

**PROPUESTA DE RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
EN MEDELLIN, ANTIOQUIA**

**LUZ OMAIRA MORALES DIEZ
MAYRA ALEJANDRA LÓPEZ HERNÁNDEZ
YAN MARCILY ZULUAGA SUAREZ**

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
GERENCIA DE LA SALUD PÚBLICA
MEDELLÍN
2012**

**PROPUESTA DE RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
EN MEDELLÍN, ANTIOQUIA**

**LUZ OMAIRA MORALES DIEZ
MAYRA ALEJANDRA LÓPEZ HERNÁNDEZ
YAN MARCILY ZULUAGA SUAREZ**

**Monografía para optar por el título de especialistas en
Gerencia de la Salud Pública**

**Asesor
Jorge Julián Osorio Gómez
Decano de la Facultad de Medicina, Universidad CES**

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
GERENCIA DE LA SALUD PÚBLICA
MEDELLÍN
2012**

CONTENIDO

	"Pág.
INTRODUCCIÓN	9
TRAYECTORIA	10
1.PROPUUESTA DE RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD EN MEDELLÍN, ANTIOQUIA	19
1.1. Atención Primaria en salud.	20
1.2. Sistema de información de la red MALUYA.	23
1.3. Definición y conformación de la red MALUYA.	25
1.4. Entidades.	37
1.5. Salud familiar.	40
1.6. Red de emergencias y GEDAPH.	42
1.7. Financiamiento de la red MALUYA.	44
CONCLUSIONES	49
RECOMENDACIONES	51
BIBLIOGRAFIA	52

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Distribución según grupos de edades de la población total de Medellín para el año 2011	28
Tabla 2. Estructura de la población total de Medellín afiliada al sistema de seguridad social régimen contributivo.	29
Tabla 3. Estructura de la población total de Medellín afiliada al sistema de seguridad social régimen subsidiado	30
Tabla 4. Instituciones prestadoras de servicios de salud IPS habilitadas en Medellín según su naturaleza jurídica a junio de 2012	31
Tabla 5. Instituciones prestadoras de servicios de salud IPS habilitadas en Medellín según su localización por comunas y naturaleza jurídica	32
Tabla 6. Oferta de camas y salas de atención declaradas por las IPS de Medellín según su naturaleza jurídica a junio de 2012	33
Tabla 7. Profesionales independientes habilitados en Medellín según el servicio que prestan y su localización por comunas	34
Tabla 8. Diez primeros motivos más frecuentes por consulta externa, población total, Medellín 2011 (298 causas CIE10)	36
Tabla 9. Diez primeros motivos más frecuentes por consulta de urgencias, población total, Medellín 2011 (298 causas CIE10)	36
Tabla 10. Diez primeros motivos más frecuentes de contactos con los servicios de salud	37

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
Grafica 1. Ruta específica de la integración entre la estrategia APS Í Salud en el Hogar+y la red MALUYA.	21
Grafica 2. Ubicación geográfica de las Instituciones prestadoras de servicios de salud IPS habilitadas en Medellín según su naturaleza jurídica a junio de 2012.	35

GLOSARIO

RISS: redes integradas de servicios de salud.

APS: atención primaria en salud. La Conferencia de Alma Ata definió la APS como: **la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación.** Martín Zurro, A., Cano Pérez, J.F. Atención Primaria, conceptos, organización y práctica clínica. Tercera Edición. Barcelona, España 1994.

Peduzzi, M. Equipo multiprofesional de salud: concepto y topología. Departamento de orientación profesional, Univ. De Sao Pulo, Brasil Rev. Salud Publica 2001:35(1):103-9

FRAGMENTACIÓN (DE SERVICIOS DE SALUD): coexistencia de varias unidades o establecimientos no integrados dentro de la red sanitaria asistencial (Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas 2007. Vol. I, p. 319. Washington, DC: OPS; 2007). Otras definiciones abarcan: a) servicios que no cubren toda la gama de servicios de fomento, prevención, diagnóstico y tratamiento, rehabilitación y cuidado paliativo; b) servicios de distintos niveles de atención que no se coordinan entre sí; c) servicios que no se continúan a lo largo del tiempo; y d) servicios que no se ajustan a las necesidades de las personas.

GOBERNANZA: tiene que ver primordialmente con el proceso de crear una visión y misión de la organización. qué es lo que será y qué es lo que hará--- además de definir las metas y los objetivos que debe cumplir para lograr la visión y la misión. La gobernanza incluye la articulación de la organización y de sus dueños y de las políticas que derivan de estos valores--- políticas acerca de las opciones que sus miembros deben hacer de modo de lograr los resultados deseados. Incluye también la puesta en marcha de la gestión necesaria para lograr esos resultados y la evaluación del desempeño de los gerentes y de la organización. (Sinclair D, Rochon M, Leatt P. 2005. Riding the third rail: the story of Ontario's health services restructuring commission. 1996. 2000. The Institute for Research on Public Policy, Montreal. 65. 6).

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN: En este documento se ha preferido usar el término primer nivel de atención en sustitución del término **atención primaria**+ de modo de evitar confusiones con respecto al concepto de Atención Primaria de Salud (APS), el cual para OPS representa un enfoque amplio para la organización y operación del sistema de salud como un todo, y no solamente la provisión de servicios de salud del primer nivel de atención. En todo caso, el término atención primaria, como primer nivel de atención, ha sido definido por el Instituto de Medicina de los EUA como la provisión de servicios

integrados y accesibles por personal de salud que se hace responsable por resolver la mayoría de las necesidades de salud de las personas, desarrollando una relación sostenida con la gente, y practicando en el contexto de la familia y la comunidad. (Institute Of Medicine. Primary care: America's health in a new era. Washington, D.C.: National Academy Press, 1996).

INTEGRACIÓN HORIZONTAL: La coordinación de las funciones, actividades o unidades operativas que están en la misma fase del proceso de producción de servicios. Ejemplos de este tipo de integración son las consolidaciones, fusiones y servicios compartidos de un mismo nivel de atención (Shortell SM; Anderson DA; Gillies RR; Mitchell JB; Morgan KL. Building integrated systems: the holographic organization. Healthcare forum journal 1993; 36(2):20-6).

INTEGRACIÓN VERTICAL: La coordinación de las funciones, actividades o unidades operativas que están en distintas fases del proceso de producción de servicios. Ejemplos de este tipo de integración son los vínculos de los hospitales con grupos médicos, centros de cirugía ambulatoria y agencias de cuidados en el hogar. Existe integración vertical hacia adelante, es decir hacia el paciente o el usuario, e integración vertical hacia atrás, es decir hacia suministros tales como compañías de equipamiento médico e insumos. Además, existe la posibilidad de la integración vertical con la aseguradora de la salud (Shortell SM; Anderson DA; Gillies RR; Mitchell JB; Morgan KL. Building integrated systems: the holographic organization. Healthcare forum journal 1993; 36(2):20-6).

APS-R: La Organización Mundial de la Salud ha venido promoviendo la APS, desde antes de 1978, fecha en la que se adoptó como estrategia central para alcanzar el objetivo de "Salud Para Todos". Desde entonces, el mundo y la APS han cambiado drásticamente. El propósito de la renovación de la APS es revitalizar la capacidad de todos los países de organizar una estrategia coordinada, efectiva y sostenible que permita resolver los problemas de salud existentes, afrontar los nuevos desafíos en salud y mejorar la equidad. El objetivo último de un esfuerzo de esta naturaleza es lograr mejoras sostenibles en salud para toda la población. Entre las razones que justifican la renovación de la APS se encuentran: los nuevos desafíos epidemiológicos que la APS debe asumir; la necesidad de corregir las debilidades e incoherencias presentes en algunos de los distintos enfoques de la APS; el desarrollo de nuevos conocimientos e instrumentos sobre buenas prácticas que pueden incorporarse para incrementar la efectividad de la APS; el reconocimiento creciente de la APS como estrategia para fortalecer la capacidad de la sociedad para reducir las desigualdades en materia de salud; y, por último, el creciente consenso respecto a que la APS es un enfoque sólido para abordar las causas de la falta de salud y de las desigualdades.

RESUMEN

Ante el panorama nacional frente a la atención en el sector salud, la llegada de la Ley 1438 de 2011, dispone de los lineamientos que pretenden atender los grandes vacíos del sistema, donde se apunta a encontrar a través de estrategias como las redes integradas de servicios de salud y la atención primaria, interesantes soluciones y respuesta a décadas de fragmentación e inequidades.

La implementación de una RISS en el Municipio de Medellín, propende por la integración y empleo de prestación de los servicios de salud basada en la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), a través de la cual se lograría la cobertura y el acceso universal a los servicios, donde el enfoque de Salud Familiar ocupa un lugar privilegiado, siendo el punto de partida para la ampliación de cobertura, efectividad del servicio y continuidad en el proceso.

La integración de este sistema de RISS deben tener amplio conocimiento de las necesidades y preferencias en salud, una oferta ajustada a esas poblaciones que incluya servicios de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnósticos y tratamientos oportunos, rehabilitación y cuidados paliativos, todos incluidos en un mismo sistema organizacional.

Se muestra como cada uno de los actores y sectores en salud juegan un papel indispensable en todo el proceso y son quienes disponen de las herramientas necesarias para garantizar el éxito y/o el fracaso de su gestión, de aquí la importancia sobre la entrega de servicios de salud de forma tal que garanticen la prevención y curación de acuerdo a las necesidades poblacionales, a lo largo del tiempo, y a través de los diferentes niveles del sistema.

Palabras claves:

- Redes Integradas de Servicios de Salud.
- Fragmentación.
- Salud-enfermedad.
- Atención Primaria.
- Salud Familiar.
- Equipos básicos.

INTRODUCCIÓN

El estudio planteado pretende reconocer y analizar el tema de las redes integradas de servicios de salud (RISS) en la dinámica de salud colombiana y de otros países latinoamericanos desde la disertación de sus experiencias. Y así poder proponer la estructura de una red integrada de servicios de salud, basada en atención primaria en salud para el caso del sistema de salud colombiano en Medellín, Antioquia y sugerir estrategias para estructurar cada uno de los objetivos y componentes planteados en la ley 1438 de 2011.

EL plan de trabajo de aproximadamente un año, consistió en hacer una investigación preliminar, exhaustiva; confeccionar la bibliografía que existía sobre las redes integradas de servicios de salud y atención primaria en salud, tanto para países latinoamericanos como para el caso de Colombia. Se consideraron todo tipo de documentos encontrados; foros, artículos, críticas, libros, noticias, investigaciones etc. donde se citaban las experiencias vividas con las redes y las estrategias de APS para los casos ya mencionados. Los recursos disponibles para obtener información fueron; Biblioteca Fundadores - Universidad CES, Foros COHAN, artículos de Internet, OPS, OMS, Biblioteca Universidad de Antioquia y Leyes, decretos, resoluciones Colombianas del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El tema de las redes integradas de servicios de salud es de gran magnitud ya que la construcción adecuada de este modelo de prestación de servicios podrá fortalecer campos demasiado débiles en Colombia como la fragmentación de los servicios de salud y la caracterización de la población en dicho aspecto, trabajando en objetivos como: el conocimiento de las necesidades y preferencias en salud, la oferta de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación. La atención primaria en salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, el recurso humano suficiente, valorado, competente y comprometido, el fortalecimiento de los servicios de baja complejidad de Atención y mecanismos efectivos de referencia y contrarreferencia, entre otros primordiales que harán del sistema una mejor opción para prestadores, intermediadores y usuarios.

La revisión hace parte de una limitada información disponible ya que se trata de contribuir a visualizar una posible estructura de una red integrada de servicios de salud, basada en atención primaria en salud en Medellín, Antioquia. La consideramos útil para los actores del sistema responsables de la construcción del modelo, y para los profesionales y personas ajenas que deseen conocer cómo funciona la dinámica de operar la salud en red. Encontramos mucha viabilidad en nuestra revisión al no requerir abundantes recursos para el análisis de la problemática, no tener ninguna clase de resistencia o generar controversia con algún sector y se generar un conocimiento muy oportuno, para lo que se viene en el sistema de salud de nuestro país.

TRAYECTORIA

A continuación algunos de los condicionantes que deben tomarse en cuenta en un campo que aun representa para nuestro país y territorios, la formulación de políticas y lineamientos claros y concertados que apunten al desarrollo de estrategias más favorables para la promoción de la salud.

CHILE	
SISTEMA DE SALUD	Sistema nacional de salud (SNSS), mixto no integrado. Compuesto por el ministerio de salud y sus organismos dependientes, el instituto de salud pública, la central de abastecimiento, el fondo nacional de salud (FONASA) y la superintendencia de salud. Se financia con impuestos generales, contribuciones obligatorias y coopagos a través del FONASA.
DESCRIPCIÓN RED	Redes asistenciales basadas en la APS: se rigen por los Servicios de salud que son organismos estatales funcionalmente descentralizados y están dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio para el cumplimiento de sus fines, cada Servicio de Salud tiene su propia Red Asistencial con enfoque de Salud Familiar y Comunitaria, constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos que forman parte del Servicio, los establecimientos municipales de atención primaria de salud de su territorio y los demás establecimientos públicos o privados que mantengan convenios con el Servicio de Salud respectivo para ejecutar acciones de salud, los cuales colaboran y se complementan entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población.(24)
PROPÓSITOS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Asegurar el acceso, calidad, oportunidad y satisfacción usuaria. ➤ Garantizar uso racional de los recursos. ➤ Mejorar la satisfacción del usuario.
ESTRATEGIAS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fortalecimiento de la atención primaria en salud. ➤ Transformación hospitalaria. ➤ Rearticulación de la red asistencial.
ACIERTOS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Estrategia vinculatoria, de articulación e intercambio entre instituciones. ➤ Se basa en la cooperación y la confianza. ➤ Mecanismos de referencia y contra referencia bien establecidos. ➤ Accesibilidad para el usuario.

