables para el mejoramiento de la salud física y mental.
- d. Desarrollar espacios de construcción de saberes y generación de respuestas que promuevan prácticas sociales y de salud durante el curso de vida o fortalecer los existentes.
- e. Evaluar los resultados e impacto en salud de los proyectos o actividades adelantadas por redes sociales o comunitarias en el entorno comunitario y la percepción de satisfacción, de los resultados o cambios percibidos por parte de la comunidad.
- f. Centros de escucha comunitaria
- g. Implementación, monitoreo y evaluación de centros de escucha comunitaria donde se ejecuten acciones de acogida, escucha activa, acompañamiento, asistencia, formación, capacitación y referencia a otros servicios sectoriales e intersectoriales o acciones en el marco de estrategias de reducción de daños y riesgos en personas que consumen sustancias psicoactivas.

Según lo definido en el numeral 3.2. y 3.2.1 del presente lineamiento.

**Jornada de  
Salud**

**Zonas de Orientación y centros de escucha**

Implementación, monitoreo y evaluación de las zonas de orientación escolar o universitaria donde se ejecuten acciones de acogida, escucha activa, acompañamiento, asistencia, formación, capacitación y referencia a otros servicios sectoriales e intersectoriales.



**Prevención y control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores  
(intervención obligatoria en zonas endémicas)**

- a. Acciones de prevención y control de vectores, mediante métodos biológicos, de barrera, físicos o de saneamiento del medio. Incluye el suministro de toldillos.
- b. Control químico de vectores en situaciones de contingencia, y como medida preventiva en el contexto de planes intensificados de eliminación. (sólo le compete a los departamentos, distritos y municipios categoría especial, 1, 2 y 3).
- c. Prueba de ELISA. Inmunofluorescencia Indirecta – IFI y/o inmunocromatográficas (pruebas rápidas) para anticuerpos anti-Trypanosoma cruzi (validadas por el INS y el INVIMA) en la población de 0 a 15 años con énfasis en los menores de 5 años de los municipios priorizados por el plan de certificación de interrupción de la transmisión intra-domiciliaria (Incluye kit de diagnóstico, toma, traslado, y procesamiento de la muestra y reporte de la prueba.)
- d. Pruebas parasitológicas de malaria mediante microscopia y/o inmunocromatografía (pruebas de diagnóstico rápido validadas por el INS y el INVIMA) según lo definido en la guía de atención clínica integral de malaria. Estas pruebas se realizarán únicamente en el marco de búsquedas activas comunitarias en áreas de difícil acceso o en entidades con presencia de brotes epidémicos o en el marco del plan de eliminación de malaria urbana.
- e. Examen microscópico directo e IFI para Leishmaniasis cutánea y visceral en las zonas de alta transmisión definidas por el MSPS.
- f. Pruebas rápidas de leishmaniasis visceral (validadas por el INS y el Invima) para uso en estudio de focos según protocolo de vigilancia en salud pública y guía de atención clínica.
- g. Acciones para la movilización social y cambio conductual frente a la prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores.
- h. Identificar e intervenir conductas de riesgo a nivel individual, familiar, comunitario e institucional relacionados con el vector.
- i. Estrategias de vigilancia y prevención de vectores con enfoque comunitario.

Desarrollo de capacidades en actores comunitarios para la implementación y ejecución de los componentes y actividades de RBC

Búsqueda Activa: Identificación de personas con discapacidad, problemas y trastornos mentales; así como afectaciones psicosociales por parte de los equipos extramurales. Incluye la canalización hacia el procedimiento de Certificación y Registro de localización y caracterización de personas con discapacidad<sup>25</sup> Información en salud con enfoque diferencial. Acciones para gestionar el acceso efectivo de las personas con discapacidad, población con problemas o trastornos mentales o con afectaciones, psicosociales a los servicios sociales y de salud; así como, la gestión del caso para la garantía y restablecimiento del derecho a la prestación de servicios de salud y el seguimiento a personas canalizadas hacia los servicios sociales y de salud.

Información en salud con enfoque diferencial. Conformación o fortalecimiento de redes y organizaciones de base comunitaria que permitan:

- a. Desarrollar capacidades, comprender y abordar situaciones relacionadas con el bienestar y la calidad de vida de las personas con discapacidad, problemas o trastornos mentales o sus cuidadores.
- b. Generar espacios y procesos de interacción entre las personas, familias, comunidades, grupos, organizaciones y redes para la construcción conjunta de condiciones favorables para el mejoramiento de la salud física y mental de dicha población.
- c. Establecer espacios de construcción de saberes y generación de respuestas que promuevan prácticas para la inclusión, y promoción y mantenimiento de la salud de la población con discapacidad, problemas o trastornos mentales o sus cuidadores.

Incluye:

- a. Identificar y caracterizar la zona en donde se realizará la vacunación (estimación de población de perros y gatos, vías de acceso, zonas de conflicto, concentraciones de población, actores involucrados, sitios para disponer los puestos fijos de vacunación como escuelas, plazas de mercado, parques, entre otras) y establecer la meta o cobertura útil de vacunación a alcanzar.
- b. Seleccionar el procedimiento operativo para realizar la vacunación antirrábica: barrido casa a casa, puntos de vacunación fijos, puntos de vacunación móviles.
- c. Identificar y definir los equipos que adelantarán la actividad; los roles de los actores que participarán en la vacunación (instituciones públicas, privadas, ONG, juntas de acción comunal); los horarios y periodicidad de su realización.
- d. Gestionar o adquirir los insumos requeridos para adelantar la vacunación antirrábica.
- e. Implementar acciones de información en salud que promuevan la tenencia responsable de mascotas.
- f. Vacunar perros y gatos
- g. Realizar el seguimiento y evaluación de esta actividad.

Nota: Esta actividad puede ser adelantada por la Dirección Territorial de manera directa o ejecutada a través de contratación de una entidad con experiencia certificada en el desarrollo de la misma.

Según lo definido en el numeral 3.2. y 3.2.1 del presente lineamiento.

#### D. Intervenciones colectivas en el entorno laboral

Las intervenciones colectivas en el entorno laboral formal se deben desarrollar a través de la implementación de la estrategia de entorno laboral formal saludable y estarán a cargo de las organizaciones laborales en consonancia con lo dispuesto en la normatividad pertinente del Ministerio de Trabajo, el Departamento Administrativo de la Función Pública y el Ministerio de Salud y Protección Social. Las intervenciones colectivas en el entorno laboral informal se realizarán en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas conforme a lo dispuesto a continuación:

##### **Definición**

Conjunto de procedimientos y actividades que buscan el bienestar y protección de la salud de los trabajadores.

- a. Trabajadores de las actividades de la economía informal, agricultura, ganadería, pesca, silvicultura, manufactura, minería, comercio y artesanías y priorizadas en el PDSP o en la norma que lo modifique o sustituya.
- b. Mujeres rurales trabajadoras, adultos mayores trabajadores, personas trabajadoras con discapacidad<sup>29</sup> que trabajan en el sector informal de la economía.
- c. Trabajadores formales cubiertos por el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo

<b>Objetivo</b>	Desarrollar o fortalecer factores protectores para la salud e identificar y gestionar el riesgo en salud de los trabajadores informales relacionado con su trabajo, ocupación u oficio.
<b>Comprende</b>	<b>Contenido</b>
<b>Caracterización social y ambiental del entorno laboral</b>	<p>Identificar:</p> <p>Aspectos básicos sociales y demográficos de los trabajadores informales. Condiciones sociales, sanitarias y ambientales de los lugares de trabajo de las actividades económicas priorizadas del sector informal de la economía.</p> <p>Situaciones que evidencien el ejercicio de los derechos.</p> <p>Descripción de las condiciones de trabajo y organizacionales (jornadas de trabajo, habilidades de los trabajadores) y riesgos asociados al desarrollo de la actividad económica (materias primas, equipos, condiciones de seguridad).</p> <p>Identificación de la condición de salud de los trabajadores informales, acorde a la metodología establecida en la estrategia del entorno laboral con énfasis en la informalidad</p>
<b>Educación para la salud</b>	<p>Guía del facilitador.</p> <p>Identificar creencias, actitudes y prácticas de los trabajadores informales relacionados con la promoción de la salud y la prevención de accidentes y enfermedades relacionadas con su trabajo, ocupación u oficio</p> <p>Recursos disponibles en el entorno para la promoción de la salud y la prevención de riesgos.</p> <p>Identificación de trabajadores o por actividades económica, que requieran canalización a otros sectores o a servicios sociales o sanitarios.</p> <p>Orientar, advertir, anunciar o recomendar a los trabajadores de la prevención de los riesgos derivados del trabajo, ocupación u oficio, mecanismos de acceso al Sistema General de Riesgos Laborales, Conformación de instancias organizativas de grupo de trabajadores u otros que estén relacionados con el logro de los objetivos, resultados e indicadores definidos para este entorno.</p> <p>Estará ajustado a los resultados esperados, las capacidades a desarrollar y los contenidos de la educación para la salud en el marco del PIC, definidos en las directrices de obligatorio cumplimiento para la operación de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud y a las características de la población sujeto.</p>

**Tamizajes**

**Conformación y fortalecimiento de redes sociales y comunitarias**

**Prevención y control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores (intervención obligatoria en zonas endémicas)**

- a. Pruebas SRQ para la detección temprana de trastornos mentales en adultos.
  - b. Prueba ASSIST (Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas) a la población con sospecha de patrones de consumo problemático
  - c. Prueba AUDIT a la población con sospecha de patrones de consumo problemático de alcohol
  - d. Tamizar para VIH, hepatitis B y C. (ejemplo en las zonas donde se desarrolla la actividad minera)
  - e. Otros tamizajes para detectar tempranamente eventos de interés en salud pública que generen alta externalidad en esta población. Conformación y fortalecimiento de redes sociales y comunitarias. Establecer alianzas públicas y privadas para la formalización de la actividad económica y acceso al Sistema General de Seguridad Social (Sistema General de Riesgos Laborales). Fortalecer las redes sociales y organizaciones comunitarias en hábitos de consumo, para que estas a su vez incidan en sus comunidades en el consumo de bienes y servicios presentes en su territorio o entorno. Fortalecer en el marco de la participación social la responsabilidad social empresarial con el fin de promover la adopción de tecnologías más limpias. Fortalecer en corresponsabilidad social empresarial en la protección de la salud humana, mejoramiento de las condiciones de calidad de vida y el desarrollo sostenible. Realizar sesión con trabajadores informales, con o sin vínculo a una agremiación para generar planes de respuesta integral que incluyan estrategias de corresponsabilidad.
- a. Detectar tempranamente enfermedad de Chagas mediante prueba de ELISA, Inmunofluorescencia Indirecta - IFI y/o inmunocromatográficas (pruebas rápidas) para anticuerpos anti - Trypanosoma Cruzi (validadas por el INS y el INVIMA).
  - b. Detectar Leishmaniasis cutánea mediante examen microscópico directo e IFI en las zonas de alta transmisión definidas por el MSPS.
  - c. Detectar malaria a través de pruebas parasitológicas de microscopia y/o inmunocromatografía (pruebas de diagnóstico rápido validadas por el INS y el INVIMA) según lo definido en la guía de atención clínica integral de malaria.
  - d. Acciones de prevención y control de vectores, mediante métodos biológicos, de barrera, físicos o de saneamiento del medio. Incluye el suministro de toldillos.
  - e. Control químico de vectores en situaciones de contingencia, y como medida preventiva en el contexto de planes intensificados de eliminación. (sólo le compete a los departamentos, distritos y municipios categoría especial, 1, 2 y 3).
  - f. Acciones para la movilización social y cambio conductual frente a la prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores.
  - g. Identificar e intervenir conductas de riesgo relacionados con el vector.

<b>E. Intervenciones colectivas en el entorno institucional</b>	
<b>Definición</b>	Conjunto de procedimientos y actividades que buscan el bienestar y protección de la salud de los integrantes del entorno institucional Personas -generalmente no parientes- que participan de una vida en común, de manera temporal o permanente, las cuales pueden estar institucionalizadas por sus características especiales en los siguientes escenarios:
<b>Población sujeto</b>	<p>a. Instituciones prestadoras de servicios de salud: Son aquellas entidades cuyo objeto social es la prestación de servicios de salud y que se encuentran habilitadas de conformidad con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud.</p> <p>b. Instituciones que prestan servicios sociales o protección integral</p> <p>c. Establecimientos que concentran o aglomeran individuos como población privada de la libertad, batallones, conventos, centros vida, entre otros.</p>
<b>Objetivo</b>	Desarrollar o fortalecer factores protectores para la salud e identificar y gestionar el riesgo en salud de cada uno de los integrantes de este entorno.
<b>Comprende</b>	<b>Contenido</b>
<b>Información en salud</b>	Orientar, advertir, anunciar o recomendar a los individuos y la institución, mediante mensajes clave relacionados con las prioridades definidas con ellos y que estén relacionados con el logro de los objetivos, resultados e indicadores definidos en el Plan Territorial de Salud.
<b>Educación para la salud</b>	Estará ajustado a los resultados esperados, las capacidades a desarrollar y los contenidos de educación para la salud en el marco del PSPIC, definidos en las directrices de obligatorio cumplimiento para la operación de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud
<b>Tamizajes</b>	<p>a. Examen ocular externo para identificar signos de triquiasis tracomatosa a mayores de 15 años en zonas en riesgo y de conformidad en lo establecido en el lineamiento nacional.</p> <p>b. Pruebas SRQ para la detección temprana de trastornos mentales en adultos.</p> <p>c. Prueba RQC para la detección temprana de trastornos mentales en niños y niñas.</p> <p>d. Prueba ASSIST (Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas) a la población con sospecha de patrones de consumo problemático.</p> <p>e. Prueba AUDIT a la población con sospecha de patrones de consumo problemático de alcohol.</p> <p>f. Aplicación de otras pruebas o instrumentos para detectar tempranamente eventos de interés en salud pública que generen alta externalidad en la población, de acuerdo a las orientaciones que para el efecto establezca el Ministerio.</p>

**Adquisición y suministro de medicamentos o insumos de uso masivo para la prevención, control o eliminación de eventos de interés en Salud Pública**

**Prevención y control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores (intervención obligatoria en zonas endémicas)**

- a. Acciones de prevención y control de vectores, mediante métodos biológicos, de barrera, físicos o de saneamiento del medio. Incluye el suministro de toldillos.
- b. Control químico de vectores en situaciones de contingencia, y como medida preventiva en el contexto de planes intensificados de eliminación. (sólo le compete a los departamentos, distritos y municipios categoría especial, 1, 2 y 3).
- c. Acciones para la movilización social y cambio conductual frente a la prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores.
- d. Estrategias de vigilancia y prevención de vectores con enfoque comunitario.  
Comprende:
  1. Adquirir y suministrar medicamentos de uso masivo para la prevención, control y eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas, según guías, protocolos y lineamientos definidos por la nación:
    - a. Albendazol tabletas x 400 mg y en suspensión.
    - b. Mebendazol tabletas por 500 mg.
    - c. Azitromicina tabletas x 500 mg y por 250 mg (para tracoma).
    - d. Azitromicina Dihidrato en gotas, solución oftálmica 15 mg/g (1,5%) (para tracoma).
    - e. Prazicuantel tabletas por 150 mg y 600 mg (para cisticercosis, teniasis).
    - f. Niclosamida x 500 mg (para cisticercosis, teniasis).
    - g. Ivermectina en gotas (solución oral) 6 mg/ml (control de ectoparasitosis como escabiosis, pediculosis y para tratamiento masivo de strongyloidiasis).

Con respecto a la prevención de la geohelmintiasis, el país priorizará la estrategia de desparasitación en la población no escolarizada de 5 a 14 años por presentarse en este grupo etario la mayor carga de infección y en la población de 1 a 4 años dadas las consecuencias adversas más severas de la infección en este grupo de edad de los territorios definidos o priorizados en los lineamientos nacionales.

Esta intervención incluye la adquisición de visores de 2.5 aumentos para la realización de tamizaje de triquiasis tracomatosa y el desarrollo de acciones de:

- a. Información en salud
  - b. Educación y comunicación para la salud dirigido a la promoción de hábitos higiénicos, eliminación de basuras y manejo de excretas, entre otros; según lo establecido en las guías y planes para la prevención, control y eliminación de las enfermedades Infecciosas Desatendidas.
  - c. Coordinación intersectorial para lograr la afectación de determinantes sociales en particular, el acceso a agua segura y saneamiento (eliminación de basuras, excretas, materia orgánica, entre otras) mejora en las prácticas de crianza de los cerdos, vacunación y desparasitación de cerdos, fortalecimiento de la inspección de las carnes en los mataderos y expendios.
2. Adquirir y suministrar medicamentos o insumos costo efectivos para la prevención y control de otros eventos de interés en salud pública definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

## F. Intervenciones colectivas dirigidas a poblaciones vulnerables

<b>Definición</b>	Conjunto de procedimientos y actividades que buscan el bienestar y protección de la salud de poblaciones vulnerables priorizadas.
<b>Población sujeto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.</li> <li>b. Mujeres transgénero.</li> <li>c. Personas en situación de prostitución.</li> <li>d. Usuarios de drogas inyectables.</li> <li>e. Habitantes de calle.</li> </ul>
<b>Objetivo</b>	Desarrollar o fortalecer factores protectores para la salud e identificar y gestionar el riesgo en salud de la población vulnerable priorizada.
<b>Comprende</b>	<b>Contenido</b>
<b>Caracterización social y ambiental</b>	<p>Identificar:</p> <p>Aspectos básicos sociales y demográficos.</p> <p>Condiciones sociales, sanitarias y ambientales que inciden en la salud de la población vulnerable abordada.</p> <p>Situaciones que evidencien el ejercicio de los derechos.</p> <p>Factores de riesgo o de protección, sociales o de salud de la población vulnerable.</p> <p>Creencias, actitudes y prácticas relacionadas con el mantenimiento de la salud y la gestión del riesgo.</p> <p>Recursos disponibles para la promoción de la salud y la gestión del riesgo.</p>
<b>Información en salud</b>	Orientar, advertir, anunciar o recomendar a la población vulnerable con mensajes clave relacionados con las prioridades definidas con su participación y que estén relacionados con el logro de los objetivos, resultados e indicadores definidos para este entorno.
<b>Educación para la salud</b>	Educación para la salud en derechos en salud; derechos sexuales y reproductivos; prevención de riesgos y factores de protección; acceso al Sistema General de Seguridad Social; prácticas y dinámicas que favorecen el establecimiento de relaciones sanas y constructivas para la promoción de la salud mental.