RETOS	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Problemas en la resolutiveidad de las redes asistenciales de los servicios de salud. ➔ Servicios de salud con distintos grados de avance en su constitución como red asistencial. ➔ Analizar el financiamiento entre servicios de salud para asegurar la realización de toda la demanda. (25)
--------------	---

COSTA RICA	
SISTEMA DE SALUD	Sistema único de seguridad social, cobertura universal, regido por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) institución autónoma encargada del financiamiento, compra y prestación de los servicios personales en salud, financiación con contribuciones de los afiliados, los empleadores y el estado.
DESCRIPCIÓN RED	<p>Red de servicios de primero, segundo y tercer nivel de atención. El primer nivel proporciona servicios de cinco programas de atención integral a través de una red de 93 áreas de salud con 783 equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS) y algunas clínicas periféricas y clínicas desconcentradas. Este sistema cuenta con equipos de apoyo responsables del direccionamiento de los servicios de salud en cada subregión o nivel.</p> <p>El segundo nivel proporciona servicios de urgencias, apoyo al diagnóstico, consulta externa especializada y tratamientos quirúrgicos sencillos, a través de una red de clínicas mayores, hospitales periféricos y hospitales regionales.</p> <p>El tercer nivel cuenta con servicios de internamiento y servicios médico-quirúrgicos de alta complejidad tecnológica, los cuales re proporcionan en tres hospitales nacionales de concentración y cinco especializados. (26)</p>
PROPÓSITOS	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Asistencia integral a zonas rurales ➔ Atención domiciliaría
ESTRATEGIAS	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Asistencia sanitaria esencial socialmente aceptable, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar. ➔ Modelo de atención integral, EBAIS, Equipos de apoyo, Áreas de Salud, CAIS, Red de Servicios. ➔ Aumento en la complejidad de la tecnología. ➔ Conocimiento (asesoría técnica). ➔ Relación usuario-entorno-paciente. ➔ Sostenibilidad en Definición, operación y mantenimiento.(27)
ACIERTOS	<p>Existe estructura institucional.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Aumento el porcentaje de la población cubierta por los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud, para una

	<p>cobertura del 70 %.</p> <p>➔ La legislación y crecimiento institucional de las estructuras de la organización civil han favorecido la capacidad institucional.</p>
RETOS	<p>➔ Descoordinación institucional</p> <p>➔ ausente cooperación internacional</p> <p>➔ Alto costo para la formación de equipos básicos.</p> <p>➔ Esfuerzo de compromiso con el primer nivel de atención.</p> <p>➔ las Juntas de Salud no tienen autoridad y sólo pueden sugerir y, eventualmente, reclamar.</p> <p>➔ educación participativa, falta de una visión integral hacia el futuro</p> <p>➔ falta más reconocimiento del papel de la sociedad civil.</p>

BRASIL	
SISTEMA DE SALUD	Sistema único de salud (SUS) mixto, con establecimientos de salud propios y contratados con el sector privado, que funciona mediante esquema de aseguramiento (salud complementaria)
DESCRIPCIÓN RED	Programa de Salud de la familia (PSF), ofrece a la familia una atención sanitaria para una población definida en un territorio determinado; mediante la asignación de pacientes a un equipo multi profesional, compuesto por al menos un medico, un enfermo, auxiliar de enfermería y agentes comunitarios de salud. Los equipos son responsables por el acompañamiento de un número definido de familias, y promueven acciones de prevención, recuperación, rehabilitación de enfermedades y manutención de la salud. El trabajo cerca de las personas de cada región facilita la atención y el acompañamiento de las familias en la comunidad. (27)
PROPÓSITOS	<p>➔ Reorientar el modelo de atención a la salud.</p> <p>➔ Promover transparencia de gestión.</p> <p>➔ Producir un descenso en la tasa de mortalidad materna e infantil, que pueden prevenirse con internamientos para recibir atención primaria.</p> <p>➔ Extender la cobertura de la vacunación y las buenas prácticas en salud.</p>
ESTRATEGIAS	<p>➔ construir o reformar las unidades de salud. distribuidas en microrregiones, con reorganización física y equipamiento.</p> <p>➔ fortalecer el control social.</p> <p>➔ mejora de la articulación intersectorial.</p> <p>➔ contratar y mejorar la calificación de los recursos humanos.</p>

<p>ACIERTOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Adopción de salarios por encima de los pagados en el mercado de trabajo disminuyendo la precariedad en los vínculos laborales. ➤ Procesos de formación continúa enfocados al nuevo modelo de atención. ➤ Organización de un Consejo local de Salud. ➤ Realización de debates en los barrios que funcionan como espacios para la expresión del ciudadano. ➤ Aumento de las ofertas de servicios, a través de la construcción y reforma de las instalaciones, de la adquisición de equipamiento, del desarrollo de equipos de salud especializados en la familia. ➤ Formalización de los procesos de trabajo que incluyen la participación del equipo. ➤ Estudio de los perfiles epidemiológicos y construcción de una base de datos municipal de salud. ➤ Adopción de acuerdos intergubernamentales como estrategia para potenciar las políticas públicas. (28)
<p>RETOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Las señales sobre la vía de integración y protección social aun no son suficientemente claros. ➤ la segmentación de la atención de La salud. ➤ la falta de estabilidad del cuadro de personal de salud, lo que compromete la continuidad de los programas de salud y, sobretudo, la creación de vínculos duraderos entre los equipos de salud y las comunidades a las cuales deben servir. ➤ existen los problemas de gestión y organización del sistema y de los establecimientos de salud, especialmente relacionados a personal, a la compra de bienes y servicios y a la calidad de las acciones de salud. ➤ el modelo de atención a la salud del SUS, con predominio de prácticas individualistas, biologicistas, curativas y hospitalocéntricas, se contraponen a la efectivización del principio de integralidad, incluso con la ampliación de la cobertura de la atención primaria. ➤ la red de servicios de salud precisa ser ampliada desde una perspectiva conceptual, orientada a la articulación con las demás redes sociales, valorando las características socio-demográficas, culturales y epidemiológicas de la población. ➤ el SUS precisa priorizar la ampliación y la calificación de servicios especializados.

CUBA	
SISTEMA DE SALUD	<p>Sistema único de asistencia pública, red estatal con alto nivel de centralización. Estrictos niveles de atención y cobertura universal. Sistema de primer, segundo, y tercer nivel de atención médica a través de diferentes programas priorizados, con un centro de interés. Modelo basado en medicina familiar y en la garantía de accesibilidad los servicios de salud de manera universal y gratuita. es regido por el ministerio de salud de cuba (MINSAP) dispone de una estructura funcional y es encargado de dirigir, ejecutar y controlar la política de estado en cuanto a la salud pública y el desarrollo de las ciencias medicas. (23)</p>
DESCRIPCIÓN RED	<p>Red basada en medicina familiar, de 219 hospitales, 13 institutos de investigación, 498 policlínicos y un contingente de médicos de familia ubicados en las comunidades, centros laborales y centros educacionales. La prestación se enfoca en la atención primaria</p> <p>De salud (APS) basada en el modelo del médico y la enfermera de la familia (MEF). Para desarrollar este enfoque se tomaron en cuenta tres elementos: la tendencia a la súper especialización de la práctica médica, los cambios en el patrón de morbimortalidad</p> <p>Con incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles y la necesidad de promover estilos de vida más sanos en la población.</p> <p>El SNS cubano garantiza el acceso a servicios integrales de salud que se prestan en unidades ambulatorias y hospitalarias. El nivel primario debe dar solución aproximadamente a 80% de los problemas de salud de la población y ofrecer las acciones de promoción y protección de la salud. Aunque estas actividades Pueden llevarse a cabo en cualquier unidad del SNS, se prestan fundamentalmente en los policlínicos y los consultorios del médico de la familia. En el nivel secundario se cubren cerca de 15% de los problemas de salud. Su función fundamental es tratar al individuo ya enfermo para prevenir las complicaciones y realizar una rehabilitación inmediata. Su unidad básica es el hospital de subordinación provincial. En el nivel terciario se atienden alrededor de 5% de los problemas de salud, relacionados con secuelas o complicaciones de determinadas enfermedades. La atención se brinda fundamentalmente en hospitales especializados o institutos de subordinación nacional. (30)</p>
PROPÓSITO	<p>Garantizar una mayor accesibilidad a los servicios de APS.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➡ Generar mejorar el estado de salud de la población. ➡ Promover el enfoque integral que va desde la promoción hasta la rehabilitación.

	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Analizar las situaciones de salud. ➔ Promover la participación comunitaria e intersectorial
ESTRATEGIAS	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Práctica médica de carácter estatal y social. ➔ aplicación adecuada de los adelantos de la ciencia y la técnica accesibilidad y gratuidad de los servicios ➔ enfoque basado en la participación de la comunidad e intersectorialidad. ➔ centralización normativa y descentralización ejecutiva. (31)
ACIERTOS	<ul style="list-style-type: none"> ➔ La investigación es una actividad prioritaria en todas las instituciones de salud, junto a las labores asistenciales y docentes, y constituye la función fundamental de diferentes centros. ➔ La satisfacción de la población con los servicios de salud, además de que se monitorea por diferentes vías, es una de las líneas del Programa Ramal de Investigaciones en Sistemas y Servicios de Salud, cuya finalidad es brindar resultados que permitan fortalecer la gestión en salud.
RETOS	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Falta de equipamiento médico, medicamentos y materias primas para la industria farmacéutica ➔ Insatisfacciones con algunos servicios estomatológicos debido a que limitación de recursos materiales. ➔ no ha funcionado adecuadamente la reorganización de consultorios médicos para compensar la ausencia de quienes han salido del país a cumplir misiones internacionalistas. ➔ todavía hay servicios que aún no satisfacen la demanda de la población. Por ejemplo, las ópticas no suplen las necesidades y persisten demoras en la entrega de lentes.(31)

MÉXICO	
SISTEMA DE SALUD	Sistema de 2 sectores: público con seguridad social que cubre los trabajadores del sector formal de la economía. Y Población sin seguridad social les presta los servicios la secretaria de marina, la secretaria de salud.
DESCRIPCIÓN RED	Red integrada por el centro de salud rural para la población concentrada, centro de salud urbano y centro de salud con hospitalización, El ISSSTE basa su estructura de servicios en tres niveles de atención médica de acuerdo al planteamiento de la organización mundial de la salud. En el primer nivel resuelve el 85% de la patología general, a través de las unidades de medicina familiar, módulos resolutivos y la clínica de medicina familiar, donde proporciona atención ambulatoria para los padecimientos de mayor frecuencia; en el segundo nivel

	resuelve del 10 al 12% de los casos, por medio de la clínica hospital, proporcionando atención ambulatoria y de encamados para solucionar problemas de medicina de complejidad. El tercer nivel se destina exclusivamente a otorgar atención médica de especialidad a través del hospital general y el hospital regional, donde resuelve del 3 al 5% de los casos.(32)
PROPÓSITO	➔ fortalecer el enfoque preventivo y de promoción de la salud, con énfasis en la comunidad y la familia que es el núcleo donde precisamente se pueden lograr los cambios que se requieren.
ESTRATEGIAS	➔ colaboración entre los sectores privado y social en todos los órdenes y niveles de gobierno. ➔ Formulación estratégica para reducir las inequidades en salud.
ACIERTOS	➔ se trabaja por cumplir la meta del acceso universal. ➔ Orientación de las acciones de prevención y atención integral e integrada; en el fortalecimiento de la infraestructura física para la atención primaria y en la formación y profesionalización de los recursos humanos fundamentales.
RETOS	➔ requiere renovarse, enriquecerse, para adecuarse al entorno globalizado y atender la aparición de nuevos desafíos epidemiológicos, corregir inequidades y desarrollar conocimientos e instrumentos sobre mejores prácticas para incrementar la efectividad de la atención.(33)

Con la coordinación del Dr. Luis Alberto Martínez, Director Ejecutivo de la Asociación de Empresas Sociales del Estado de Antioquia AESA, los panelistas Doctores Gabriel Jaime Guarín, Héctor Mario Restrepo, Jamel Alberto Henao y Osvaldo Salgado, resolvieron inquietudes del auditorio durante el **II FORO IMPLEMENTACION DE REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD Ë RISS 26 Y 27 DE ABRIL DE 2012**. A continuación se presenta una síntesis de las ideas que surgieron en la discusión:

- La Atención Primaria de Salud no se puede separar del concepto de integración de los servicios de salud; igualmente, no se concibe el desarrollo de RISS sin una APS fortalecida.
- Las EPS deben gestionar el riesgo y buscar que sus afiliados se mantengan sanos. Para ello, deben articular las redes de servicios de salud con las redes sociales.
- La comunidad debe hacer veeduría sobre toda la red. Los hospitales son parte de la red, pero no son los únicos integrantes.
- La capitación es un elemento facilitador para conformar RISS en poblaciones y territorios definidos, pero se requiere un gran desarrollo del sistema de información y un modelo de atención concertado entre los diferentes actores.

- También los pagos prospectivos son instrumentos útiles para las RISS, se puede planear la atención para grupos de población en un territorio y así gestionar mejor el riesgo, tal como se hace actualmente en Canadá.
- En el caso de Colombia, es muy importante buscar la integración de la promoción y prevención con la prestación integral de los servicios de salud.
- Es fundamental que se encuentre un buen modelo de gobernanza y coordinación para implementar RISS en Colombia, teniendo en cuenta la gran cantidad de EPS (actualmente más de 70). Los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud son un espacio que debe desarrollarse para lograr esa coordinación.

Intervención del Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios de Salud, Ministerio de Salud y Protección Social, Dr. Carlos Mario Ramírez:

Para la organización de las redes de servicios de salud, se requiere trabajar desde la demanda, iniciar con el Análisis de Situación de Salud, determinar las necesidades en salud de la población y su relación con la oferta de servicios. Luego deberán plantearse las respuestas de política pública con participación de la comunidad, siguiendo los postulados de la APS. Para desarrollar esta última estrategia en el país, no se requiere mucha reglamentación sino aprovechar todos los espacios legales que se tienen, fortalecer la capacidad resolutive del primer nivel de atención, desarrollar un abordaje familiar. Se requiere facilitar a las universidades acreditadas el proceso de formación de recursos humanos especializados que puedan fortalecer la capacidad de respuesta del segundo nivel de atención.

El gobierno nacional insiste en fortalecer el proceso de evaluación de los gerentes de los hospitales para lograr un manejo adecuado y eficiente de los recursos. Se están presentando graves problemas financieros en muchos hospitales del país debido al despilfarro en compras de insumos y medicamentos a precios muy altos, este problema podría equipararse a lo que se ha señalado como el costo de intermediación de las EPS.

Es necesario unificar espacios de gestión del sector en su conjunto, este es el caso de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud que deben fortalecerse, pueden ser muy útiles para articular los planes de beneficios y para la conformación de las redes. Para desarrollar las RISS, se pueden establecer alianzas entre diferentes instituciones respetando la propiedad y autonomía de las instituciones, se habilita la red pero también se conserva la identidad de sus integrantes. Las Redes deberán desarrollar muy fuertemente la atención básica.

En casi dos décadas, el desarrollo del modelo de aseguramiento en Colombia muestra unas tendencias generales que ratifican la validez de éste y de la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Dos elementos estructurales son concluyentes: la expansión de la cobertura del sistema en muy pocos años y, relacionado con lo anterior, la gran capacidad que ha mostrado la sociedad colombiana para arbitrar recursos a favor del sector. Baste mencionar que en el 2011 se destinaron alrededor de \$45 billones para la salud, equivalentes a más de 9 puntos del PIB. Este monto de recursos representa cerca de \$1 millón

per cápita (US\$ 550), es decir, alrededor del 10% del ingreso de cada colombiano. Como vimos, estos promedios esconden grandes diferencias según el modo en que participa cada ciudadano en el sistema de salud por su tipo de afiliación. Igualmente, las cifras nos permiten afirmar que la meta de universalización es prácticamente una realidad. El sistema además dispone de los recursos para afiliar a más de un millón de vinculados que aún existen.

El estudio mostró que los numerosos esfuerzos por arbitrar nuevos recursos para el sistema serán siempre insuficientes si no se hacen ajustes básicos que garanticen su funcionamiento a largo plazo. El problema del sector no es de recursos, pues estos han crecido en forma sostenida muy por encima de la inflación, sino que están relacionados con el diseño y la gestión de los mismos. Ahora bien, es necesario precisar que a pesar de la difícil coyuntura, el debate no se debe centrar en cuestionar la validez del modelo de aseguramiento; sino por el contrario, en diseñar los ajustes para consolidarlo. El sistema actual debe continuar, ya que sus resultados han sido positivos y demuestran un avance para la salud de los colombianos, no tan sólo en cobertura y disponibilidad de recursos. Así mismo, el acceso a los servicios de salud se ha expandido, al tiempo que éstos se han hecho de mejor calidad. (19)

PORPUESTA DE RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD MALUYA EN MEDELLIN, ANTIOQUIA.

En Colombia a pesar de que según la ley 100 de 1993 tenemos un sistema de seguridad social en salud y sus objetivos son regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso en toda la población al servicio en todos los niveles de atención y además de esto entre sus principios esta la protección integral y la calidad; en nuestros días se vive todo lo contrario.

En el año 2011, más exactamente el 19 de enero; con una nueva ley que reforma este sistema ya tan devastado se abre una nueva esperanza al desarrollo, al por fin pensamiento, entendimiento de un verdadero sistema de seguridad social en salud. Esta ley con tantas expectativas hacia un nuevo rumbo en el sistema de salud colombiano es la 1438; en la cual se plasma un concepto renovador, dando un vuelco al sistema; Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) y Atención Primaria en Salud (APS).

La OPS considera que las RISS son una de las principales expresiones operativas del enfoque de la APS a nivel de los servicios de salud, contribuyendo a hacer una realidad varios de sus elementos más esenciales tales como la cobertura y el acceso universal; el primer contacto; la atención integral, integrada y continua; el cuidado apropiado; la organización y gestión óptimas; la orientación familiar y comunitaria; y la acción intersectorial, entre otros+(1).

Las Redes Integradas de Servicios de Salud, o Sistemas Organizados de Servicios de Salud (2) o Sistemas Clínicamente Integrados (3) u Organizaciones Sanitarias Integradas (4) pueden definirse como: %una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve+(5).

LA OPS ha definido 14 atributos esenciales para las redes integradas de servicios de salud así; Modelo asistencial: 1) población y territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, que determinan la oferta de servicios de salud; 2) una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud personales y los servicios de salud pública; 3) un primer nivel de atención multidisciplinario que cubre a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población; 4) prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecen de preferencia en entornos extra hospitalarios; 5) existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el

continuo de los servicios de salud; y 6) atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género, y los niveles de diversidad de la población. Gobernanza y estrategia: 7) un sistema de gobernanza único para toda la red; 8) participación social amplia; y 9) acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud. Organización y gestión: 10) gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico; 11) recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red; 12) sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red, con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes; y 13) gestión basada en resultados. Asignación e incentivos: 14) financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red.

La propuesta de red integrada de servicios de salud MALUYA para el municipio de Medellín, Antioquia pretende tomar como guía la ya mencionada ley 1438 de 2011, por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se da una luz de esperanza para nuestro sistema que cuenta con un panorama tan desalentador. El municipio de Medellín es la población y territorio a cargo de la red, con un diagnóstico y perfil de la población referenciado en el plan de desarrollo y plan local de salud de Medellín.

Para el comienzo de actividades en la nuestra red nos centraremos en dos pilares esenciales para su funcionamiento; la Atención Primaria en Salud y la Portabilidad Nacional, atributos que indiscutiblemente hacen parte una red integrada de servicios de salud y que en el actual marco legal los respaldan y soportan para un gran inicio:

ARTÍCULO 2. ORIENTACIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. El Sistema General de Seguridad Social en Salud estará orientado a generar condiciones que protejan la salud de los colombianos, siendo el bienestar del usuario el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud. Para esto concurrirán acciones de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y demás prestaciones que, en el marco de una estrategia de Atención Primaria en Salud, sean necesarias para promover de manera constante la salud de la población. Para lograr este propósito, se unificará el Plan de Beneficios para todos los residentes, se garantizará la universalidad del aseguramiento, la portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país y se preservará la sostenibilidad financiera del Sistema, entre otros.

1.1 ARTÍCULO 12. DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD. Adóptese la Estrategia de Atención Primaria en Salud que estará constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social comunitaria y ciudadana. La Atención Primaria en Salud es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde

la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud. La atención primaria hace uso de métodos, tecnologías y prácticas científicamente fundamentadas y socialmente aceptadas que contribuyen a la equidad, solidaridad y costo efectividad de los servicios de salud. Para el desarrollo de la atención primaria en salud el Ministerio de la Protección Social deberá definir e implementar herramientas para su uso sistemático como los registros de salud electrónicos en todo el territorio nacional y otros instrumentos técnicos.

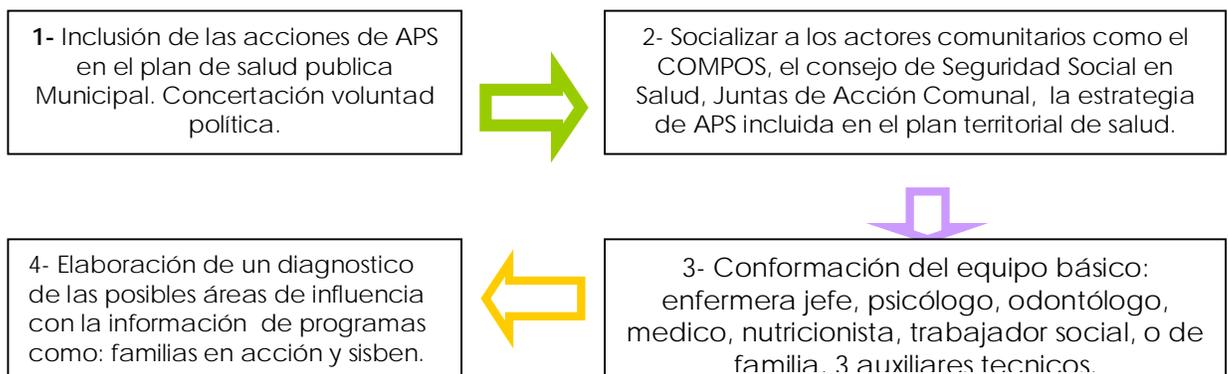
Desde los anteriores lineamientos, MALUYA centrara sus esfuerzos para trabajar coordinadamente con la estrategia de APS implementada desde La Secretaría de Salud de Medellín a través de la E.S.E Metrosalud, %SALUD EN EL HOGAR+, la cual contiene dentro de sus lineamientos las acciones de atención a la población más vulnerable, y donde se identifica la imposibilidad de acceder eficiente y oportunamente a los diferentes servicios de salud. Concepto que se pretenden canalizar desde la red MALUYA, para optimizar los esfuerzos y dar respuesta eficiente al planteamiento dado desde la misma estrategia.

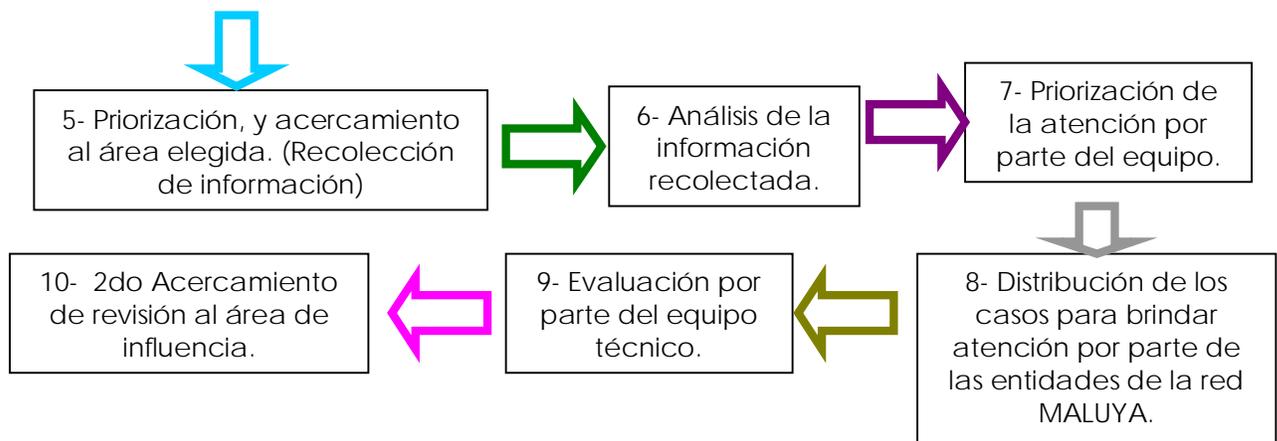
Igualmente, con dicha articulación se pretende contar con los elementos ya estructurados desde %Salud en el Hogar+ para optimizar la atención en los servicios y asegurar un adecuado funcionamiento de referencia y contrareferencia. Seguimiento, monitoreo y evaluación de los casos. Entre estos recursos se encuentran:

- 1- Diagnostico situacional del área de influencia
- 2- identificación de la población objetivo.
- 3- Base de datos actualizada.
- 4- Equipos básicos en funcionamiento.
- 5- Servicios de salud sensibilizados.

Entre otros factores que solo requieren de integración de acciones e identificación de servicios requeridos de acuerdo con la demanda poblacional.

Grafico 1. Ruta específica la integración entre la estrategia APS ÍSalud en el Hogar+y la red MALUYA.





MALUYA contará con la integración de los siguientes principios para fortalecer la implementación adecuada de la estrategia APS "Salud en el Hogar", estos son:

Artículo 22. PORTABILIDAD NACIONAL: Todas las Entidades Promotoras de Salud deberán garantizar el acceso a los servicios de salud en el territorio nacional, a través de acuerdos con prestadores de servicios de salud y Entidades Promotoras de Salud. Las Entidades Promotoras de Salud podrán ofrecer los planes de beneficios en los dos regímenes, preservando los atributos de continuidad, longitudinalidad, integralidad, y adscripción individual y familiar a los equipos básicos de salud y redes integradas de servicios. El acceso a la atención de salud será a través de la cédula de ciudadanía u otro documento de identidad.

ARTÍCULO 32. UNIVERSALIZACIÓN DEL ASEGURAMIENTO. Todos los residentes en el país deberán ser afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Gobierno Nacional desarrollará mecanismos para garantizar la afiliación.

ARTÍCULO 112. ARTICULACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN. El Ministerio de la Protección Social, a través del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO) articulará el manejo y será el responsable de la administración de la información. Las bases de datos de afiliados en salud se articularán con las bases de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, la Dirección de Aduanas e Impuestos Nacionales, el SISBEN y de las Entidades Promotoras de Salud para identificar a los beneficiarios y su lugar de residencia, entre otras dicha articulación deberá estar implementada antes del 31 de diciembre de 2012. La identidad de los usuarios y beneficiarios se verificará mediante procesamiento y consulta de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

PARÁGRAFO TRANSITORIO. La historia clínica única electrónica será de obligatoria aplicación antes del 31 de diciembre del año 2013, ésta tendrá plena validez probatoria.

1.2 SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LA RED MALUYA

Uno de los criterios determinantes para el establecimiento de las redes integradas de servicios de salud RISS planteado en la ley 1438 de 2011. Es la creación de un sistema de información único e integral de todos los actores de la red, con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes. Además de estos aspectos establecidos es importante recopilar más información, de modo tal que se convierta en una fuente de información primaria para otros sectores como el demográfico, el económico entre otros. Que útil sería para el sector salud la conformación de un sistema único de información del usuario a nivel nacional con toda la información necesaria para una atención oportuna y de calidad. Conociendo los antecedentes médicos de cada usuario en el transcurso de su vida, y las novedades que el mismo presente en cuanto a su situación de aseguramiento para apoyar la función administrativa de la red.

Limitantes para la estructuración del sistema de información.

Nos enfrentamos a factores limitantes que deben ser analizados para la correcta conformación del sistema de información como: la gestión fragmentada del sistema de información, que impide tener una caracterización adecuada de la población y de la oferta de servicios de salud. La falta de conocimiento de las tecnologías de algunos actores del sector salud, y falta de compromiso de los mismos en la generación y manejo del dato. Ausencia de historia clínica individual y de historia familiar unificada para el manejo de la información a escala departamental y nacional, con utilidad para la gestión de todos los servicios y programas de salud. Existen en la actualidad demasiados sistemas de información institucional en los prestadores algunos incluso adquiridos recientemente, por lo que es posible se genere un caos en el momento de mudar la información al sistema único de identificación y atención de usuarios. Y por último el modelo de competencia regulada vigente en Colombia limita la posibilidad de disponer de información unificada y pertinente para la planificación y la toma de decisiones.

Estructuración del sistema integrado de información en salud y el Portal Nacional de Salud (PONAS)

La red MALUYA propone para el desarrollo del sistema de información un portal nacional de salud donde confluyan todos los aspectos informativos pertenecientes a la atención en salud de todos los ciudadanos del territorio nacional. Para los niveles estratégicos y de planeación, es de vital importancia contar con información actualizada de aspectos como el aseguramiento, normatividad, estado de glosas, remisiones, autorizaciones, pagos y todos los aspectos que se consideren necesarios para la planeación estratégica, serán generadores y beneficiarios de la información que allí se plantee. El nivel de supervisión y rectoría Debe también integrarse a este portal generando y analizando los datos pertinentes para realizar las funciones de vigilancia y control

sobre la red. Y el nivel operativo donde se clasificara en tres los actores participantes:

1-*Personal asistencial*: debe desarrollarse un formato único de historia clínica individual. Que contenga de manera clara todos los aspectos consagrados en la normatividad vigente y en los programas de auditoría y mejoramiento de la calidad.

Con el fin de asegurar confidencialidad y seguridad de la historia clínicas del paciente, ninguna atención puede ser modificada una vez guardada. Para entrar en la historia clínica del paciente deben consignarse 4 datos principales: identificación del paciente, identificación del profesional. Identificación de la institución que realiza la atención y número de atención asignado en la institución.

2- *Personal administrativo de apoyo a las funciones asistenciales*.: además del BDUA es importante contar con una base de datos de atenciones (historial de atenciones del usuario) sea cual sea el sitio donde se realizo con el fin de dar mejor cumplimiento a los tiempos estipulados en la normatividad para algunas atenciones. Como controles mensuales semestrales y anuales. Debe contener estados de trámites de los usuarios y toda la información pertinente para evitar reprocesos y por ultimo un historial de cada uno de los funcionarios que participan en el proceso que pueda ser medido a través de indicadores con el fin de detectar falencias y planear correcciones.

3- *Usuarios*: uno de los errores históricos en la prestación de los servicios de salud es sin duda la poca participación ciudadana en los procesos de atención, vigilancia y control. Se propone dentro del sistema integrado de información abrir un espacio complementario para el usuario que llamaremos para nuestra revisión ***biografía medica*** que permitirá a todos los ciudadanos mediante un nombre de usuario y una contraseña acceder a su historial médico en modo lectura, opción de quejas, reclamos, sugerencia y felicitaciones; contara con una herramienta que permita al usuario realizar consultas online sobre enfermedades, medicamentos , estado de salud actual, automedicación, sitios de atención, estado de tramites autorizaciones y remisiones, cargar fotos de lesiones o signos de enfermedades para una evaluación inicial y conductas a seguir, e incluso notificaciones sobre posibles contingencias que afecten la salud pública. La salud es responsabilidad de todos es hora de crear una cultura que permita mejorar las condiciones de vida y la imagen que tienen los ciudadanos frente a un bien tan primordial como la salud.