<b>Tamizaje</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pruebas SRQ para la detección temprana de trastornos mentales en adultos.</li> <li>b. Prueba RQC para la detección temprana de trastornos mentales en niños y niñas.</li> <li>c. Prueba ASSIST (Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas) a la población con sospecha de patrones de consumo problemático.</li> <li>d. Prueba AUDIT a la población con sospecha de patrones de consumo problemático de alcohol.</li> <li>e. Tamizar para VIH, hepatitis B y C. (incluye consejería pre y post test)</li> <li>f. Otros tamizajes para detectar tempranamente eventos de interés en salud pública que generen alta externalidad en esta población.</li> </ul>
<b>Conformación y fortalecimiento de redes sociales y comunitarias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Identificar y caracterizar las redes ya existentes en cada territorio que desarrollen políticas, planes, programas y proyectos para la promoción de la salud y gestión de riesgos en salud en esta población o las posibilidades de su creación.</li> <li>b. Desarrollar capacidades a las redes o miembros de las mismas, para fortalecer su funcionamiento, sumar esfuerzos, crear sinergias y potenciar los recursos que poseen.</li> <li>c. Desarrollar o fortalecer los mecanismos para el intercambio de información, conocimientos, experiencias entre las personas, comunidades, grupos, organizaciones y redes, que permitan la construcción conjunta de condiciones favorables para el mejoramiento de la salud física y mental de la población vulnerable priorizada.</li> <li>d. Establecer alianzas públicas y privadas para fortalecer y promover el acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud y a servicios de protección social.</li> <li>e. Evaluar los resultados e impacto en salud de los proyectos o actividades adelantadas por redes sociales o comunitarias en el entorno comunitario y la percepción de satisfacción, de los resultados o cambios percibidos por parte de la comunidad.</li> </ul>
<b>Adquisición y suministro de medicamentos o insumos de uso masivo para la prevención, control o eliminación de</b>	<p>Comprende:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Adquirir y suministrar insumos o materiales necesarios para la implementación de estrategias de reducción de daños y riesgos en personas que se inyectan drogas, conforme a los lineamientos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social; entre ellos: agujas, jeringas, preservativos, cazoletas, guardianes, para depositar material utilizado.</li> <li>b. Adquirir y suministrar preservativos masculinos.</li> <li>c. Adquirir y suministrar medicamentos o insumos costo efectivos para la prevención y control de otros eventos de interés en salud pública en estas poblaciones, definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.</li> </ul>

**Nota:** La canalización se refiere al conjunto de actividades de orientación y direccionamiento de los usuarios, pacientes, familias y comunidades a los servicios sociales o de salud disponibles en el territorio, con el fin de mejorar el acceso a estos y de esta manera mejorar su estado de salud y su calidad de vida y se adelanta en el marco de la ejecución de las tecnologías del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas –PIC, incluye el seguimiento a los individuos y familias canalizados y reporte de información conforme al

documento de orientaciones y al sistema de monitoreo y evaluación de esta Ruta.

✓ Talento Humano:

La ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe consiente que su talento es vital para dar cumplimiento al Modelo de atención enfocado en los dos pilares anteriores de prestación de servicios y salud pública debe de tener un talento humano con condiciones mínimas laborales y de capacitación que permita dar un mejor servicio al usuario, su familia y comunidad.

Se realiza un cálculo de suficiencia de personal de acuerdo a la población y a las actividades propias de las RIAS en especial la Cardiovascular, este cálculo es el siguiente, a continuación, se presentan los cuadros de producción de servicios de salud y los porcentajes alcanzados en cada población acorde a los grupos poblacionales propuestos por las RIAS.

**Tabla 31. Población Total Contratada por Cápita. ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe según Curso de Vida. Julio 2021 – Junio 2022.**

Curso de vida	Total población	Porcentaje
Primera infancia	269	7%
Infancia	313	8%
Adolescencia	417	11%
Juventud	650	17%
Adulthood	1.338	36%
Vejez	766	20%
<b>Total general</b>	<b>3.753</b>	<b>100%</b>

Fuente: "Base de Datos Savia Salud Final"

**Tabla 32. Proyección de tiempo del talento humano necesario para las actividades de PEDT según programa para Usuarios. ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe. Julio 2022 – junio 2023**

CONTROL DE HORAS A LABORAR							
PROFESIONAL	H. Efecto.	H. Perdidas 20%	H. Admin. 15%	total horas	Horas semana	horas año (46 Semanas)	recurso humano requerido
MEDICO	2261.13	452.23	339.17	3,053	44	2024	1.5
AUX.ENFERMERIA	888.49	177.70	133.27	1,199	44	2024	0.6
ENFERMERA	1062.45	212.49	159.37	1,434	44	2024	0.7
HIGIENISTA	1026.90	205.38	154.04	1,386	44	2024	0.7
ODONTOLOGIA	246.90	49.38	37.04	333	44	2024	0.2
VACUNADOR	446.02	89.20	66.90	602	44	2024	0.3
AUX. FARMACIA	1789.80	357.96	268.47	2,416	44	2024	1.2
<b>TOTAL RECURSO HUMANO</b>	<b>7,722</b>	<b>1,544</b>	<b>1,158</b>	<b>10,424</b>	<b>44</b>	<b>2024</b>	<b>5</b>

Fuente: Elaboración Propia. Adoptado de Sosa Marco. Matriz de Programación de Actividades para IPS de Baja Complejidad. Disponible en Internet

La tabla anterior muestra el tiempo estipulado del talento humano para cumplir con las acciones contenidas en el contrato capitado. El tiempo calculado año obedece a 44 horas semanales multiplicado por 46 semanas persona / año. Las seis semanas faltantes corresponden a los días festivos y vacaciones.

Con todos los datos calculados y con las coberturas propuestas, el número de personas necesarias para la atención de la población es menor que el que posee la ESE para este tipo de atenciones, es decir, se tiene la capacidad instalada de talento humano necesaria.

Sin embargo, se deben tener en cuenta otras variables como el costo de insumos, desplazamientos a zonas rurales o cambios en las coberturas para definir si el valor contemplado en la cápita para las atenciones PEDT es suficiente

Posterior a este cálculo se realizó una propuesta de capacitación en el ser y el hacer para todo el talento humano tanto administrativo como asistencial de la ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe.

**Tabla 33. Proyección temas de capacitación con el personal de la ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe. Julio 2022 – junio 2023**

Tipo de capacitación	nombre de la capacitación	Personal a capacitar	Duración de la capacitación	Entidad que da la capacitación
Del ser	Gestión de la salud mental y la felicidad	Personal en general de la ESE	2 horas	Beneficios más vitales COHAN
Del ser	Salud financiera	Personal en general de la ESE	2 horas	Caja de compensación Comfama
Del ser	Comunicación asertiva	Personal en general de la ESE	2 horas	Caja de compensación Comfama
Del ser	Taller de redacción y ortografía	Personal en general de la ESE	2 horas	Caja de compensación Comfama
Del ser	Liderazgo y productividad en la era digital	Personal en general de la ESE	40 horas	Caja de compensación Comfama
Del ser	El desarrollo del ser para la productividad.	Personal en general de la ESE	40 horas	Caja de compensación Comfama
Del ser	Liderazgo	Personal en general de la ESE	40 horas	Caja de compensación Comfama
Del ser	Trabajo en equipo	Personal en general de la ESE	2 horas	Caja de compensación Comfama
Del ser	Relaciones interpersonales	Personal en general de la ESE	2 horas	Caja de compensación Comfama
Del hacer	RIAS (rutas integrales de atención salud), bajo el enfoque de la resolución 3100 de 2019	Personal Asistencial en General	40 horas	Politécnico COHAN
Del hacer	Seguridad del paciente	Todo el personal de la ESE	40 horas	Politécnico COHAN
Del hacer	Facturación de servicios de salud y cuentas medicas	Personal de facturación, admisiones y personal de enfermería	40 horas	Politécnico COHAN
Del hacer	AIEPI clínico	Personal asistencial	40 horas	Politécnico COHAN
Del hacer	Gerencia del talento humano	Personal administrativo del área	40 horas	Politécnico COHAN

Tipo de capacitación	nombre de la capacitación	Personal a capacitar	Duración de la capacitación	Entidad que da la capacitación
		de gerencia		
Del hacer	Diplomado en marketing de empresa de salud	Gerente	120 horas	Convenio AESA - ESUMER
Del hacer	Abastecimiento y gestión de inventarios en los servicios farmacéuticos	Personal del servicio farmacéutico	40 horas	Politécnico COHAN
Del hacer	Articulación de acreditación y sistemas de gestión de calidad aplicables en salud	Comité de Calidad Institucional	40 horas	Convenio AESA – SENA
Del hacer	seguimiento y monitoreo modelo integral de planeación y gestión mipg	Técnico – administrativa de la ESE	20 horas	Convenio AESA- SENA
Del hacer	Método de costeo en salud	Personal del área administrativa de la ESE	40 horas	Convenio AESA – SENA
Del hacer	Diplomado salud basada en valor e innovación en modelos de atención	Gerente	120 horas	Convenio AESA – SENA
Del hacer	Atención en salud orientada a la creación de valor en la experiencia del paciente y usuario	Personal de Atención al usuario y admisiones	20 horas	Convenio AESA – SENA
Del hacer	Curso virtual de atención primaria en salud en ITS, VIH, confección TB/VIH, Hepatitis b y c	Personal Asistencial en General	120 horas	Curso virtual OPS

Fuente : Construcción propia – Comité de Gerencial HNSG

La Política de Talento Humano frente a pago de salarios y demás prestaciones sociales, están al día; sin embargo, desde el Comité de Bienestar Social se determinó la política de salario emocional, no solo para el colaborador sino para su familia. este salario emocional para el año 2022 fue denominado tiquetera de la felicidad, que tiene 12 apoyos para el empleado y su familia.