Basta con observar el fenómeno de las redes sociales para saber que es necesario articular la atención en salud con las telecomunicaciones y la informática, haciendo más fuerte la participación ciudadana. Con estas herramientas se contara con información permanente mente actualizada y de primera mano, sabremos las conductas que asume un paciente frente a las enfermedades comunes, toma de medicamentos no formulados que puedan incidir sobre un tratamiento en determinado momento, podrá incluso convertirse en una herramienta de APS- R al atender preguntas sobre salud, y conocer las

necesidades de la población. Igualmente podríamos pensar en la disminución de consultas a los servicios, ya que un importante número de visitas a los servicios son por causas que pueden resolverse con orientaciones básicas.

Si el sector salud no entra en el mundo de las TICS con bastante fuerza es seguro que seguirá inmerso en la crisis que actualmente enfrenta. El reto de cara al futuro estará en poder acceder a la salud de una manera ágil oportuna y de calidad por parte de todos los actores y son los sistemas de información y atención sistematizada los que harán posible revivir los sistemas de salud en los países.

1.3 DEFINICION Y CONFORMACION DE LA RED MALUYA. Al tener nuestros principios y centro ya conformado y sustentado legalmente, nuestra red MALUYA; adaptada perfectamente a la definición del **ARTÍCULO 60. DEFINICIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD:** Las redes integradas de servicios de salud se definen como el conjunto de organizaciones o redes que prestan servicios o hacen acuerdos para prestar servicios de salud individuales y/o colectivos, más eficientes, equitativos, integrales, continuos a una población definida, dispuesta conforme a la demanda; Coordinadora de tan amplio sistema de salud, le comenzaremos a dar forma. Sin lugar a duda su apoyo incondicional y principal será el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud (CTSSS), su organización y funcionamiento se describen en; la Ley 100 de 1993, el acuerdo número 25 de 1996, el acuerdo numero 57 de 1997 y hoy en día con la Ley 1438 de 2011. Este sería el encargado de monitorear y concertar a MALUYA. Se deben fortalecer los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud para que sean espacios de articulación de las RISS, de los planes de beneficios y la acción intersectorial por la salud. Este es un espacio que favorece un sistema de gobernanza único para las RISS.¹

ARTÍCULO 62. CONFORMACIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD. Las entidades territoriales, municipios, distritos, departamentos y la Nación, según corresponda, en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud a través de los Concejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, organizarán y conformarán las redes integradas incluyendo prestadores públicos, privados y mixtos que presten los servicios de acuerdo con el Plan de Beneficios a su cargo .

ARTÍCULO 64. ARTICULACIÓN DE LA REDES INTEGRADAS. La articulación de la red estará a cargo de las entidades territoriales en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud, a través de los Consejos Territoriales de la Seguridad Social en Salud; en el caso de los municipios no certificados la entidad territorial será el departamento, sin vulneración del ejercicio de la autonomía de los actores de las redes existentes en el espacio poblacional determinado, buscará que el servicio de salud se brinde de forma

precisa, oportuna y pertinente, para garantizar su calidad, reducir complicaciones, optimizar recursos y lograr resultados clínicos eficaces y costo-efectivos.

A pesar de que la Ley 1438 fue publicada en el 2011, cuando desarrollaron el Plan de Salud Municipal de Medellín 2012 - 2015, no la tuvieron en cuenta, pues aunque la mencionan en repetidas ocasiones, en ningún momento se incluye el Concejo Territorial de Seguridad social en Salud, solo se muestra en la grafica de %Salud en el Hogar . APS+, sin explicación alguna de sus funciones. Se insiste en que para la implementación de las RISS, se debe retomar este tema que es de gran importancia, según lo revisado anteriormente, pues hay que recordar que estos son la articulación y el sistema de gobernanza único de las redes. En la actualidad entonces, se debe concretar que pasara con la CRES, ya que anuncian su posible desaparición y pues redefinir las funciones a nivel nacional del CTSSS. Como mínimo se debe comenzar en Medellín con propuestas de funciones básicas desde la coordinación, articulación y monitoreo de la red.

Siguiendo con la conformación de MALUYA, desde su administración y gobernanza, le damos paso a su interior ya como tal; a quienes la constituyen y hacen parte de cada objetivo a lograr con la red.

ARTÍCULO 63. CRITERIOS DETERMINANTES PARA LA CONFORMACIÓN DE LAS REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD. La reglamentación para la habilitación de las redes integradas de servicios de salud se realizará a partir de los siguientes criterios:

63.1. Población y territorio a cargo, con conocimiento de sus necesidades y preferencias en salud, que defina la oferta de servicios a la demanda real y potencial de la población a atender, tomando en consideración la accesibilidad geográfica, cultural y económica.

63.2. Oferta de servicios de salud existente para la prestación de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, integrando tanto los servicios de salud individual como los servicios de salud colectiva.

63.3. Modelo de APS centrado en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales, raciales y de género.

63.4. Recurso humano suficiente, valorado, competente y comprometido.

63.5. Adecuada estructuración de los servicios de baja complejidad de atención fortalecida y multidisciplinaria que garantice el acceso al sistema, con la capacidad resolutoria para atender las demandas más frecuentes en la atención de la salud de la población a cargo.

63.6. Mecanismos efectivos de referencia y contrarreferencia para garantizar la integralidad y continuidad de la atención del usuario en los diferentes niveles de atención y escenarios intramurales y extramurales.

63.7. Red de transporte y comunicaciones

63.8. Acción intersectorial efectiva.

63.9. Esquemas de participación social amplia.

63.10. Gestión integrada de los sistemas de apoyo administrativo, financiero y logístico.

63.11. Sistema de información único e integral de todos los actores de la red, con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes.

63.12. Financiamiento adecuado y mecanismos de seguimiento y evaluación de resultados.

63.13. Cumplimiento de estándares de habilitación por parte de cada uno de los integrantes de la red conforme al sistema obligatorio de garantía de la calidad.

Para el recurso humano en salud, MALUYA tomara los principios generales del talento humano en salud dispuestos en la Ley 1164 de 2007; equidad, solidaridad, calidad, ética, integralidad, concertación, unidad, efectividad política de Talento Humano en Salud como base para todo el personal. Además de apoyarse en esta cuando sea necesario. También estará Orientada desde los tres componentes fundamentales de política pública de Talento Humano en Salud en discusión; formación, gestión y ejercicio, apoyada en estrategias de concertación, coordinación y generación de información y conocimiento permanente.

ARTÍCULO 64. ARTICULACIÓN DE LA REDES INTEGRADAS. ò La función de coordinación será esencialmente un proceso del ámbito clínico y administrativo, teniendo como objetivos y componentes:

64.1. La identificación de la población a atender y la determinación del riesgo en salud.

64.2. La identificación de factores de riesgo y factores protectores.

64.3. Consenso en tomo a la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud.

64.4. Consenso en tomo al modelo de atención centrado en la intervención de los factores de riesgo y el perfil de la población.

64.5. El desarrollo de un proceso de vigilancia epidemiológica, que incluya la notificación y la aplicación de medidas que sean de su competencia en la prestación de servicios y en la evaluación de resultados.

64.6. La articulación de la oferta de servicios de los prestadores que la conforman y la información permanente y actualizada a los usuarios sobre los servicios disponibles, en el espacio poblacional determinado.

64.7. La garantía de un punto de primer contacto, que serán los equipos básicos de salud, con capacidad de acceder a la información clínica obtenida en los diferentes escenarios de atención y de proporcionarla a estos mismos.

64.8. La coordinación y desarrollo conjunto de sistemas de gestión e información.

64.9. Las condiciones de acceso y los principales indicadores de calidad que se establezcan en el reglamento técnico de la red.

64.10. La coordinación de esquemas de comunicación electrónica, servicios de telemedicina, asistencia y atención domiciliaria y las demás modalidades que convengan a las condiciones del país y a las buenas prácticas en la materia.

La población y territorio a cargo de MALUYA, además de una diagnóstico de salud se presenta a continuación, teniendo en cuenta el Plan de Salud y Desarrollo del Municipio de Medellín.

Medellín es la capital del departamento de Antioquia ubicada en el centro del denominado valle de aburra un estrecho valle de la cordillera central de los andes en donde también se localizan nueve municipios más, conformando el área metropolitana de Medellín. Con una población de 2.393.011 habitantes en 2012 es la segunda ciudad más poblada de Colombia, después de Bogotá.

El área urbana de la ciudad se divide en 6 zonas, estas a su vez se dividen en 16 comunas. Y finalmente las comunas se dividen en 249 barrios oficiales. La zona rural se divide en 5 corregimientos con sus respectivas veredas. Los corregimientos San Antonio de Prado y San Cristóbal, son los corregimientos más poblados de Colombia, con más de treinta mil habitantes cada uno.

Tabla. 1. Distribución según grupos de edades de la población total de Medellín para el año 2011. *Fuente encuesta de calidad de vida Medellín 2011 alcaldía municipal.*

Grupo de edad	Hombres	Mujeres	TOTAL
< 1 Año	15.045	14.501	29.546
De 1 Año	14.914	14.369	29.283
De 2 Años	14.897	14.267	29.164
De 3 Años	14.915	14.212	29.127
De 4 Años	14.982	14.224	29.206
Subtotal 1- 4	59.708	57.072	116.780
De 5- 9	76.873	72.949	149.822
De 10-14	83.807	81.191	164.998
Subtotal 5-14	160.680	154.140	314.820
De 15-19	95.483	91.559	187.042
De 20-24	103.432	100.776	204.208
De 25-29	92.784	98.127	190.911
De 30-34	77.948	88.557	166.505
De 35-39	66.386	79.518	145.904
De 40-44	80.673	95.798	176.471
Subtotal 15-44	516.706	554.335	1.071.041
De 45-49	88.644	107.866	196.510
De 50-54	78.571	98.691	177.262
De 55-59	61.849	77.892	139.741
Subtotal 45-59	229.064	284.449	513.513
De 60-64	47.751	61.453	109.204
De 65-69	31.325	41.785	73.110
De 70-74	23.033	33.165	56.198
De 75-79	16.060	25.170	41.230
80 y Más	15.551	27.289	42.840
Subtotal 60 y Más	133.720	188.862	322.582
Total	1.114.923	1.253.359	2.368.282

Fuente: Proyección de población 2006 -2015. Censo DANE. Municipio de Medellín, 2009

DIAGNOSTICO DE SALUD

En el sistema de seguridad social en Colombia y Medellín se presentan deficiencias estructurales que aun no se corrigen y que generan condiciones de inequidad, ineficiencia y desarticulación de los actores para garantizar el derecho a la salud en forma óptima, afectando el desarrollo humano integral de los

habitantes. Dichas debilidades se reflejan en la presencia de población que no está cubierta en su totalidad por el sistema general de seguridad social en salud; en la incipiente aplicación de los programas de promoción y prevención, que buscan que la población mejore sus condiciones de salud para disfrutar de una vida saludable y contener la aparición de enfermedades; la falta de control por parte del ente rector y la desinformación de la ciudadanía sobre sus deberes y derechos en salud; la desarticulación entre entidades del sector, la débil e ineficiente participación ciudadana en su propio proceso de salud y el deficiente e inadecuado sistema de información que dificulta el conocimiento de la situación de salud para orientar la toma de decisiones.¹

Tabla 2. y 3. Estructura de la población total de Medellín afiliada al sistema de seguridad social según sean régimen subsidiado o contributivo.

Estructura de la población afiliada al régimen contributivo, Medellín 2011

Grupos de edad	Hombres		Mujeres		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
0 - 4	33.823	4,3	34.012	3,9	67.835	4,1
5 - 9	53.743	6,9	51.587	5,9	105.330	6,4
10 - 14	59.286	7,6	56.997	6,5	116.283	7,0
15 - 19	65.916	8,5	65.555	7,5	131.471	7,9
20 - 24	66.631	8,6	71.112	8,1	137.743	8,3
25 - 29	70.656	9,1	74.032	8,4	144.688	8,7
30 - 34	70.344	9,0	75.171	8,6	145.515	8,8
35 - 39	56.068	7,2	62.945	7,2	119.013	7,2
40 - 44	55.233	7,1	63.631	7,2	118.864	7,2
45 - 49	57.608	7,4	68.212	7,8	125.820	7,6
50 - 54	49.594	6,4	61.933	7,0	111.527	6,7
55 - 59	38.290	4,9	51.490	5,9	89.780	5,4
60 - 64	30.996	4,0	41.585	4,7	72.581	4,4
65 años y más	69.775	9,0	100.289	11,4	170.064	10,3
Total	777.963	100	878.551	100	1.656.514	100

Fuente: FOSYGA
Procesamiento: Secretaría de Salud de Medellín

Medellin cuenta actualmente con una población total de 1.656.514 ciudadanos afiliados al régimen contributivo y 580.485 ciudadanos afiliados al régimen subsidiado. según la base de datos cargado en el fosyga y referidos en la el libro de indicadores básicos para el año 2011 realizado por la alcaldía municipal.

**Estructura de la población afiliada al régimen subsidiado.
(Información cargada en BDU¹), Medellín 2011**

Grupos de edad	Hombres		Mujeres		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
0 - 4	16.665	6,4	15.475	4,9	32.140	5,5
5 - 9	27.146	10,4	26.304	8,2	53.450	9,2
10 - 14	30.385	11,6	29.420	9,2	59.805	10,3
15 - 19	33.752	12,9	33.071	10,4	66.823	11,5
20 - 24	20.611	7,9	26.583	8,3	47.194	8,1
25 - 29	17.104	6,5	23.302	7,3	40.406	7,0
30 - 34	14.411	5,5	20.728	6,5	35.139	6,1
35 - 39	12.371	4,7	19.017	6,0	31.388	5,4
40 - 44	14.204	5,4	21.282	6,7	35.486	6,1
45 - 49	16.520	6,3	23.338	7,3	39.858	6,9
50 - 54	15.391	5,9	20.711	6,5	36.102	6,2
55 - 59	13.222	5,1	16.294	5,1	29.516	5,1
60 - 64	9.769	3,7	12.318	3,9	22.087	3,8
65 años y más	19.925	7,6	31.166	9,8	51.091	8,8
Total	261.476	100	319.009	100	580.485	100

Fuente: Secretaría de Salud de Medellín, Sistema de información para el aseguramiento en salud, diciembre de 2011

¹Base de Datos Única de Afiliados

DIAGNOSTICO DE LA OFERTA Y LA DEMANDA.

La infraestructura hospitalaria de la ciudad ha tenido un importante desarrollo. La ciudad cuenta con instituciones de alta complejidad que prestan servicios especializados a la población residente en el municipio, el departamento, otras regiones del país y del exterior, convirtiéndose en un referente internacional. La oferta hospitalaria es suficiente para cubrir las necesidades de la ciudad de Medellín pero se torna deficiente en su capacidad de respuesta para cubrir las necesidades de otras regiones del departamento y del país. El talento humano en salud para algunas especialidades es insuficiente, además su formación no está orientada a las necesidades y propósitos del sector.¹

Actualmente se cuentan en Medellín 1042 instituciones prestadoras de servicios de salud habilitadas. Entre las cuales se encuentran entidades de naturaleza pública, privada y mixta.