<b>Actividad</b>	<b>Beneficiarios</b>
Bono estudiantil valor por estudiante \$120.000	Hijos, esposa o empleado o colaborador estudiante
Integración Día de la Familia con la Caja de Compensación	Para el empleado o colaborador y todo su grupo familiar
Tarde libre para compartir en familia	Para el empleado o colaborador y su núcleo familiar
Bono de helado para 4	Para que el empleado o colaborador disfrute con su familia y/o amigos un delicioso helado
Día libre en el mes del cumpleaños	Empleado o colaborador
Un día más de vacaciones	Empleado o colaborador
Bono por \$ 80.000 para Mercado	Empleado o colaborador y su familia
Combo para cine en Medellín – para 4 personas (Boleta, crispetas, gaseosa, perro)	Empleado o colaborador familia o amigos
Tarde de masaje	Empleado o colaborador
Manicure y pedicure	Empleado o colaborador
Bono para vos	Un bono de comida para el empleado o colaborador y con quien el desee compartir
Celebración del día especial según su profesión	Empleado o colaborador

Así como el modelo de prestación de servicios de salud está centrado en el usuario la familia y su comunidad; el modelo de gestión del talento humano de la ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe está centrado en estos mismos tres pilares haciéndose aún más consistente con el MAITE, extrapolando el usuario con el profesional en salud, garantizando estabilidad laboral, poca rotación laboral, buen ambiente laboral, lo que confluye en una buena prestación de los servicios de salud que primera instancia es el pilar fundamental de la ESE.

Con los 3 componentes del MAITE, en una única construcción y logrando la interdependencia entre ellos la atención a los usuarios su familia y comunidad es integral y enmarcado en la resolución 3280 de 2018.

### **9.3 Análisis de la puesta en marcha del Modelo de Atención Integral Territorial MAITE para la ESE Nuestra Señora de Guadalupe**

Según la herramienta de matriz de marco lógico utilizada para consignar los objetivos del trabajo intervención, se hace entrega al equipo gerencial de la ESE:

1. La caracterización de los usuarios desde las RIAS de promoción y mantenimiento de la salud hasta la derivación a la Ruta cardiovascular, incluyendo los indicadores para la prestación del servicio de salud.
2. El documento escrito con el Modelo de Atención Integral Territorial MAITE para la ESE Nuestra Señora de Guadalupe: Se entrega documento con la descripción del Modelo incluyendo las 3 líneas estratégicas del MAITE (Prestación de servicios, Salud pública y Talento Humano).
3. Los resultados de la auditoria: para este objetivo se realizaron varias actividades:
  - Capacitar al talento humano de la ESE en el modelo de atención en salud: En reunión de comité de gerencia se capacitó a los jefes de área en el modelo; además se recibieron sugerencias para la construcción y aplicación del modelo. Se anexa listado de la asistencia de dicha actividad.
  - Verificar la difusión y el conocimiento de los empleados con respecto al modelo de atención: Se realiza capacitación a todo el personal de la ESE y se escuchan sugerencias para su implementación. Se anexa listado de asistencia de dicha actividad.
  - Implementación del modelo de atención en el ESE articulado con los demás actores como lo fueron la Alcaldía Municipal por medio de la vinculación de las Actividades de Salud Pública PIC, el grupo de gestores en salud de las veredas. El modelo no quedó implementado en su totalidad pues estos grupos se miden por Cohortes que se verifican en 6 o 8 meses. Sin embargo, hay un actor muy importante con el cual la aplicación sí empezó a dar resultados los cuales se enuncian a

continuación con el movimiento de indicadores objeto de la población en la cual se aplicó el modelo de Atención.

**Tabla 34. Indicadores en cuanto al porcentaje de captación por parte de los usuarios a los programas de HTA y DM entre noviembre 2021 y julio 2022.**

INDICADOR		Porcentaje de captación de hipertensión arterial (HTA) en personas de 18 a 69 años en régimen subsidiado	Porcentaje de captación de diabetes mellitus (DM) en personas de 18 a 69 años régimen subsidiado	Porcentaje de usuarios hipertensos controlados < 60 años	Porcentaje de usuarios hipertensos controlados >=60 años	Porcentaje de usuarios diabéticos controlados	Sin pérdida de función renal
LINEA BASE EN %		Mayor al 16,26%	Mayor al 25,2 %	Mayor a 60%	Mayor al 60%	Mayor al 50%	Mayor al 50%
MES	nov-21	54,58%	73,80%	50,62%	61,76%	0,00%	42,35%
	dic-21	59,89%	72,00%	62,50%	61,76%	0,00%	56,10%
	ene-22	61,04%	73,80%	62,41%	75,84%	4,00%	78,35%
	feb-22	61,04%	72,50%	62,41%	75,54%	2,97%	77,51%
	mar-22	60,89%	72,50%	62,31%	75,54%	2,97%	79,61%
	abr-22	60,85%	75,90%	62,60%	75,30%	7,69%	77,13%
	may-22	60,89%	97,50%	62,31%	76,45%	10,00%	78,66%
	jun-22	57,75%	97,50%	60,66%	69,86%	15,71%	77,74%
	jul-22	57,67%	97,50%	60,66%	69,86%	14,89%	77,74%

Es así como los indicadores reflejan un aumento significativo de las cifras que sobre la mejora en la atención en salud de la población objeto del modelo desde el mes de noviembre del año 2021 hasta el mes de julio del año 2022.

- Verificación de la aplicabilidad del modelo con respecto a las tres líneas de acción del MAITE (salud pública, prestación de servicios, talento humano): Se analizó que las líneas se complementan una a la otra; el modelo de prestación de servicios incluye las 3, una es atención desde lo individual, la otra atención desde lo colectivo y la tercera es el talento humano requerido para realizar ambas atenciones.
- Análisis de la contribución del modelo en el cambio de la accesibilidad, oportunidad clínica y continuidad en la atención: El modelo enmarcado con el nuevo Software de la institución COCO, generó al usuario posibilidad de auto gestionar sus citas y de esta manera poder conocer todos los servicios que desde su RIA tiene derecho a utilizar, desde el modelo se pudo evidenciar las falencias en atención que se tenían y como no se cumplían cada una de las atenciones requeridas para dar resultados en salud. Es por esto que desde el modelo se construyó una lista de chequeo de actividades que se entregaron a los profesionales de la salud intervinientes en el proceso de atención, se capacitó en RIAs y se logró adherencia a las rutas y así poder entregar un mejor servicio al usuario, familia y comunidad. De esta articulación se



logró también hacer más visible la política de talento humano de la institución e incluirla en el Modelo de atención para la ESE, no como un eje aparte sino como un eje trazador que soporta el buen desempeño del modelo y poder articular las acciones del PIC, como enlace fundamental con la comunidad.

- Análisis de los cambios en el desenlace en salud respecto a la disminución de los ingresos por urgencias de la población objeto de estudio. Este punto no se pudo ver el real impacto pues según RIPS de la institución cuando ingresan los usuarios aún no se catalogan como pacientes pertenecientes a la RIA Cardiovascular y no hay una parametrización con la HC de la misma.
- Conocimiento y entendimiento de los usuarios sobre el modelo en salud: como aun el modelo de atención no se ha divulgado con los usuarios hasta que el personal de salud no esté totalmente vinculado con el mismo no se realizó ninguna actividad con la población; además hasta no tenerlo adoptado por Acuerdo de Junta Directiva de la ESE no se consideró prudente hacer ningún despliegue en ese sentido.

4. Documento con la Metodología para la evaluación del impacto del modelo de atención: Se entrega el documento para que el área de auditoria tenga el instrumento y así pueda realizar la auditoria a la adherencia del modelo y analizar resultados obtenidos.

#### **9.4 Propuesta de evaluación del modelo de atención implementado en la institución**

Para evaluar la adherencia del modelo de atención por parte de los actores involucrados y verificar el mejoramiento de la calidad de vida de la población objeto de estudio, se diseñaron para su aplicación instrumentos de evaluación trimestral a través de un tablero de indicadores que permitirá tomar acciones de mejoramiento al modelo de atención, ajustar la ruta de atención y socializar los resultados con el talento humano de la institución, pacientes, EAPB, entidad territorial y demás personas que intervienen en la ejecución del modelo de atención.