Tabla 4, 5, 6 y 7. *Instituciones presentes en Medellín, el tipo de servicio que prestan y como están distribuidas a lo largo del territorio.*

**Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS- habilitadas en Medellín,
según su naturaleza jurídica, junio de 2012**

Naturaleza jurídica de las IPS	Total	%
Privado con ánimo de lucro	819	78,6
Privado sin ánimo de lucro	137	13,1
Pública	82	7,9
Mixta	4	0,4
Total general	1.042	100,0

Fuente: Dirección Seccional de Salud de Antioquia, bases de datos Habilitación. Información preliminar sujeta a ajustes por las continuas novedades que reportan las IPS.

Procesamiento: Secretaría de Salud de Medellín

Se cuenta con un total de 819 IPS privadas con ánimo de lucro, 137 privadas sin ánimo de lucro, 82 públicas y 4 mixtas. Las comunas con mayor número de instituciones prestadoras de servicios de salud son: la candelaria con 312, el poblado con 288 y laureles con 180. Y las que cuentan con el menor número de dichas entidades son los corregimientos de palmitas, AltaVista y santa Elena con un centro de atención y popular y santa cruz con 3 y 2 respectivamente.

**Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS- habilitadas en Medellín,
según su localización por comunas y naturaleza jurídica, junio de 2012**

Comuna de localización de las IPS	Naturaleza jurídica de las IPS				Total general	%
	Privado con ánimo de lucro	Privado sin ánimo de lucro	Pública	Mixta		
Popular	-	-	3	-	3	0,3
Santa Cruz	-	-	2	-	2	0,2
Manrique	2	-	4	-	6	0,6
Aranjuez	9	4	6	2	21	2,0
Castilla	15	3	4	-	22	2,1
Doce de Octubre	1	1	5	-	7	0,7
Robledo	16	8	8	-	32	3,1
Villa Hermosa	6	3	5	-	14	1,3
Buenos Aires	7	3	3	-	13	1,2
La Candelaria	234	53	23	2	312	29,9
Laureles	152	27	1	-	180	17,3
La América	12	9	2	-	23	2,2
San Javier	4	1	5	-	10	1,0
El Poblado	274	12	2	-	288	27,6
Guayabal	10	2	1	-	13	1,2
Belén	76	6	1	-	83	8,0
Correg. Palmitas	-	-	1	-	1	0,1
Correg. San Cristóbal	-	4	2	-	6	0,6
Correg. Altavista	-	-	1	-	1	0,1
Correg. San Antonio de Prado	1	1	2	-	4	0,4
Correg. Santa Elena	-	-	1	-	1	0,1
Total general	819	137	82	4	1.042	100

Fuente: Dirección Seccional de Salud de Antioquia, bases de datos Habilitación. Información preliminar sujeta a ajustes por las continuas novedades que reportan las IPS.
Procesamiento: Secretaría de Salud de Medellín

Para la conformación de la red actualmente se cuenta con aproximadamente 5482 camas divididas en múltiples servicios dentro de los que se destacan el sector privado si ánimo de lucro que aporta 2579 camas de las cuales 1374 son de servicio para adultos. El menor número de camas disponibles se observan para los servicios de cuidado intermedio pediátrico con 14 y cuidado agudo mental con 12. Este último número es insignificante frente a las contingencias en salud mental presentadas en el municipio de Medellín. Es evidente la falta de servicios de salud destinados al componente de salud mental en Medellín.

**Oferta de camas y salas de atención declaradas por las IPS de Medellín,
según su naturaleza jurídica, junio de 2012**

Descripción	Naturaleza jurídica de las IPS				Total general	%	
	Privado con ánimo de lucro	Privado sin ánimo de lucro	Pública	Mixta			
Camas	Adultos	769	1.374	452	524	3.119	54,1
	Pediátricas	131	399	133	32	695	12,1
	Obstetricia	143	188	117	34	482	8,4
	Cuidado intermedio adulto	72	117	29	44	262	4,5
	Cuidado intensivo adulto	91	121	36	32	280	4,9
	Farmacodependencia	-	130	63	-	193	3,4
	Salud mental psiquiatría	59	68	-	-	127	2,2
	Cuidado intermedio neonatal	29	80	39	-	148	2,6
	Cuidado intensivo neonatal	27	35	8	-	70	1,2
	Cuidado intensivo pediátrico	-	24	8	-	32	0,6
	Cuidado intermedio mental	16	-	-	-	16	0,3
	Cuidado intermedio pediátrico	3	11	-	-	14	0,2
	Cuidado agudo mental	12	-	-	-	12	0,2
	Quemados pediátrico	-	15	-	-	15	0,3
	Quemados adultos	-	17	-	-	17	0,3
Total	1.352	2.579	885	666	5.482	95,2	
Salas	Salas de partos	7	10	10	-	27	0,5
	Salas de quirófano	116	103	15	17	251	4,4
	Total	123	113	25	17	278	4,8
Total general		1.475	2.692	910	683	5.760	100

Fuente: Dirección Seccional de Salud de Antioquia, bases de datos Habilitación. Información preliminar sujeta a ajustes por las continuas novedades que reportan las IPS.
Procesamiento: Secretaría de Salud de Medellín

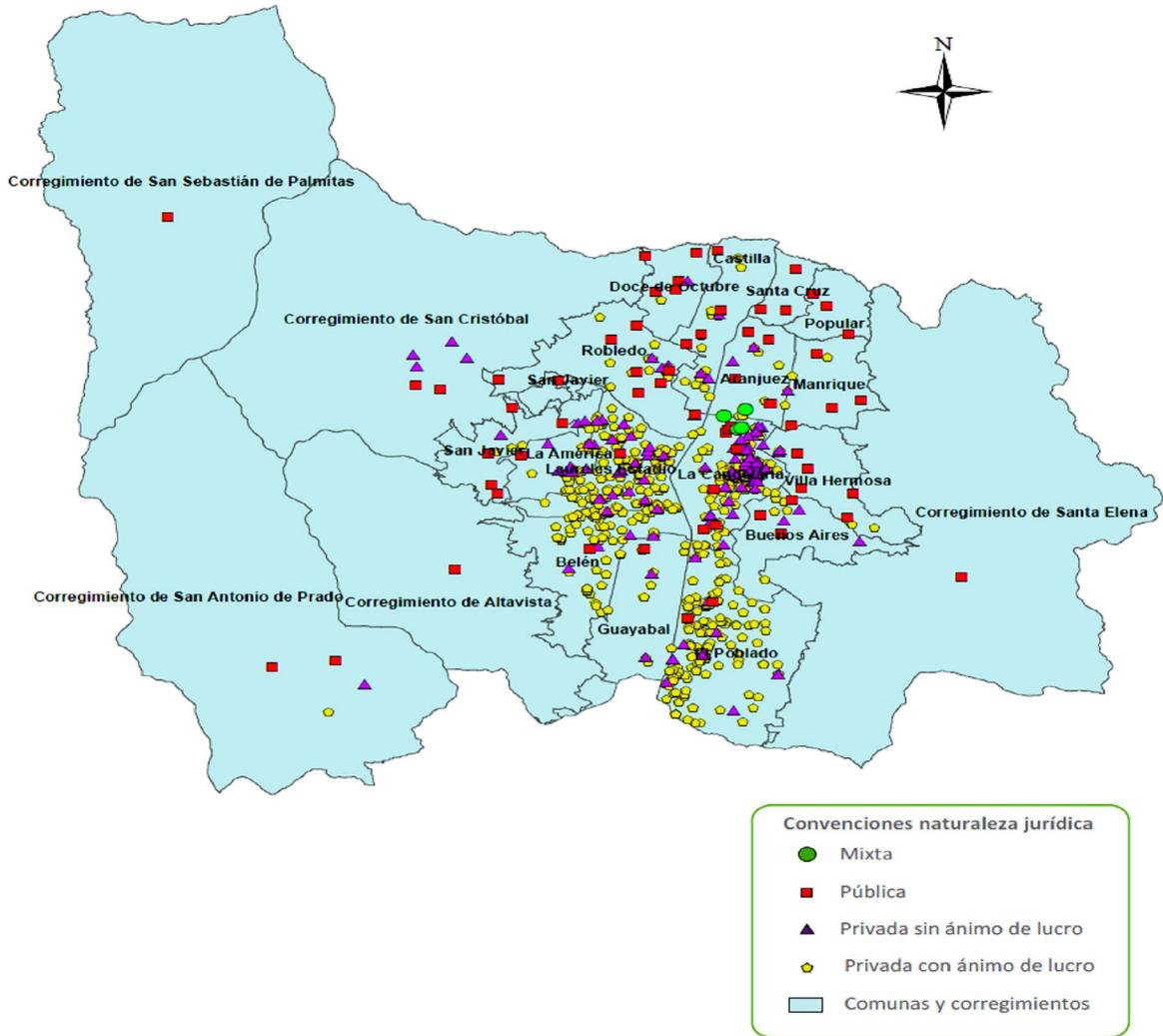
Los profesionales independientes son de gran importancia para la conformación de la red ya que atienden la demanda a de servicios suplementarios e incluso muchas veces básicos a algunos sectores de la población es trascendental conocer su distribución y los servicios que ofrecen para poder estructurar el paquete básico de oferta que debe contener la red. Observamos en la tabla un gran número de profesionales en el área de la odontología con 914 centros de atención en el Municipio seguido por el mismo gremio en el aspecto de ayudas diagnosticas.

Servicio habilitado por el Profesional Independiente	Comuna de ubicación del servicio																	Total General	%			
	Popular	Santa Cruz	Manrique	Aranjuez	Castilla	Doce de Octubre	Robledo	Villa Hermosa	Buenos Aires	La Candelala	Laureles	La América	San Javier	El Poblado	Guayabal	Belén	Correg. San Cristóbal			Correg. San Antonio de Prado	Correg. Santa Elena	Sin Información
Odontología general	2	-	15	19	6	7	12	5	18	311	206	41	5	148	16	89	2	7	-	5	914	18,2
Toma e interpretaciones de radiologías odontológicas	1	-	7	6	4	3	12	3	12	208	163	25	1	123	11	72	2	5	-	2	660	13,2
Medicina general	3	2	3	8	5	6	6	4	6	65	79	12	9	84	7	29	4	3	-	2	337	6,7
Ortodoncia	-	-	1	1	1	1	-	-	3	95	76	6	7	93	2	24	-	1	-	1	312	6,2
Ginecobstetricia	-	-	-	-	-	-	-	5	-	40	7	2	1	98	2	21	-	-	-	-	176	3,5
Oftalmología	-	-	1	-	-	-	-	-	-	79	21	-	-	66	-	8	-	-	-	-	175	3,5
Medicina alternativa terapia alternativa	-	1	-	1	-	-	-	1	1	38	48	7	2	36	-	11	-	-	-	2	148	3,0
Psicología	1	-	-	1	-	-	3	-	-	22	36	6	1	55	1	16	-	1	-	3	146	2,9
Otras consultas de especialidad	-	-	-	-	-	-	8	-	-	24	26	-	-	60	-	13	-	2	-	-	133	2,7
Ortopedia y/o traumatología	-	-	-	-	-	-	15	4	-	23	16	-	-	51	-	17	-	-	-	1	127	2,5
Medicina interna	-	-	-	-	-	-	15	1	-	20	6	-	-	46	-	26	-	-	-	1	115	2,3
Cirugía plástica y estética	-	-	-	-	-	-	1	2	-	8	6	-	-	80	-	10	-	-	-	1	108	2,2
Cirugía general	-	-	-	-	-	-	11	5	-	16	1	-	-	40	-	23	-	-	-	-	96	1,9
Dermatología	-	-	-	-	-	-	1	-	-	12	11	-	-	59	-	10	-	1	-	1	95	1,9
Otorrinolaringología	-	-	-	-	-	-	2	1	-	11	21	-	-	44	-	13	-	-	-	1	93	1,9
Rahabilitación oral	-	-	1	-	-	-	1	-	-	8	27	-	-	49	-	4	-	-	-	-	90	1,8
Odontopediatría	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14	23	1	-	42	1	5	1	-	1	-	88	1,8
Fisioterapia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11	21	3	-	35	1	9	-	-	-	3	83	1,7
Periodoncia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15	14	-	-	35	1	15	-	-	-	-	80	1,6
Pediatría	-	-	-	-	-	-	2	-	-	8	4	1	-	46	-	17	-	-	-	-	78	1,6
Psiquiatría	-	-	-	-	-	-	1	-	-	6	9	-	-	39	-	6	-	-	-	3	64	1,3
Urología	-	-	-	-	-	-	7	2	-	10	2	-	-	31	-	5	-	-	-	-	57	1,1
Endodoncia	-	-	1	-	-	-	-	-	-	7	13	1	-	29	1	2	-	-	-	1	55	1,1
Nutrición y dietética	-	-	-	1	-	-	2	-	2	7	8	3	-	18	1	12	1	-	-	-	55	1,1
Optometría	-	-	1	-	-	2	-	-	1	29	6	1	-	3	-	6	-	-	-	1	50	1,0
Centros y servicios de estética	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	18	1	-	18	-	4	-	-	-	1	45	0,9
Sala general de procedimientos menores	1	-	-	-	-	-	-	1	-	4	13	2	2	19	1	2	-	-	-	-	45	0,9
Otros Servicios	-	-	1	4	5	7	39	14	3	124	69	3	3	221	3	81	6	3	-	2	588	11,7
Total por comunas	8	3	31	41	21	26	138	48	46	1.218	950	115	31	1.668	48	550	16	23	1	31	5.013	100

Fuente: Dirección Seccional de Salud de Antioquia, bases de datos Habilitación. Información preliminar sujeta a ajustes por las continuas novedades que reportan las IPS.
Procesamiento: Secretaría de Salud de Medellín

Grafico 2.

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS- habilitadas en Medellín, según su naturaleza jurídica, junio de 2012



Fuente: Dirección Seccional de Salud de Antioquia, bases de datos Habilitación. Información preliminar sujeta a ajustes por las continuas novedades que reportan las IPS.
Procesamiento: Secretaría de Salud de Medellín

DIAGNOSTICO DE NECESIDADES Y PREFERENCIAS EN SALUD

Es importante el análisis de la dinámica en salud para entender por qué la gente acude a los servicios y cuáles son las patologías de mayor prevalencia que se presentan, con el fin de priorizar los servicios y atender la demanda. Realizar costeos y análisis financieros y dirigir estrategias de promoción y prevención que controlen los factores desencadenantes de dichas contingencias a la salud.

Tablas 8, 9 y 10. Enfermedades más frecuentes por consulta externa y por urgencias y los motivos más frecuentes de contactos con los servicios de salud.

10 Primeros motivos más frecuentes por consulta externa, población total, Medellín 2011 (298 causas CIE 10)	Casos	Porcentaje
--	--------------	-------------------

Todas las edades		
Hipertensión esencial	730.151	11,6
Otros trastornos de los dientes y de sus estructuras de sostén	522.784	8,3
Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	491.615	7,8
Caries dental	193.836	3,1
Diabetes mellitus	188.541	3,0
Otras infecciones agudas de la vías respiratorias superiores	183.420	2,9
Otras dorsopatías	175.626	2,8
Otras enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	165.127	2,6
Trastornos de los tejidos blandos	158.430	2,5
Dolor abdominal y pélvico	125.926	2,0
Otras causas	3.357.340	53,4
Total todas las edades	6.292.796	100

Fuente: Secretaría de Salud de Medellín, Morbilidad por consulta externa. Información RIPS suministrados por las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios EAPB e Instituciones Prestadoras de Salud IPS públicas y privadas, año 2011. Datos preliminares sujetos a revisión y ajuste.

10 Primeros motivos más frecuentes por consulta de urgencias Población total, Medellín 2011 (298 Causas CIE 10)	Casos	Porcentaje
--	--------------	-------------------

Todas las edades		
Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	33.249	13,4
Otros traumatismos de regiones especificadas, de regiones no especificadas y de múltiples regiones del cuerpo	22.209	9,0
Dolor abdominal y pélvico	17.116	6,9
Otras infecciones agudas de la vías respiratorias superiores	9.609	3,9
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	7.929	3,2
Otras complicaciones del embarazo y del parto	7.636	3,1
Faringitis aguda y amigdalitis aguda	7.416	3,0
Otra atención materna relacionada con el feto y con la cavidad amniótica, y con posibles problemas del parto	7.203	2,9
Otras enfermedades del sistema urinario	6.202	2,5
Fractura de otros huesos de los miembros	5.803	2,3
Otras causas	123.767	49,9
Total todas las edades	248.139	100

Fuente: Secretaría de Salud de Medellín, Morbilidad por consulta de urgencias. Información RIPS suministrados por las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios EAPB e Instituciones Prestadoras de Salud IPS públicas y privadas, año 2011. Datos preliminares sujetos a revisión y ajuste.

Es importante analizar que el mayor número de acercamientos que tienen las comunidades en la ciudad es a los programas de promoción y prevención por lo que se sugiere fortalecer el primer nivel de atención, los servicios de urgencias y las estrategias de APS y equipos básicos.

10 Primeros motivos más frecuentes de contactos con los servicios de salud población total, Medellín 2011 (a todas las causas CIE 10)	Casos	Porcentaje
Todas las edades		
Persona en contacto con los servicios de salud en otras circunstancias especificadas	266.299	20,8
Control de salud de rutina del niño	110.681	8,6
Examen médico general	106.406	8,3
Consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepción	79.403	6,2
Supervisión de embarazo de alto riesgo sin otra especificación	75.698	5,9
Examen odontológico	70.229	5,5
Supervisión del uso de drogas anticonceptivas	68.980	5,4
Examen de ojos y de la visión	48.013	3,7
Persona en contacto con los servicios de salud en circunstancias no especificadas	39.108	3,1
Consulta para atención y supervisión de la salud del niño	32.237	2,5
Otras causas	384.282	30,0
Total todas las edades	1.281.336	100

Fuente: Secretaría de Salud de Medellín. Información RIPS suministrados por las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios EAPB e Instituciones Prestadoras de Salud IPS públicas y privadas, año 2011.

1.4 ENTIDADES. Para cada criterio, objetivo y componente de los artículos 63 y 64 MALUYA ha considerado una institución, entidad, unión, referencia, estrategia etc. que garantice el cumplimiento de cada uno de estos criterios; es así como describiremos en qué consiste cada una y como se articula en la red, teniendo muy presente nuestro centro que es el modelo de APS-R. También se debe recordar la importancia de la participación tanto ciudadana como institucional, para la formulación, implementación y funcionamiento de la red en el Municipio de Medellín, es necesario considerar todas aquellas formas organizativas que integran los diferentes entes territoriales y que son una herramienta fundamental para garantizar el carácter de integralidad y coordinación para el trabajo en red, lo cual desde nuestro planteamiento incluirá dentro de sus agregados los siguientes grupos de asociaciones:

ISAP: Instituciones de Salud Pública

De acuerdo con la formulación de la estrategia de APSR y su fundamento en cuanto a la conformación de la red MALUYA, en donde se privilegiaran las acciones de salud pública con el fin de direccionar adecuadamente su alcance,

funcionamiento y las metodologías vinculadas con sus funciones esenciales para consolidar la infraestructura de los servicios de salud pública.

A lo anterior y para definir el trabajo en este campo tomaremos como punto de partida el concepto de Salud Pública formulado por la OPS el cual define: que *és un esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de las instituciones públicas, con el propósito de mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones mediante la acción colectiva*² en este sentido el funcionamiento entre MALUYA y las ISAP, estará orientado a la asesoría y direccionamiento de los casos relacionados con la garantía del acceso equitativo a los servicios, la calidad de la atención y el uso de la perspectiva de salud pública en la reorientación de la prestación de los servicios sanitarios.

Algunas de estas instituciones serán:

- El departamento de salud pública de la secretaria de salud del Municipio de Medellín
- La academia: facultades de salud pública universidad de Antioquia y Universidad CES.
- IMVIMA.

Y demás que quieran hacer parte con propuestas innovadoras en cuanto a programas, políticas y proyectos en salud pública, siempre y cuando cumplan con en el requisito de habilitación.

COVE MUNICIPAL: Comité de vigilancia epidemiología.

Dentro de las alianzas interinstitucionales el Cove Municipal es un ente fundamental para mantener un sistema de información actualizado y que sirva como herramienta para la toma de decisiones y alcances de las acciones, a lo mismo que dé cuenta de la realidad de la situación en salud en el territorio de acción de MALUYA en cuanto al suministro de información.

La anterior estrategia se realizara a través de un proceso lógico y práctico de observación sistemática, activa y prolongada y de evaluación permanente, acorde a la tendencia y distribución de casos de la situación de salud de la población. Esta coordinación permitirá utilizar la información para tomar decisiones de intervención mediante el seguimiento de aquellos eventos o factores determinantes o condicionantes que puedan modificar el riesgo de ocurrencia, a fin de iniciar y completar oportunamente las medidas de control necesarias y que influyen en el estado de bienestar o equilibrio, entre los factores físicos, psicológicos (mentales), sociales y medioambientales de la población.

Entre las principales bases y mecanismos de coordinación e intercambio de información a realizar conjuntamente entre el Cove y la red está las siguientes:

- Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud

- Investigación, control de riesgos y daños en salud
- Establecer programas de educación continua
- Establecer capacitación, asesoría, supervisión y evaluación de los Programas de Vigilancia Epidemiológica en la Entidad.

El Cove municipal es un enlace entre todos los aliados de la red para disponer de la información de manera oportuna, confiable, y preventiva que deberá usarse para la difusión y retroalimentación del sistema.

EBAS: Equipos Básicos de Atención

Elemento fundamental para la implementación de la Atención Primaria en Salud; conformados por talento humano organizado en equipos multidisciplinarios, motivado, suficiente y cualificado.

ARTICULO 15. EQUIPOS BÁSICOS DE ATENCIÓN EN SALUD: El ente territorial, conforme a la reglamentación del Ministerio de la Protección Social, definirá los requisitos óptimos para habilitar la conformación de los Equipos Básicos de Salud, como un concepto funcional y organizativo que permita facilitar el acceso a los servicios de salud en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud. Para la financiación y constitución de estos equipos concurrirán el talento humano y recursos interinstitucionales del sector salud destinados a la salud pública y de otros sectores que participan en la atención de los determinantes en salud.

De acuerdo con el artículo anterior, MALUYA pretende desde su conformación articular con el ente territorial y con los equipos básicos conformados, todas aquellas acciones que conlleven a optimizar y canalizar adecuadamente las necesidades poblacionales en cuanto a la atención en salud, en este sentido se pretende apoyar desde la red las siguientes funciones de estos equipos.

ARTÍCULO 16°. FUNCIONES DE LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD:

- ✓ Realizar el diagnóstico familiar, de acuerdo con la ficha unificada que se defina a nivel nacional.
- ✓ Identificación de riesgo individual, familiar y comunitario de los usuarios por edad, sexo, raza y etnia.
- ✓ Informar sobre el portafolio de servicios de la protección social en salud a las familias de acuerdo a sus necesidades y a las políticas y reglamentación de dichos servicios.
- ✓ Promover la afiliación al sistema, la identificación plena de las familias, de manera, que al identificar una persona no afiliada al sistema se inicie el trámite de afiliación para que puedan acceder a los servicios de protección social.
- ✓ Inducir la demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y aquellos que ocasionen un alto impacto en salud pública.
- ✓ Facilitar la prestación de los servicios básicos de salud, educación, prevención, tratamiento y rehabilitación.

- ✓ Suministrar la información que sirva de insumo para la elaboración de la historia clínica y única obligatoria.

Con esta estrategia de coordinación se da pie para garantizar cobertura a los sectores ubicados en localidades de mayor vulnerabilidad e igualmente manejar un cronograma elaborado de acuerdo con las necesidades presentadas en cuanto a atención integral, cercos epidemiológicos, búsqueda de pacientes con diferentes enfermedades y educación para la salud, todo esto en la vía de enfrentar el desafío fundamental que enfrenta el sistema de salud que es garantizar a todas las comunidades la protección social en materia de salud, reducir las desigualdades y llegar con más cobertura.

A lo anterior la conformación de equipos de salud multidisciplinarios a cargo de poblaciones facilita el acercamiento. Se establece una relación equipo-comunidad que enfatiza una mayor responsabilidad por el autocuidado y el cuidado del entorno, teniendo presente que la comunidad es parte del desarrollo y mejoramiento de la calidad de vida.

1.5. SALUD FAMILIAR

La familia se considera como la principal institución donde el ser humano realiza su proceso de socialización y recibe las bases educativas que le permitan un desarrollo exitoso bio-psico-social y es la principal fuente de apoyo y seguridad durante su vida adulta. Gran parte de los riesgos y de los factores de riesgo para diferentes enfermedades se generan en la familia, sin olvidar el papel terapéutico que ésta ofrece a sus miembros cuando se altera su salud.

Consecuentemente con el direccionamiento de la red MALUYA hacia un proceso participativo, de cobertura, educación entre otros factores de integración y focalización de la atención, la Salud familiar para este proceso se consolida como programa rector del funcionamiento integrado entre la implementación de la APSR con los Equipos Básicos de Atención y las entidades de salud pública, lo cual lleva a determinar que la atención personalizada y mantenida a lo largo del tiempo, permite un conocimiento acumulativo de las personas y familias, desarrollo de vínculos y un compromiso profundo entre la red de salud y su población a cargo.

En este sentido, la continuidad puede ser comprendida, como la respuesta permanente que se otorga a las personas en los distintos puntos de la Red de salud, tanto en los cuidados primarios como especializados, ya sea ambulatorio o no, e independiente del lugar geográfico, en donde el análisis de situaciones de salud familiar y el trabajo en equipo no jerarquizado se consolida como una característica esencial y condición necesaria para nuestro enfoque multidisciplinario, ya que la confluencia de miradas desde diferentes disciplinas aporta a un análisis más integral, no sólo de individuos y familias, sino de la comunidad en su conjunto.

Desde la red se concibe La salud familiar como el resultante de la interacción dinámica interna entre los miembros de la familia y el medio, es susceptible de experimentar cambios a lo largo del desarrollo de la familia, varía en dependencia de la capacidad de la familia para afrontar los acontecimientos propios del ciclo vital o los accidentales, y de los recursos protectores con que cuenta (el funcionamiento familiar, la capacidad de ajuste o de adaptación a los cambios para superar las crisis, el apoyo social, la salud de los miembros, entre otros).

Por tanto no es más que la situación concreta de salud que presenta el conjunto de los miembros, donde interviene, el funcionamiento familiar, la estructura, la forma de enfrentamiento a el modo de vida de la familia (factores socioeconómicos, socioculturales, sociopsicológicos, psicosociales), las potencialidades propias de la familia (recursos protectores) y las del medio (sistema de salud, redes de apoyo). Estos elementos permitirán arribar a la conclusión de la situación específica de la salud familiar que se manifestará en el estado de salud, de riesgo o de daño de la misma.

El modelo de atención propuesto por MALUYA es de carácter integral, familiar y comunitario, entiende que la atención de salud debe ser un proceso continuo que se centra en el cuidado integral de las familias, preocupándose de la salud de las personas antes que aparezca la enfermedad, entregándoles herramientas para su autocuidado.

Su énfasis está puesto en promover estilos de vida saludables, en fomentar la acción multisectorial y en fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria para mejorar las condiciones de salud. En caso de enfermar, se preocupa que las personas sean atendidas en las etapas tempranas de la enfermedad, de modo de controlar su avance y evitar su progresión a fases de mayor daño y de tratamientos más complejos.

Por lo anterior el enfoque de salud familiar desde la red se resume en lo siguiente elementos fundamentales:

- ✓ Centrado en el usuario, facilitando el ejercicio pleno de sus deberes y derechos en salud.
- ✓ Énfasis en lo promocional y preventivo; con enfoque familiar de los cuidados.
- ✓ Integral tanto en la comprensión de los fenómenos, como en las formas de afrontarlos.
- ✓ Garantizar la continuidad de la atención.
- ✓ Trabajo en Red tanto sanitaria como social y que asegure la complementariedad que requieren las necesidades explícitas e implícitas en salud.
- ✓ Apertura a espacios para la participación en salud y la intersectorialidad.

Desde este panorama se pretende contar con la información de las familias en un sector determinado lo cual permite que a través de las fichas familiares y otras herramientas, se puedan establecer el diagnostico de salud de una comunidad

determinada y a partir de allí desarrollar acciones colectivas comunitarias que se soportan con las acciones domiciliarias familiares. De esta forma no solamente se mejora la situación de salud de una familia sino que por medio de los proyectos de intervención comunitaria, es posible atacar problemas de salud que afectan a toda una comunidad como puede ser la desnutrición infantil, el embarazo en adolescentes, el sedentarismo, farmacodependencia entre otros; a su vez que se fomenta la participación comunitaria y la generación de grupos de apoyo como alternativa de factores protectores.

A todo esto resulta importante resaltar que la demanda inducida a programas de salud establecidos por los planes de beneficio y de acuerdo con el tipo de seguridad social de la persona. Se hace seguimiento a sus propios planes, es posible que la demanda inducida, se convierta en demanda efectiva, logrando así una mejor utilización de los servicios de salud y menor carga de enfermedad en la familia+(7).

Por tanto se formula la iniciativa de Contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud y calidad de vida de la población más vulnerable del municipio de Medellín, mediante acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad enmarcadas en el modelo de atención primaria en salud, que permitan que las familias y comunidades intervenidas cuenten con herramientas adecuadas para la modificación de sus factores de riesgo y la adopción de estilos de vida saludables, propiciando su desarrollo humano integral acorde a las exigencias de cada etapa del ciclo evolutivo.

Entre los servicios que las familias intercambian entre sí figura la ayuda en caso de enfermedad y crisis. Esto nos recuerda que es función primordial de la familia el cuidado y la protección de sus miembros enfermos y dependientes, así como en condiciones de salud+(8).