Los indicadores planteados son los siguientes:

**Tabla 35. Indicadores en cuanto al funcionamiento del modelo de atención con énfasis en acceso, oportunidad y calidad.**

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	FACTOR
Porcentaje de captación de hipertensión arterial HTA en personas de 18 a 69 años.	Número de pacientes entre 18 y 69 años con diagnóstico de HTA reportado	Número total de pacientes entre 18 a 69 con diagnóstico de HTA	100
Porcentaje de captación de diabetes mellitus DM en personas de 18 a 69 años	Número de pacientes entre 18 y 69 años con diagnóstico de DM reportado	Número total esperado de pacientes entre 18 a 69 con diagnóstico de DM	100
Oportunidad de asignación de citas para pacientes con Dx de diabetes e hipertensión arterial.	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta médica y la fecha de asignación de la cita	Total de citas asignadas en el periodo en la ESE	
Porcentaje de usuarios con dx de hipertensión atendidos en el periodo	Número de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos durante el periodo	Número de pacientes con dx hipertensión	100
Porcentaje de usuarios con dx de diabetes atendidos en el periodo	Número de pacientes con diagnóstico de diabetes atendidos durante el periodo	Número de pacientes con dx diabetes	100

Indicadores de resultados esperados en salud de la población objeto de estudio según las guías de práctica clínica.

**Tabla 36. Indicadores de resultados esperados en cuanto al funcionamiento del modelo de atención con énfasis en acceso, oportunidad y calidad.**

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	FACTOR
Porcentaje de usuarios hipertensos controlados < 60 años	Número de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial con cifras tensionales por debajo de 140/90 mm hg en el mes	Número de pacientes sólo HTA < 60 años	100
Porcentaje de usuario hipertensos controlados >=60 años	Número de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial con cifras tensionales por debajo de 150/90 mm hg en el mes	Número de pacientes sólo HTA =>60 años	100
Porcentaje de usuarios diabéticos controlados hemoglobina glicosilada menor a 7% en los últimos 6 meses	Número de pacientes con diagnóstico de DM con hemoglobina glicosilada menor a 7% en los últimos 6 meses	Número total de pacientes con Dx reportado de DM	100
Porcentaje de usuarios sin pérdida de función renal	Pacientes con HTA y DM sin disminución de la TFG de 5ml/min/1.73m2 en o más en 1 año	Número total de pacientes con HTA y DM	100

Indicadores de cobertura de programas crónicos implementados en el modelo de atención

**Tabla 37. Indicadores de cobertura de programas crónicos en cuanto al funcionamiento del modelo de atención con énfasis en acceso, oportunidad y calidad.**

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	FACTOR
Porcentaje de usuarios con dx de hipertensión	Número de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos durante el periodo	Número de pacientes con dx hipertensión X 100	100
Porcentaje de usuarios con dx de diabetes atendidos en el periodo	Número de pacientes con diagnóstico de diabetes atendidos durante el periodo	Número de pacientes con dx diabetes	100
Porcentaje de usuario a los cuales se les entregó los medicamentos completos para el control de su diabetes	Número total de pacientes diabéticos a los cuales se les entregó sus medicamentos de control completos	Número total de pacientes con dx de diabetes	100
Porcentaje de usuario a los cuales se les entregó los medicamentos completos para el control de la hipertensión	Número total de pacientes hipertensos a los cuales se les entregó sus medicamentos de control completos	Número total de pacientes con dx de hipertensión	100
Porcentaje de usuario con dx de diabetes a los cuales se les realizaron los exámenes de laboratorio	Número total de pacientes diabéticos a los cuales se les realizó examen de laboratorio	Número total de pacientes con dx de diabetes	100
Porcentaje de usuario con dx de hipertensión a los cuales se les realizaron los exámenes de laboratorio	Número total de pacientes hipertensos a los cuales se les realizó examen de laboratorio	número total de pacientes con dx de hipertensión	100

**Tabla 38. Indicadores de Indicadores de suficiencia en talento humano y financieros en cuanto al funcionamiento del modelo de atención con énfasis en acceso, oportunidad y calidad.**

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	FACTOR
Tiempo de capacitación y entrenamiento del personal asistencial en el modelo de atención	Número de horas asignadas a la capacitación y entrenamiento del personal asistencial en el modelo de atención.	N/A	Horas
Porcentaje de personal asistencial y administrativo con capacitación en el modelo de atención	Número de personal asistencial y administrativo con capacitación en la implementación y ejecución del modelo de atención	Número total de empleados de la ESE	100
Porcentaje de personal asistencial designado en la ejecución del modelo de atención	Número total de personal asistencial que ejecuta el modelo de atención	Número total de personal asistencial	100
Porcentaje de personal administrativo designado en la ejecución del modelo de atención	Número total de personal administrativo que apoya la ejecución el modelo de atención	Número total de personal administrativo	100
Margen de EBITDA	Monto del EBITDA del periodo evaluado	Ingresos operacionales del periodo evaluado	100
Rentabilidad el patrimonio	Utilidad neta	Patrimonio	100
Rentabilidad del activo	Utilidad neta	Activo	100

## Modelo de ficha técnica

Tabla 39. Modelo de ficha técnica

FICHA TECNICA PROPUESTA PARA EVALUAR EL MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD IMPLEMENTADO EN LA ESE HNSG	
<b>NOMBRE DEL INDICADOR:</b>	Nombre designado al indicador
<b>DOMINIO</b>	Indicará el grupo al cual pertenece al indicador
<b>CÓDIGO</b>	Será alfanumérico. Tendrá 2 letras iniciales, seguidas por dos más que indican el dominio y un número de un dígito que indica el consecutivo del indicador dentro del dominio.
<b>ATRIBUTO O CARACTERÍSTICA:</b>	Oportunidad, pertinencia, calidad, continuidad, seguridad, accesibilidad
<b>FORMULA DEL INDICADOR:</b>	Expresión matemática que permitirá el cálculo del indicador, incluyendo el factor multiplicador si lo tuviera.
<b>META</b>	<b>Sobresaliente:</b> Rango considerado como óptimo - superior al 90%
	<b>Bueno:</b> Rango en el cual se considera que el desempeño es satisfactorio más no sobresaliente inferior al 89% y superior al 50%
	<b>Insuficiente:</b> Rango considerado como insatisfactorio - inferior al 49%
<b>FUENTE DE LOS DATOS</b>	<b>Numerador:</b> Registros hospitalarios, software de la ESE
	<b>Denominador:</b> Bases de datos de la población con diagnóstico de hipertensión y diabetes
<b>CRITERIOS DE INCLUSIÓN</b>	Usuarios de la ESE con diagnóstico de diabetes e hipertensión
<b>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</b>	Usuarios de la ESE sin diagnóstico de diabetes e hipertensión
<b>PERIODICIDAD DEL INDICADOR</b>	Determina la frecuencia del reporte. Podrá ser mensual, trimestral, semestral o anual
<b>RESPONSABLE DE GENERAR EL INDICADOR</b>	Persona encargada de extraer la información del Software de la ESE
<b>RESPONSABLE DEL ANÁLISIS</b>	Comité de calidad de la ESE

Construcción propia

## 10. Discusión

Colombia es un país de leyes, incluso en algunas veces es tan alta su normatividad que se hace difícil poner en práctica cada una de ellas, este es el caso del MAITE, presentada al sector salud como una forma de poder consolidar modelos de prestación de servicios centrados en el ser humano, involucrando todas las esferas que le rodean como son el estado, su territorio, su IPS primaria, su comunidad y familia, generando así, una sinergia que lograría una atención en salud de calidad pero sobre todo la posibilidad de atención que incluyera el acceso como garantía oportuna de un sistema que ha sufrido grandes cambios y que aún sigue en una constante construcción.

Como estudiantes de una maestría de administración hospitalaria y ante el reto de realizar un trabajo en intervención, pensamos en un reto que diera una solución a una problemática en una IPS de nivel básico de atención, donde todas esas esferas se pudieran interrelacionar de manera óptima y generará un modelo integral para poder atender a su población.

Lo primero con lo que nos encontramos fue una extensa normatividad, que lejos de presentar soluciones complejizaba más la prestación de los servicios para las IPS, pero que seguía insistiendo que fuera sencilla y de fácil acceso para esa persona en la cual se debería centrar todos sus esfuerzos para una prestación en salud óptima, con calidad y accesibilidad; atributos de calidad de los que se hablan desde los años 90 sin lograr desarrollarlos del todo bien pero que siguen siendo el pilar de nuestro sistema de salud.

Luego nos encontramos que realizando la revisión bibliográfica sobre modelos de atención en salud aún se concebían como modelos solo asistenciales basados en los estándares en salud, donde poco o nada interesaba el paciente, usuario, cliente o como se denominara en los documentos que juiciosamente se revisaron. El contexto global no podía quedarse por fuera de la revisión y se encontraron valiosos aportes de países como Cuba, Chile, Brasil y España, llevándonos a un modelo de salud familiar en donde confluyen varias de las esferas que enunciamos en el marco teórico. Sin embargo,

recordamos las particularidades de nuestro país, vías en mal estado, poco acceso al agua potable, deficiencia en el acceso a servicios públicos, dificultades económicas para pago de los copagos o simplemente del transporte para poder llegar al centro de salud más cercano, a veces incluso a lomo de mula con una duración de 8 a 10 horas para llegar y encontrar que el médico o la enfermera no estuvieran disponibles para la prestación de los servicios en salud.