1.6 RED DE EMERGENCIAS Y GEDAPH (*grupo de emergencias desastres y atención prehospitalaria*). Para el establecimiento de las redes integradas de servicios de salud es de suma importancia una articulación efectiva de los actores que participan en cualquier parte del proceso de atención o prestación del servicio. Es así como la red MALUYA propone la integración de los organismos encargados de las emergencias médicas extramurales y la atención y prevención de desastres en el municipio de Medellín. Desde el marco normativo la ley 1438 establece la vinculación no obligada pero si necesaria de dichos actores al sistema de atención con el fin de dar una respuesta más rápida y de calidad a los ciudadanos que sufren una emergencia en algún escenario que requiera atención especial de grupos de rescate. Para nuestro proyecto llamaremos GEDAPH (grupo de emergencias, desastres y atención pre hospitalaria) al ente principal y el enlace con cada uno de los organismos de respuesta (bomberos, defensa civil, sistema de ambulancias, instituciones locales de atención y prevención de desastres etc). Algunos de los aspectos que busca la ley 1438 en los cuales nos parece de suma importancia la participación coordinada de todos los actores

incluido el GEDAPH son el establecimiento de mecanismos efectivos de referencia y contrarreferencia para garantizar la integralidad y continuidad de la atención del usuario en los diferentes niveles de atención y escenarios intramurales y extramurales. Contar con una adecuada red de transporte y comunicaciones. Y que la acción intersectorial sea efectiva. Además el artículo 67 orienta la articulación del sistema de emergencias de la siguiente forma:

ARTÍCULO 67. SISTEMAS DE EMERGENCIAS MÉDICAS. Con el propósito de responder de manera oportuna a las víctimas de enfermedad, accidentes de tránsito, traumatismos o paros cardio respiratorios que requieran atención médica de urgencias, se desarrollará el sistema de emergencias médicas, entendido como un modelo general integrado, que comprende, entre otros los mecanismos para notificar las emergencias médicas, la prestación de servicios pre hospitalarios y de urgencias, las formas de transporte básico y medicalizado, la atención hospitalaria, el trabajo de los centros reguladores de urgencias y emergencias, los programas educacionales y procesos de vigilancia.

El Ministerio de la Protección Social reglamentará, en el transcurso de un año a partir de la vigencia de la presente ley, el desarrollo y operación del sistema de emergencias médicas, que garantice la articulación de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud de acuerdo con sus competencias, incluyendo los casos en los que deberá contarse con personal con entrenamiento básico donde haya alta afluencia de público. Para la operación del sistema se podrán utilizar recursos del programa institucional de fortalecimiento de la Red Nacional de Urgencias

Realizando un análisis de la situación actual de la red de emergencias metropolitana encontramos un andamiaje muy fuerte pero pobremente articulado con los diferentes niveles de atención hospitalaria. Nos enfrentamos a una lucha constante por reducir el tiempo de respuesta de los organismos de la red frente a una eventualidad, pero la atención está siendo limitada al traslado del paciente a cualquier centro asistencial no importando si este cuenta o no con la infraestructura tecnológica o recurso humano suficiente. O sin prever la ocupación del mismo. Por lo que un tiempo de respuesta rápido se esfuma frente al tiempo de espera del paciente para ser atendido.

Bajo este panorama pareciera que la red de urgencias hospitalarias fuera el cuello de botella en el ciclo de atención de emergencias medicas, pero no necesariamente lo es, basta con que la comunicación sea eficiente y las rutas de enlace operativo estén disponibles, para que se trabaje de forma organizada y articulada, para que el paciente haga parte de un único ciclo de atención y no de ciclos diferentes, situación que se evidencia en la actual fragmentación de la atención en salud.

Dado que la estructura de atención pre hospitalaria en Medellín es muy buena MALUYA solo propone articulación efectiva, por medio de un enlace operativo diferente a los CRUE (centros reguladores de urgencias y emergencias) o el NUSE123 (numero único de seguridad y emergencia). Tan pronto como se active

el sistema de emergencia por parte de algún grupo de atención o un organismo de la red. De inmediato debe activarse también el GEDAPH quien al localizar geográficamente el sitio del accidente comenzara a gestionar el número de hospitales disponibles cerca del sitio de la eventualidad, Capacidad y tecnología instalada, disponibilidad de recurso humano y rutas viables para el recorrido. Posterior a esto y tras la valoración de los equipos de auxilio al paciente según la gravedad de su estado de salud GEDAPH definirá el sitio al que debe ser transportado y deberá gestionar ante el hospital elegido la recepción del paciente. Al reducir el tiempo de espera de los pacientes y al realizar la gestión de la atención el sistema fluirá de una manera más ágil y no se colapsara un solo servicio de urgencias como pasa actualmente.

Paralelo a esto el sistema de referencia y contrareferencia debe estar activado también por medio del GEDAPH. Nuestra red propone contar con la capacidad ociosa que poseen los organismos de emergencias. Con respecto a el transporte de pacientes. Ya que actualmente solo se cuenta para esto con la capacidad instalada de METROSALUD o de cada EPS y es evidente la falta de medios para movilizar los pacientes entre centros de atención cuando requieran otro tipo de servicio.

A pesar de que se cuenta con una red muy fuerte en emergencias, algunos actores del sistema piensan que la ciudad no está preparada para una catástrofe o un evento de emergencia de alta magnitud. Lo cual es preocupante ya que no estamos libres de que suceda algo así. Dándole orden y prioridades a las atenciones podremos optimizar al máximo la red de emergencias y urgencias medicas, además, los GEDAPH mas que un grupo de enlace operativo permite constantemente realizar un diagnostico del sistema ya que permanentemente evalúa las capacidades en todos los campos de las IPS de la ciudad relacionados con la atención de urgencias y emergencias medicas.

Los GEDAPH no quitaran funciones a ninguna organización de la red de emergencias ya que participa como enlace con el fin de facilitar la prestación del servicio, evitar congestiones y agilizar el proceso de atención.

Consideramos óptimas las funciones del CRUE y el 123 pero con nuestra propuesta el GEDAPH será un puente para que se optimice el proceso de control de eventualidades extramurales y aliviar un poco la referencia y contra referencia del sector salud.

1.7. FINANCIAMIENTO DE LA RED MALUYA. La red MALUYA por medio de su dirección principal establecerá los convenios y/o contratos con las entidades responsables de pago del Sistema General de Seguridad Social en Salud para garantizar la atención integral en salud de los habitantes adscritos. Se debe negociar con los responsables del pago una cápita ajustada por riesgo. Los recursos se distribuirán de acuerdo con la oferta y producción de servicios convenidas para cada uno de los integrantes de la red. Es importante articular un sistema de costeo general (sugerimos un costeo por procesos basado el protocolos de atención) y un modelo de procesos de compra con economía de escala para la adquisición de medicamentos, insumos, equipos y dispositivos médicos. Igualmente para el mantenimiento y reparación de equipos. De esta

forma será mucho más fácil y económico asumir los costos de producción de los servicios.

El análisis financiero no debe solo enfrentarse a la estructuración y control de costos para la producción del servicio sino también optimizar los gastos administrativos y de dirección, debe buscarse cooperación interinstitucional, controlar reprocesos o funciones análogas entre funcionarios. La capacitación del talento humano es un factor sumamente importante y nunca debe ser visto como un gasto, ya que el personal informado y con conocimiento de sus funciones se vuelve más eficiente. También es importante considerar muy bien las rotaciones de personal ya que la capacitación a pesar de ser una inversión es en ocasiones costosa.

La sostenibilidad financiera y la calidad de la prestación de servicios de la red puede depender directamente entre otros aspectos, al sistema de información implementado se realizara la creación de una plataforma virtual corporativa que permita acceder a información relevante precisa verídica y oportuna tanto de servicios de salud y de salud pública como de gestión administrativa. En la plataforma virtual se podrá encontrar disponible la normatividad interna, las guías de atención integral en salud que deberán seguir los equipos de salud de los diferentes niveles y profesiones, los indicadores estratégicos, operativos y de monitoreo destinados a medir el comportamiento de la red y cualquier información indispensable o importante para el correcto operar de los procesos de la red.

Las disposiciones legales que deben ser consideradas para el financiamiento de la red MALUYA son las siguientes.

Es necesaria que sea considerada la asignación del recurso público de SGP planteado en la Ley 715 con el fin de que la distribución de dicho rubro incluya el funcionamiento de la red y las nuevas acciones que esta demande para la protección social. Esta asignación puede ser modificada siguiendo los lineamientos de la CPN artículos 356 y 357 donde se plantea que el financiamiento de la RISS está relacionado en parte con la voluntad del gobierno nacional, a través del congreso como órgano legislativo, para consolidar la concurrencia de los recursos del orden nacional con los del orden departamental y municipal para garantizar la continuidad del servicio público de la atención en salud.

Las rentas cedidas será también un rubro que puede producir un alivio económico para la conformación de la red, es importante que los entes territoriales del orden departamental organicen de manera clara el gasto de los ingresos provenientes de juegos de azar y licores y busque una manera equitativa para su distribución en las redes que operen bajo su territorio.

Los entes territoriales que tengan a cargo la red deben considerar las nuevas competencias que se han adicionado en el artículo 5 de la ley 1438 del 2011 (22), en relación con los planes bienales de inversiones públicas para la prestación de los servicios de salud, de conformidad con lo que determine el ministerio de la protección social, de acuerdo con la política de prestación de servicios de salud y para el diseño y aplicación de los indicadores de los logros en salud por parte de todos los actores del sistema general de seguridad social en salud.

El artículo 6 de la ley 1438, establece los planes decenales de salud pública que deberán constituirse con la conducción del ministerio, en un proceso de participación social y en el marco de la estrategia de atención primaria en salud. El plan definirá los objetivos, las metas, las acciones, los recursos, los responsables sectoriales, los indicadores de seguimiento y los mecanismos de evaluación. La red MALUYA se convertirá en instrumento fundamental para el logro de los objetivos y metas incluidos en el plan decenal de salud pública.

Las acciones de salud pública que deberán estar a cargo de las instituciones del primer nivel de integrantes de las RISS, de una entidad adscrita a la red especializada en salud pública, o ambas, que sería la propuesta de la red MALUYA. En coordinación con los entes territoriales y en el marco de la estrategia APS, deben financiarse entre otros rubros, con los recursos establecidos en el artículo 41 de la ley 1438 del 2011(22), a saber:

- Recursos del componente de salud pública del sistema general de participaciones del que trata ley 715 de 2001;
- Recursos de la unidad de pago por capitación destinados a promoción y prevención del régimen subsidiado y contributivo que administran las entidades promotoras de salud;
- Recursos de la subcuenta de promoción y prevención del FOSYGA;
- Recursos de promoción y prevención que se destinen del seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT), que se articulan a la estrategia de atención primaria en salud;
- Recursos que destinen y administren las aseguradoras de riesgos profesionales para la promoción y prevención, que se articulan a la estrategia de atención primaria en salud;
- Recursos del presupuesto general de la nación para la salud pública;
- Recursos que se destinen del cuarto (0,25) de punto de las contribuciones parafiscales de las cajas de compensación familiar para atender acciones de promoción y prevención en el marco de la estrategia de atención primaria en salud. Cuando estos recursos se utilicen para estos fines, un monto equivalente de los recursos del presente numeral se destinara al régimen subsidiado, con cargo al numeral 1 del artículo 41;
- Otros recursos que destinen las entidades territoriales.

Debe fortalecerse los mecanismos de inspección, vigilancia y control sobre los recursos destinados al interés social y al servicio público de salud, para evitar sus desviaciones hacia otros fines por parte de las entidades responsables del aseguramiento, de tal manera que los recursos del sector se apliquen efectivamente para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud de la población.

La red no puede cometer un error tan básico como iniciar sus funciones con entidades inviables económicamente o en proceso de intervención. Debe en lo posible tratar de sanearlas. Para esto debe tramitarse un proceso a través del fondo de salvamento y garantías para el sector salud (FONSAET), creado mediante el artículo 50 de la Ley 1438 de 2011. Al respecto, expresa dicho artículo: *“Su objeto será asegurar el pago de las obligaciones que no fuere posible pagar por parte de las empresas sociales del estado, intervenidas por la superintendencia nacional de salud, se financiara hasta el 20% del gasto operacional; en el caso de las empresas sociales del estado liquidadas, se pagara hasta el monto que determine el ministerio de la protección social”*. Y añade: *“Este fondo podrá comprar o comercializar la cartera de las entidades intervenidas o en liquidación. También podrá hacer esta operación para evitar la intervención o liquidación”*. Los gobiernos nacional y departamental deben detener el cierre de servicios e instituciones *“no rentables”*, como los que garantizan la salud materno infantil mediante incentivos a los prestadores para mantener y mejorar la oferta de este servicio público esencial para alcanzar los objetivos del desarrollo del milenio. Adicionalmente, debe trabajarse por la apertura y sostenibilidad de servicios cercanos al lugar donde transcurre la vida, a las familias y a los ciudadanos, financiando acciones de equipos básicos de salud orientados a satisfacer la demanda sobre la base de la mayor cercanía posible al lugar de la residencia.

Debe desarrollarse un sistema de contratación y pago de servicios a las RISS basada en el modelo de pago per cápita ajustado por riesgo, que enfatice la responsabilidad del primer nivel con la gestión de la salud de la población asignada. La modificación de las formas de pago en el sector debe centrarse en la dignidad de las acciones de los equipos gestores de salud, reorganizando los servicios para una sociedad con futuro. Las RISS deben establecer formas de pago a las IPS y de estas a el personal de salud con una lógica que privilegie la vida la promoción y los servicios clínicos que detectan en forma precoz los riesgos y actúan sobre los individuos y las comunidades de su territorio, con oportunidad, continuidad pertenencia y seguridad.

En el sector es importante impulsar un sistema de incentivos medido por la capacidad de las instituciones para mejorar la calidad de vida de las personas a cargo, creación de espacios saludables; a la detección y reducción de contingencias que afecten la vida. Por lo tanto, debe reordenarse la forma de pago de los servicios ambulatorios y hospitalarios para salir de la trampa de la rentabilidad financiera y saltar a las formas de remuneración para equipos de salud que logran resultados en protección y fomento de la salud, curación y rehabilitación fundamentados en protocolos de atención.

Las RISS deben implementar un tablero unificado de gestión, con indicadores financieros adecuados para la toma oportuna de decisiones que atiendan las necesidades de la población y las necesidades de desarrollo, de cada una de las instituciones que la integran. La posibilidad de tener mejores estados financieros con la sumatoria de presupuestos de los integrantes de la red les garantiza un

apalancamiento que les permita tener inversiones en infraestructura, dotación y mantenimiento con base en un diagnóstico de necesidades que permitan llenar los vacíos en la oferta de la red (23).

El crecimiento de la capacidad instalada debe planificarse con base en la actualización permanente de los estudios de oferta y demanda atendiendo las modificaciones del perfil epidemiológico.

La gestión contable y presupuestal de la red deberá estar ligada a lo expresado en relación con la gestión financiera en términos de indicadores y de manejo de la información. Siendo la junta directiva de la red quien evalúe los procesos financieros.