De ahí surge un interrogante y ¿el talento humano en salud que?, será que desde la academia no están siendo formado para una realidades como las nuestras y que por el contrario, están siendo formado para quedarse en las grandes urbes donde no habita la mayor parte de nuestra población y que esa la población a la cual el MAITE pensó en darle servicios con calidad, oportunidad y accesibilidad queda nuevamente relegada por no estar en las zonas de fácil acceso donde es mejor para el personal salud trabajar.

Como es una trabajo de intervención de la MAH y en este nivel debemos pensar en ser propositivos y no quedarnos en las situaciones problemáticas, se pensó en realizar un modelo de atención en salud basado en 3 líneas de acción del MAITE (prestación de servicios de salud, salud pública y talento humano), que desde una IPS primer nivel de atención básica se pudiera desarrollar y ser sostenible en el tiempo, sin requerir de mayores inversiones, y que a su vez lograra que ese ser humano, su familia y comunidad hicieran parte de la atención en salud que necesariamente se requiere en cualquier zona del país.

Estos trabajos evidencian lo incipiente que es aún nuestro modelo de salud, pues es netamente asistencial y donde la enfermedad es el principal actor dentro de un sistema que debe de migrar de la prevención de la enfermedad a la posibilidad de encontrarse con esos referentes que logren establecer formas de atención en salud, que permitan dar resultados óptimos y eficientes, que logren poder identificar nuestra población y de esta manera tener controlados cada uno de nuestros usuarios y saber sus necesidades.

Parecer ser imposible pero el algo en lo que debemos trabajar, es algo para lo que todos

los días los administradores de la salud colombiana se deben formar y deben trascender en su quehacer, en sus posibilidades, pero sobre todo el estado debe entender la responsabilidad que tiene en entender la salud no solo como la ausencia de dolor físico, sino también como ese conglomerado de bienestar que incluye desde poder comer bien, abrir una llave y tener agua, tener servicios básicos satisfechos y por qué no lograr una sinergia tan alta con su comunidad que puedan generar redes de apoyo que los inviten a mejorar su calidad de vida desde estrategias propuestas desde y para su comunidad.

Anexos

Anexo 1. Listado de asistencia del personal asistencial y administrativo en la socialización preliminar del modelo de atención

LISTADO DE ASISTENCIA				
MUNICIPIO		Guadalupe		
LUGAR		Sala de juntas		
ACTIVIDAD		Socialización Documento Preliminar Modelo de Atención		
FECHA		16-03-2022		
NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	TELEFONO	CARGO	FIRMA
1 Diana Hovos Hoyos	42702223	3128285588	Aux en enfer	Diana Hovos
2 Melissa Ospina	1001394529	3015034485	Pia. Aux. enfer	Melissa Ospina
3 Adriana Vasquez Rondon	42701400	3122899280	Odontologa	Adriana Vasquez
4 Heidy Alvarez	30898968	3146556243	Exp. enfer	Heidy Alvarez
5 Karen Ramirez Molina	1035521987	3232941719	Exp. enfer	Karen
6 Manuela Rodriguez Londoño	1001394310	3145852036	Servicios Generales	Manuela
7 Erika Polina Arango Perez	42701964	3217951819	Pia. Regencia F	Erika Polina Arango
8 Silvia Milena Aguado V.	1035521109	313657884	Aux. enfer	Silvia Milena Aguado
9 Isabela Diego Sepulveda	1001394301	310461140	Psicólogo	Isabela Diego
10 Yuliett Hoyos	1035522049	2502308107	Aux. Administrativa	Yuliett Hoyos
11 Lidia Hoyos Roldan	1035520876	3024312588	Psicología	Lidia Hoyos Roldan
12 Luz Erika Diaz G.	42701159	3148449265	Servicios Generales	Luz Erika Diaz G.
13 Diana Carolina Cordero	1035520525	3147334677	Aux de enf	Diana Carolina C.
14 Martha Ilova	42701194	3013480823	Aux. Administrativa	Martha Ilova
15 Doris Cecilia Garcia H.	42702058	3216214051	Aux. Enfermería	Doris C. Garcia H.
16 Paula Vega Cevallos	1012216064	201170920	Medico	Paula Vega
17 Manuela Perez Alvarez	1035433532	3226321162	Aux. Adm. vta	Manuela Perez Alvarez
18 Melissa Velasquez P.	1035521258	3106357931	Rec. Adm. vta	Melissa Velasquez P.
19 Juan Manuel Castro Q.	30632438	3165138459	Aux. Admin.	Juan Manuel Castro
20 Mariana Alvarez Rondon	1037598003	3137065833	Aux. Admin.	Mariana Alvarez
21 Yeni Soto Nava	1037945514	3004818164	Aux. Admin.	Yeni Soto Nava
22 Jan Daniel Alvarez Benito	1035521109	312515601	Rec. Adm. vta	Jan Daniel Alvarez
23 Norma Estela Tapia T.	43830347	3136856742	Psicóloga	Norma Estela Tapia
24 Isabela Diego Arango	1001392664	308411694	Medico	Isabela D.A.

Anexo 2. Listado de asistencia del personal asistencial y administrativo en la capacitación del modelo de atención para pacientes crónicos en la ESE HNSG

LISTADO DE ASISTENCIA				
MUNICIPIO		Guadalupe		
LUGAR		Sala de juntas		
ACTIVIDAD		Socialización del documento final Modelo de Atención		
FECHA		06/07/2022		
NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	TELEFONO	CARGO	FIRMA
1 Adriana Vasquez Rondon	42701400	3122899280	Odontologa	Adriana Vasquez
2 Manuela Rodriguez Londoño	1001394310	3145852036	Psicología	Manuela Rodriguez
3 Diana Hovos Hoyos	42702223	3128285588	Aux. en enfer	Diana Hovos
4 Heidy Alvarez	30898968	3146556243	Exp. enfer	Heidy Alvarez
5 Karen Ramirez Molina	1035521987	3232941719	Exp. enfer	Karen
6 Isabela Diego Sepulveda	1001394301	310461140	Servicios Generales	Isabela Diego
7 Silvia Milena Aguado V.	1035521109	313657884	Psicólogo	Silvia Milena Aguado
8 Lidia Hoyos Roldan	1035520876	3024312588	Aux. enfermería	Lidia Hoyos Roldan
9 Luz Erika Diaz G.	42701159	3148449265	Psicología	Luz Erika Diaz G.
10 Melissa Ospina	1001394529	3015034485	Psicología	Melissa Ospina
11 Erika Polina Arango Perez	42701964	3217951819	Pia. Aux. enfer	Erika Polina Arango
12 Doris Cecilia Garcia H.	42702058	3216214051	Aux. enfermería	Doris C. Garcia H.
13 Diana Carolina Cordero	1035520525	3147334677	Aux de enf	Diana Carolina C.
14 Melissa Velasquez P.	1035521258	3106357931	Rec. Adm. vta	Melissa Velasquez P.
15 Juan Manuel Castro Q.	30632438	3165138459	Aux. Admin.	Juan Manuel Castro
16 Martha Ilova	42701194	3013480823	Aux. Administrativa	Martha Ilova
17 Manuela Perez Alvarez	1035433532	3226321162	Aux. Admin.	Manuela Perez Alvarez
18 Mariana Alvarez Rondon	1037598003	3137065833	Aux. Admin.	Mariana Alvarez
19 Yuliett Hoyos	1035522049	2502308107	Aux. Admin.	Yuliett Hoyos
20 Yeni Soto Nava	1037945514	3004818164	Aux. Admin.	Yeni Soto Nava
21 Jan Daniel Alvarez Benito	1035521109	312515601	Rec. Adm. vta	Jan Daniel Alvarez
22 Norma Estela Tapia T.	43830347	3136856742	Psicóloga	Norma Estela Tapia
23 Isabela Diego Arango	1001392664	308411694	Medico	Isabela D.A.