CONCLUSIONES

- Para llevar a cabo una verdadera Red Integrada de Servicios de Salud es obligatorio tener; la portabilidad nacional, universalización del aseguramiento y la articulación de los sistemas de información. Al principio debe de salir costoso, pero es una inversión necesaria y a largo plazo se recuperara, con todos los problemas y desordenes que se evitarían.
- Se identifico que el problema del sector salud no es de recursos, pues estos han crecido en forma sostenida muy por encima de la inflación. El problema está en la estrategia y la administración que tiene el mismo. Se debe reorganizar y que mejor manera que con una Red Integrada de Servicios de Salud, basada en APS, que ajuste este modelo de aseguramiento que se tiene y logre consolidarlo, ya que ha mostrado buenos resultados durante el tiempo que lleva.
- Nos enfrentamos a factores limitantes que deben ser analizados para la correcta conformación del sistema de información como: la gestión fragmentada del sistema de información, que impide tener una caracterización adecuada de la población y de la oferta de servicios de salud.
- Se debe promover la Salud Familiar como estrategia primaria para afrontar los acontecimientos adversos y superar los riesgos.
- A pesar de los logros en materia de aseguramiento en la ciudad de Medellín es importante seguir avanzando en el acceso real a los servicios. Llevar la salud a las cercanías de la población por medio de APS y fomentar espacios saludables para toda la comunidad.
- La oferta actual de los servicios de salud se encuentra muy centralizada, a pesar de esto, es suficiente para la demanda interna, pero debe fortalecerse para lograr avances en materia de exportación de servicios de salud a otras regiones de Colombia y el mundo.
- Las instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza jurídica privada y los profesionales independientes del área de la salud son de suma importancia para la configuración efectiva de la red, por lo cual deben vincularse en distintos grados de participación.
- Es importante tener claridad sobre las preferencias en salud de la población y la dinámica de los procesos de atención con el fin de garantizar oferta real y oportunidad de atención sobre las principales contingencias que afectan la salud de los ciudadanos de Medellín.

- El financiamiento de la red debe basarse en los aspectos legales vigentes sin embargo, el legislativo debe permitirse modificaciones que vayan en pro de la política de redes integradas de salud haciendo flexibles algunas carteras ya con destinación específica.

RECOMENDACIONES

- Consolidar la red integrada de servicios de salud para la ciudad de Medellín, mejorar de la capacidad resolutive en la prestación de servicios de baja complejidad y de urgencias, así como el mejoramiento en la calidad de la prestación de los servicios.
- Identificar, promover y facilitar la participación ciudadana organizada en todas las etapas del proceso y fundamentalmente en las acciones de control social, entre ellos: Ligas de consumidores, asociaciones de usuarios, Consejos Consultivos.
- Analizar la distribución y oferta de los actuales prestadores de servicios de salud con base en número de habitantes, necesidades y preferencias de los usuarios.
- Un portal nacional de salud donde confluyan todos los aspectos informativos pertenecientes a la atención en salud de todos los ciudadanos del territorio nacional y así lograr el desarrollo del sistema de información.
- Seguir avanzando el clúster de salud con el fin de proyectar a Medellín como una de las ciudades más visitadas en materia de servicios de salud.
- Se sugiere fortalecer la articulación efectiva entre los prestadores por medio de un sistema único de información en salud y una plataforma virtual institucional.
- El modelo de pago a los prestadores debe realizarse de manera ágil, oportuna y suficiente se sugiere la implementación de un pago per cápita con ajuste de riesgo.
- Se recomienda el saneamiento económico a entidades que conforman la red mediante las herramientas dispuestas por el gobierno central.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Panamericana de la Salud. **Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas**+Washington, D.C.: OPS, © 2010(Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No.4). Pág. 16 . 17.
2. Gillies,RR, Shortell, SM, Young GJ (1997). Best practices in managing organized delivery systems. *Hospital & health services administration* 1997;42(3):299-321.
3. Ham Ch (2007). Clinically integrated systems: the next step in English health reform? Briefng Paper.The Nuffeld Trust.
4. Vázquez Navarrete ML, Vargas Lorenzo I (2007). Organizaciones Sanitarias Integradas: un estudio de casos. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya.
5. Modificado de Shortell, SM; Anderson DA; Gillies, RR; Mitchell JB; Morgan KL. Building integrated systems: the holographic organization. *Healthcare Forum Journal* 1993;36(2):20. 6.
6. Londoño, Velásquez. Luis, Eliseo. RELATORIA DEL II FORO IMPLEMENTACION DE REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD . RISS 26 Y 27 DE ABRIL DE 2012. [Libro en línea] Disponible desde Internet en: <<http://www.cohan.org.co/content/43/img2/relatoria.pdf>> [Con acceso el 11 de julio de 2012].
7. SALUD FAMILIAR COMO MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD, BAJO EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL COLOMBIANO. CONCEPTUALIZACIÓN, ORGANIZACIÓN Y PRÁCTICAS DE ATENCIÓN. [Artículo en línea]. Disponible desde Internet en: <asmedasantioquia.org/eventos/salud-familiar.doc> [Con acceso el 2 de agosto de 2012].
8. Organización Panamericana de la Salud. ANÁLISIS DEL SECTOR SALUD: UNA HERRAMIENTA PARA VIABILIZAR LA FORMULACIÓN DE POLÍTICAS. LINEAMIENTOS METODOLÓGICOS. Washington, D.C.: OPS, © 2005. [Libro en línea]. Disponible desde Internet en: <http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/OPS_USAID_analisis_sector_salud_herramienta_formulacion_politicas.pdf> [Con acceso el 19 de agosto de 2012].
9. Organización Panamericana de la Salud. **La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)**+ Washington, D.C.: OPS, © 2007. 48 p. ISBN 92 75 32699 1.

- 10.** El MUNDO.com. Infraestructura hospitalaria sigue en emergencia. Jueves 29 de enero de 2011. [Artículo en línea]. Disponible desde internet en: <http://www.diariosalud.net/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=21376> [con acceso el 24 de septiembre de 2012].
- 11.** Secretaria de Salud, Gobernación del Valle del Cauca, Colombia. Los CRUE en Colombia. [Artículo en línea]. Disponible desde internet en: http://www.cruevalle.org/web/index.php?option=com_content&view=article&id=14:what-is-the-ftp-layer-for > [con acceso el 24 de septiembre de 2012].
- 12.** Technology Review.es. Published by MIT. Tecnología y coordinación para multiplicar los ojos de la seguridad urbana. [Artículo en línea]. Disponible desde internet en: <http://www.technologyreview.es/printer_friendly_article.aspx?id=40966> [con acceso el 24 de septiembre de 2012]
- 13.** Ministerio de la Protección Social, Colombia. Resolución 1220 de 2010, abril 13; Por la cual se establecen las condiciones y requisitos para la organización, operación y funcionamiento de los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres, CRUE. Bogotá: El Ministerio; 2010 [Artículo en línea]. Disponible desde internet en: <<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=39321>> [con acceso el 24 de septiembre de 2012].
- 14.** González Toro Rafael. Red de emergencias atiende a Medellín. El Colombiano. 2012 sep. 24; [Artículo en línea]. Disponible desde internet en: http://www.elcolombiano.com/BancoConocimiento/R/red_de_emergencias_atiende_a_medellin/red_de_emergencias_atiende_a_medellin.asp > [con acceso el 27 de septiembre de 2012].
- 15.** Alcaldía de Medellín. Salud en el Hogar. [Libro en línea] Disponible desde Internet en: <<http://www.medellin.gov.co/irj/portal/ciudadanos>> [Con acceso el 11 de septiembre de 2012].
- 16.** Alcaldía de Medellín. SALUD EN EL HOGAR, un programa para las familias más desprotegidas; [Artículo en línea] consultado el 11 de septiembre de 2012, Disponible desde Internet en: <www.metrosalud.gov.co/> [Con acceso el 11 de septiembre de 2012].
- 17.** Elsa, Zapata. Marta. Seminario Taller "Derecho a la salud, atención primaria de salud integral y protección social de la salud en la Agenda política y social de América Latina", Mesa de la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, "Hacia dónde va la APS en Colombia, 2009; [Internet]. Disponible desde Internet en: <www.alames.org/documentos/aps.htm> [Con acceso el 12 de septiembre de 2012].

18. Gobernación de Antioquia, Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS, Dirección Seccional de Salud de Antioquia. «Gestión de las experiencias MANA, APS y AIEPI, Antioquia hacia la protección social y el desarrollo humano» Medellín, Antioquia. 2008, [libro en línea]. Pág. 36-39 . Disponible desde Internet en: <www.libreroonline.com ' Libros de Colombia > [Con acceso el 15 de septiembre de 2012].

19. Castañeda, Carlos; Fonseca, Milena; Núñez, Jairo; Ramírez, Jaime; Zapata, Juan Gonzalo. LA SOSTENIBILIDAD FINANCIERA DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO, - Dinámica del gasto y principales retos de cara al futuro-. Fedesarrollo. Bogotá D.C., Colombia. La Imprenta Editores S.A. Julio de 2012.

20. Alcaldía de Medellín. Proyecto de acuerdo 017 Plan de desarrollo municipal de Medellín «un hogar para la vida» [Libro en línea]. Disponible desde internet en: <http://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpccontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Plan%20de%20Desarrollo/Secciones/Publicaciones/Documentos/PlanDesarrollo2012-2015/2012-05-26_Pliego%20de%20Modificaciones%2002_S.pdf> [con acceso el 24 de octubre de 2012]

21. Alcaldía de Medellín, Indicadores básicos 2011 situación de salud en Medellín. [Libro en línea]. Disponible desde internet en: <<http://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpccontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Salud/Secciones/Plantillas%20Gen%20C3%A9ricas/Documentos/2012/Libro%20de%20Indicadores%20B%20C3%A1sicos%202011.pdf>> [con acceso el 24 de octubre 2012]

22. Congreso de la republica, Colombia. *LEY 1438 DE 2011 Enero 19.* Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. [Artículo en línea] disponible desde internet en: <<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=41355>> [con acceso el 25 de octubre de 2012].

23. Cooperativa de Hospitales de Antioquia (COHAN); Asociación de Empresas Sociales del Estado de Antioquia (AESA); Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia (UdeA). «Redes Integradas de Servicios de Salud. Una aproximación desde Antioquia» Medellín, Antioquia. Primera edición; Abril de 2012. Machas Litografía. Medellín, Colombia.

24. Gobierno de Chile, Subsecretaria de Redes Asistenciales. REDES ASISTENCIALES EN CHILE, Redes Integradas de Servicios de Salud. [Presentación Internet]. Disponible desde Internet en: <http://www.chccsalud.cl/archivos/blog/jornada11/17_11/17_11_03.pdf> [Con acceso el 19 de octubre de 2012].

25. Gobierno de Chile, Ministerio de salud. Servicios de Salud. [Información en Línea] Disponible desde Internet en:

<http://www.minsal.gob.cl/portal/url/page/minsalcl/g_conozcanos/g_subs_redes_a_sist/servicios%20-%20funciones.html> [Con acceso el 19 de octubre de 2012].

26. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud; División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud; Organización Panamericana de la Salud. PERFIL DEL SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD DE COSTA RICA. 1ra. edición, 2 de febrero de 1999. 2da. edición, 27 de mayo de 2002. [Artículo en Línea]. Disponible desde Internet en: <<http://new.paho.org/hss/documents/perfildelsistemadesaluddecostarica-ES.pdf>> [Con acceso el 19 de octubre de 2012].

27. Rodríguez, Vega. Eugenio. COSTA RICA EN EL SIGLO XX. Tomo II. edit. universidad estatal a distancia 2004. Costa Rica. [Libro de Internet]. Disponible desde Internet en: <books.google.com.co/books?isbn=9968313823> Pág. 227-228. [Con acceso el 20 de octubre de 2012]

28. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), Rede Unida, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Associação Paulista de Saúde Pública (APSP), Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). UNA AGENDA ESTRATÉGICA PARA LA SALUD EN BRASIL. Disponible desde Internet en: <<http://www.alames.org/documentos/agendabrasilesp.pdf>> [Con acceso el 25 de octubre de 2012]

29. García, Fuentes. Beatriz; Díaz, Molina. Zabrina. SISTEMA DE SALUD EN BRASIL, Maestría en Planeación y Administración de los Servicios de Salud Pública. [Presentación en Línea]. Disponible desde internet en: <<http://www.slideshare.net/zadimo13/sistema-salud-brasil>> [Con acceso el 25 de octubre de 2012]

30. Sistema Nacional de Salud. [Pagina en Línea]. Disponible desde internet en: <http://www.ecured.cu/index.php/Portal:Salud_en_Cuba> [Con acceso el 23 de octubre de 2012].

31. Domínguez, Alonso. Emma; Zacca. Eduardo. Sistema de salud de Cuba, [Artículo en Línea]. Disponible desde Internet en: <<http://bvs.insp.mx/rsp/files/File/2011/vol%2053%20suplemento%202/12Cuba.pdf>> [Con acceso el 25 de octubre de 2012].

32. Algunos datos sobre el Sistema Nacional de Salud en México. [Artículo en Línea]. Disponible desde Internet en: <<http://reddeacceso.org/2011/09/07/algunos-datos-sobre-el-sistema-nacional-de-salud-en-mexico/>> [Con acceso el 25 de octubre de 2012].

- 33.** Gobierno del Estado de México. Redes Integradas de Atención a la Salud para el periodo 2012 . 2030. [Artículo en Línea]. Disponible desde Internet en: <<http://salud.edomexico.gob.mx/html/RIAS2012.htm>> [Con acceso el 20 de octubre de 2012].
- 34.** Levcovitz, Eduardo. DINÁMICA DE CAMBIO DE LOS SISTEMAS DE SALUD DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: HACIA LAS REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS. [Presentación en Línea]. Disponible desde Internet en: <<http://www.slideshare.net/seisgaveros/hacia-redes-integradas-de-servicios-de-salud>> [Con acceso el 24 de octubre de 2012].
- 35.** Levcovitz, Eduardo. 4º Curso Internacional de Desarrollo del Sistema de Salud-Nicaragua, 2009. REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD. [Presentación en Línea]. Disponible desde Internet en: <[http://new.paho.org/hss/documents/events/nicaragua09/Provision Redes Integradas Serv Salud-OPS-Eduardo Levcovitz.ppt#575,2,Diapositiva 2](http://new.paho.org/hss/documents/events/nicaragua09/Provision%20Redes%20Integradas%20Serv%20Salud-OPS-Eduardo%20Levcovitz.ppt#575,2,Diapositiva%202)> [Con acceso el 24 de octubre de 2012].
- 36.** Xunta de Galicia. Creación de una Red Integrada de Laboratorios de Salud Pública. 2008-2011. [Artículo en Línea]. Disponible desde Internet en: <<http://www.sergas.es/Docs/DXSP/CreaRedeLabsSP.pdf>> [Con acceso el 22 de octubre de 2012].
- 37.** Castro, Hoyos. Carlos Eduardo. Salud y seguridad social: un breve comparativo de cinco países de América Latina. FRIEDRICH EBERT STIFTUNG. EN COLOMBIA FESCOL. Julio de 2012. [Artículo en Línea]. Disponible desde Internet en: <<http://library.fes.de/pdf-files/bueros/kolumbien/09229.pdf>> [Con acceso el 23 de octubre de 2012].