Anexo 3. Listado de asistencia del personal asistencial y administrativo en la



capacitación para la implementación del modelo de atención para la pacientes crónicos en la ESE HNSG

LISTADO DE ASISTENCIA					
MUNICIPIO		Guadalupe			
LUGAR		Sala de Juntas			
ACTIVIDAD		Socialización de Capacitación de Modelo de Atención			
FECHA		13/04/2022			
NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	TELEFONO	CARGO	FIRMA	
1	Melissa Cepina	1001394529	315034485	Prac Aux. en	Melissa Cepina
2	Adriana Vasquez Rendon	42301406	3122894280	Odontologo	Adriana Vasquez
3	Heidy Hays E.C.O	30898766	314658347	Enf. Gen	Heidy Hays
4	Karen Rodriguez Molina	7035521987	3232941719	Servicio General	Karen Ramirez
5	Mariana Rodriguez Londono	1001394310	3145852036	Prac. Asistencia F	Mariana Rodriguez
6	Juan Manuel Hoyos	70632286	3725203839	Asistente Farmacia	Juan Manuel Hoyos
7	Eny Johana Arango Perez	42301406	3129786588	Asistente Farmacia	Eny Johana Arango
8	Justicia Hoyos Roldan	1001394301	704621540	Prac. Asistencia F	Justicia Hoyos Roldan
9	Silvia Juliana Agudo V	1035521283	302437288	Asistente Farmacia	Silvia Juliana Agudo
10	Diego Andres Cardenas	1035521283	3136579884	Aux enfermera	Diego Andres Cardenas
11	Diego Andres Cardenas	1035521283	3148442265	Servicio general	Diego Andres Cardenas
12	Melissa Velazquez P	1035521283	319232457	Aux de enf	Melissa Velazquez
13	Maria Elena Mora O	42301406	310635931	Tec. Asistiva	Maria Elena Mora
14	Doris Cecilia Garcia H	42301406	310635931	Aux. Asistiva	Doris Cecilia Garcia
15	Ornela Perez Alvarez	1035521283	3013400323	Aux. Asistiva	Ornela Perez
16	Juan Manuel Hoyos	70632286	316517859	Aux. Admin	Juan Manuel Hoyos
17	Francisco Alvarez Rendon	1035521283	317065073	Aux. Admin	Francisco Alvarez
18	Norma Estela Zapata H	42301406	3125515601	Aux. Admin	Norma Estela Zapata
19	Norma Estela Zapata H	42301406	3004481864	Tec. Asistiva	Norma Estela Zapata
20	Juliech Hoyos	1035521283	3136579884	Aux. Adminis	Juliech Hoyos

Anexo 4. Listado de asistencia del personal asistencial y administrativo en la capacitación para la implementación del modelo de atención para la pacientes crónicos en la ESE HNSG

LISTADO DE ASISTENCIA					
MUNICIPIO		Guadalupe			
LUGAR		Sala de Juntas			
ACTIVIDAD		Implementación del modelo de atención con los actores			
FECHA		03/08/2022			
NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	TELEFONO	CARGO	FIRMA	
1	Adriana Vasquez Rendon	42301406	3122894280	Odontologo	Adriana Vasquez
2	Heidy Hays E.C.O	30898766	314658347	Enf. Gen	Heidy Hays
3	Juan Manuel Hoyos	70632286	3725203839	Prac. Asistencia F	Juan Manuel Hoyos
4	Melissa Velazquez P	1035521283	310635931	Tec. Asistiva	Melissa Velazquez
5	Juan Manuel Hoyos	70632286	316517859	Aux. Admin	Juan Manuel Hoyos
6	Francisco Alvarez Rendon	1035521283	317065073	Aux. Admin	Francisco Alvarez
7	Juliech Hoyos	1035521283	3136579884	Aux. Adminis	Juliech Hoyos
8	Norma Estela Zapata H	42301406	3125515601	Aux. Admin	Norma Estela Zapata
9	Norma Estela Zapata H	42301406	3004481864	Tec. Asistiva	Norma Estela Zapata
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					

## Referencias

1. Hospital E, Rafael S, Servicios DL, Rafael HS, li N. Prestación de Servicios  
Prestación de Servicios Definición. 2014 [Internet] [cited 2021 Sep 19]; Available  
from: <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/Prestacion-servicios-home.aspx>
2. Colombia. Congreso de la República de Colombia. Constitución Política de  
Colombia 1991 [Internet]. Bogotá; 1991 p. 1–108. [cited 2021 Sep 19] Available  
from: <https://pdba.georgetown.edu/Constitutions/Colombia/colombia91.pdf>
3. Comisión de Regulación en Salud. Evolución del Sistema General de Seguridad  
Social en Salud y recomendaciones para su mejoramiento [Internet]. 2009 [cited  
2021 Sep 19]. Available from: [http://www.med-informatica.net/FMC\\_CMCB/CorteConstitucionalSegST760/CRESinformeCongreso03jun09a31may10.pdf](http://www.med-informatica.net/FMC_CMCB/CorteConstitucionalSegST760/CRESinformeCongreso03jun09a31may10.pdf)
4. Calderón CAA, Botero JC, Bolaños JO, Martínez RR. Sistema de salud en  
Colombia: 20 años de logros y problemas. Cien Saude Colet [Internet]. 2011 Jun  
[cited 2021 Sep 19];16(6):2817–28. Available from:  
<http://www.scielo.br/j/csc/a/WxXD3vNTGZqz7qnZ6GcSfFt/?lang=es>
5. Esteban A; Amaro J; Basallo A. La privatización de la Salud en Colombia (Una  
reflexión para todos). Rev del semg [Internet]. 2004 [cited 2021 Sep 19];64:311–  
5. Available from:  
[http://semg.info/mgyf/medicinageneral/revista\\_64/pdf/311\\_315.pdf](http://semg.info/mgyf/medicinageneral/revista_64/pdf/311_315.pdf)
6. González Vega Ó. La reforma de la Ley 100: más expectativa que realidad. Rev  
Colomb Gastroenterol [Internet]. 2007 [cited 2021 Sep 19];22(1):48–50. Available  
from: <https://www.redalyc.org/pdf/3377/337729274008.pdf>
7. Colombia. Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993 [Internet].  
Bogotá: El Congreso; Dec 23, 1993 p. 1–132. [cited 2021 Sep 19] Available from:  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-100-de-1993.pdf>
8. Mantilla BP. Evolución conceptual y normativa de la promoción de la salud en  
Colombia TT - Conceptual and normative evolution of health promotion in  
Colombia. Rev la Univ Ind Santander Salud [Internet]. 2011 Nov 26 [cited 2021  
Sep 19];43(3):299–306. Available from:  
<https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/2571>
9. Gómez-Sánchez I. Guías de Práctica Clínica en Colombia [Internet]. [cited 2021  
Sep 19]. Available from:

- <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/101/101>
10. Colombia. Defensoría del Pueblo. Cada 3,5 minutos se presenta una tutela por la salud | Defensoría del Pueblo [Internet]. [cited 2021 Sep 19]. Available from: <https://www.defensoria.gov.co/es/nube/enlosmedios/5911/Cada-35-minutos-se-presenta-una-tutela-por-la-salud.htm>
  11. Colombia. Congreso de la República de Colombia. Ley 1438 de 2011, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones [Internet]. Bogotá: El Congreso; Jan 19, 2011. Available from: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=41355>
  12. Gómez F. GAM. El nuevo modelo de Atención Integral en Salud –MIAS- para Colombia. ¿La solución a los problemas del sistema? Rev Méd Risaralda. 2016;22(2):73–4.
  13. Rubio-Romero JA. Política Integral de Atención en Salud y la educación en áreas de la salud. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 2016 [cited 2021 Sep 19];67(2):83–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.18597/rcog.387>
  14. Colombia. El Congreso de la República de Colombia. Ley 1751 de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones [Internet]. Vol. 2021, Angewandte Chemie International Edition, 6(11), 951–952. 1967 [cited 2021 Sep 19]. p. 5–24. Available from: [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1751\\_2015.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html)
  15. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Gestion integral de riesgo en salud [Internet]. [cited 2021 Sep 20]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/gestion-integral-de-riesgo-en-salud.aspx>
  16. Escobar Mendoza IM. Es urgente la implementación de un modelo de atención en salud [Internet]. [cited 2021 Sep 20]. Available from: <https://www.icesi.edu.co/unicesi/todas-las-noticias/6202-columna-de-opinion-es-urgente-la-implementacion-de-un-modelo-de-atencion-en-salud>
  17. Zuluaga OL. Un modelo que no toca fallas estructurales del sistema [Internet]. [cited 2021 Sep 20]. Available from: [http://www.periodicoelpulso.com/2019\\_junio/debate-4.html](http://www.periodicoelpulso.com/2019_junio/debate-4.html)
  18. Colombia. Congreso de Colombia. Ley 10 de 1990, por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones. [Internet]. 1990 [cited 2021 Nov 4]. Available from: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=3421>
  19. Colombia. Congreso de la República. Constitución Política de la República de

- Colombia [Internet]. 1991. [cited 2021 Nov 4]. Available from: <http://www.secretariassenado.gov.co/index.php/constitucion-politica>
20. Colombia. Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones [Internet]. 1993 [cited 2021 Nov 4]. Available from: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5248>
  21. Colombia. Leyes desde 1992 - Vigencia expresa y control de constitucionalidad Ley 1122 de 2007, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones [Internet]. [cited 2021 Nov 4]. Available from: [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1122\\_2007.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1122_2007.html)
  22. Colombia. Decreto T-760-08 Corte Constitucional de Colombia [Internet]. [cited 2021 Nov 4]. Available from: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/t-760-08.htm>
  23. Colombia. Leyes desde 1992 - Vigencia expresa y control de constitucionalidad Ley 1438 de 2011, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. [Internet]. [cited 2021 Nov 4]. Available from: [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1438\\_2011.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1438_2011.html)
  24. Colombia. Leyes desde 1992 - Vigencia expresa y control de constitucionalidad Ley 1751 de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. [Internet]. [cited 2021 Nov 4]. Available from: [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1751\\_2015.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html)
  25. Colombia. Resolución 1841 de 2013, Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. [Internet]. [cited 2021 Nov 4]. Available from: <http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Resolucion/30031789>
  26. Colombia. Así vamos en Salud. Resolución 1536 de 2015 - Planeación Integral para la salud, Así Vamos en Salud - indicadores en salud normatividad derechos [Internet]. [cited 2021 Nov 4]. Available from: <https://www.asivamosensalud.org/politicas-publicas/normatividad-resoluciones/planeacion-integral-en-salud/resolucion-1536-de-2015>
  27. Colombia. Función Pública. Decreto 780 de 2016 Sector Salud y Protección Social, incorpora las modificaciones introducidas al Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social a partir de la fecha de su expedición. [Internet]. [cited 2021 Nov 4]. Available from: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=77813>

28. Colombia. Así vamos en Salud. Resolución 518 de 2015 [Internet]. [cited 2021 Nov 4]. Available from: <https://www.asivamosensalud.org/politicas-publicas/normatividad-resoluciones/salud-publica/resolucion-518-de-2015-directrices-para>
29. Colombia. Sanidad Fuerzas Militares. Resolución 3202 de 2016 Por la cual se adopta el Manual Metodológico [Internet]. [cited 2021 Nov 4]. Available from: <https://www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co/transparencia-acceso-informacion-publica/4-normatividad/4-6-normograma-digsa/subdireccion-salud-digsa/grupo-gestion-del-riesgo-salud-progreri/normas-externas-aplicadas-al-regimen-1/resolucion-3202-2016-se-adopta-manual>
30. Colombia. Resolución 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. [Internet]. [cited 2021 Nov 4]. Available from: <https://www.leyex.info/leyes/Resolucionmsps1441de2016.pdf>
31. Colombia. Supersalud. Normograma SNS - Resolución 5401 de 2018 MSPS [Internet]. [cited 2021 Nov 4]. Available from: [http://normograma.supersalud.gov.co/normograma/docs/resolucion\\_minsaludps\\_5401\\_2018.htm](http://normograma.supersalud.gov.co/normograma/docs/resolucion_minsaludps_5401_2018.htm)
32. Colombia. Así Vamos en Salud. Resolución 2626 de 2019, indicadores en salud normatividad derechos [Internet]. [cited 2021 Nov 4]. Available from: <https://www.asivamosensalud.org/politicas-publicas/normatividad/resoluciones/resolucion-2626-de-2019>
33. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3100 de 2019, por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2019.
34. Colombia. ICBF. Derecho del Bienestar Familiar Resolución MINSALUDPS 3512 de 2019 Por la cual se actualizan los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) [Internet]. [cited 2021 Nov 4]. Available from: [https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/resolucion\\_minsaludps\\_3512\\_2019.htm](https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/resolucion_minsaludps_3512_2019.htm)
35. Colombia. Función Pública. Ley 1955 de 2019, por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 pacto por Colombia, pacto por la equidad

- [Internet]. [cited 2021 Nov 4]. Available from: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=93970>
36. Colombia. Ley 2015 del 31 enero 2020 Historia Clínica, Por medio del cual se crea la historia clínica electrónica interoperable y se dictan otras disposiciones. [Internet]. [cited 2021 Nov 4]. Available from: <https://federacionodontologiacolombiana.org/2020/02/01/ley-2015-del-31-enero-2020-historia-clinica/>
  37. Colombia. ICBF. Derecho del Bienestar Familiar . Ley1251 de 2008. Por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores [Internet]. [cited 2021 Nov 4]. Available from: [https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley\\_1251\\_2008.htm](https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1251_2008.htm)
  38. Colombia. Función Pública Ley 1257 de 2008, Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones [Internet]. [cited 2021 Nov 4]. Available from: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=34054>
  39. Colombia. Derecho del Bienestar Familiar Resolucion 1904 de 2017, Por medio de la cual se adopta el reglamento en cumplimiento de lo ordenado en la orden décima primera de la sentencia T-573 de 2016 de la Corte Constitucional y se dictan otras disposiciones [Internet]. [cited 2021 Nov 4]. Available from: [https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/resolucion\\_minsaludps\\_1904\\_2017.htm](https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/resolucion_minsaludps_1904_2017.htm)
  40. Colombia. Función Pública Ley 850 de 2003, Por medio de la cual se reglamentan las veedurías ciudadanas [Internet]. [cited 2021 Nov 4]. Available from: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=10570>
  41. Colombia. Acuerdo 025 de 1996 , Por el cual se establece el régimen de organización y funcionamiento de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud. [Internet]. [cited 2021 Nov 4]. Available from: <http://concejoanapoima.micolombiadigital.gov.co/proyectos-de-acuerdo/acuerdo--25-de-1996>
  42. Colombia. Acuerdo numero 57 de 1997, Por el cual se modifica el Acuerdo No. 25 en relación con la conformación de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud. [Internet]. [cited 2021 Nov 4]. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Acuerdo\\_057\\_de\\_1997.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Acuerdo_057_de_1997.pdf)

43. Colombia. Resolución 2063 de 2017, Por la cual se adopta la Política de Participación Social en Salud (PPSS). [Internet]. [cited 2021 Nov 4]. Available from: <https://www.asivamosensalud.org/politicas-publicas/normatividad-resoluciones/promocion-social/resolucion-2063-de-2017-politica-de>
44. Colombia. Congreso de la Republica. Ley 1712 de 2014, por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones. [Internet]. [cited 2021 Nov 4]. Available from: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=56882>
45. Colombia. Ley 1164 de 2007, Vigencia expresa y control de constitucionalidad, Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud. [Internet]. [cited 2021 Nov 4]. Available from: [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1164\\_2007.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1164_2007.html)
46. Colombia. Documento Conpes 3674 [Internet]. [cited 2021 Nov 4]. Available from: [http://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4\\_col\\_con3674.pdf](http://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_col_con3674.pdf)
47. Colombia. El Congreso. Ley 1797 de 2016, por la cual se dictan disposiciones que regulan la operación del sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. [Internet]. [cited 2021 Nov 4]. Available from: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=73454>
48. Organización Mundial de la Salud. Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud. 2011.
49. Organización Panamericana de la Salud. Quiénes Somos [Internet]. Available from: <https://www.paho.org/es/quienes-somos>
50. Organización Panamericana de la Salud. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas [Internet]. 2008. [cited 2021 Nov 4]. Available from: [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Estrategias\\_Desarrollo\\_Equipos\\_APS.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Estrategias_Desarrollo_Equipos_APS.pdf)
51. Organización Panamericana de la Salud. Declaración de ALMA ATA [Internet]. 1978. [cited 2021 Nov 4]. Available from: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
52. Brask A, Goranović G, Jensen MJ, Bruus H. A novel electro-osmotic pump design for nonconducting liquids: theoretical analysis of flow rate–pressure characteristics and stability. *J Micromechanics Microengineering* [Internet]. 2005 Mar 11 [cited 2021 Nov 4];15(4):883. Available from: <https://iopscience.iop.org/article/10.1088/0960-1317/15/4/029>
53. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Compilación de Tratados y

- Observaciones Generales del Sistema de Protección de Derechos Humanos de Naciones Unidas [Internet]. 2015. Available from: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r34177.pdf>
54. Domínguez E, Alonso EZ. Sistema de salud de Cuba. Salud Publica Mex [Internet]. 2011 [cited 2021 Nov 4];53(2):168–76. Available from: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5038/4864>
  55. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. II Foro de Experiencias Exitosas en la Implementación en Salud Modelo de Acción Integral Territorial [Internet]. 2019. [cited 2021 Nov 4]. Available from: [http://saludcapital.gov.co/Mias/Mias/MIAS\\_orientaciones\\_Colombia.pdf](http://saludcapital.gov.co/Mias/Mias/MIAS_orientaciones_Colombia.pdf)
  56. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Política De Atención Integral En Salud [Internet]. 2016. [cited 2021 Nov 4]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
  57. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Manual Metodológico Para La Elaboración E Implementación De Las Rias [Internet]. 2016. [cited 2021 Nov 4]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/Manual-metodologico-rias.pdf>
  58. Velásquez G VF, Barreto Y. Efecto de un programa de atención primaria en salud sobre la funcionalidad familiar desde abuelos y nietos, Guapi - Cauca. Univ y Salud [Internet]. 2016 Dec 20;18(3):514. Available from: <http://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/3110>
  59. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Gestión Integral Del Riesgo En Salud [Internet]. [cited 2021 Nov 4]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/girs-prespectiva-desde-aseguramiento.pdf>
  60. Colombia. Dirección de Presupuestos. División de Control de Gestión Pública. Metodología Para la Elaboración de Matriz de Marco Lógico [Internet]. [cited 2021 Nov 4]. Available from: [https://www.dipres.gob.cl/598/articles-140852\\_doc\\_pdf.pdf](https://www.dipres.gob.cl/598/articles-140852_doc_pdf.pdf)
  61. Colombia. Ministerio de la Protección Social y Salud. Política De Atención Integral En Salud - PAIS Modelo Integral De Atención En Salud - MIAS [Internet]. [cited 2021 Nov 4]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/Manual-metodologico-rias.pdf>



62. Colombia. Ministerio de la Protección Social y Salud. Planes territoriales de Salud. [Internet]. [cited 2021 Nov 4]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/epidemiologia/Paginas/planes-territoriales-de-salud.aspx>