

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD

TRABAJO INVESTIGATIVO

COSTOS ADICIONALES EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS RIAS EN EL
DEPARTAMENTO DEL CAUCA

PRESENTADO A:

RICHARD NELSON ROMAN MARIN

PRESENTADO POR:

ANGELLI DANIELLY MERA

CAROLINA MARIN BASTIDAS

ELIZABETH RUIZ RIVERA

TERESA PALECHOR CAICEDO

POPAYAN, MARZO DE 2018

INDICE

1. Introducción.....	3
2. Planteamiento del problema.....	4
2.1 pregunta problema.....	4
3. Antecedentes.....	5
4. Justificación.....	7
5. Objetivos	
5.1 Objetivo General.....	8
5.2 Objetivos específicos.....	9
6. Marco teórico	
6.1 Las RIAS.....	12
6.2 Los grupos de riesgo priorizados por el MSPS para la elaboración de rutas integrales de atención en salud son los siguientes.....	13
6.3 Las RIAS están constituidas por tres tramos.....	15
6.4 Promoción y mantenimiento de salud.....	16
6.5 El objetivo de las RIAS.....	20
6.6 Tres tipos de RIAS.....	21
6.7 Las RIAS incluyen 4 segmentos del continuo de la atención.....	22
6.8 Alcance de las RIAS.....	22
7. Resultados.....	24
8. Cronograma.....	25
9. Conclusiones.....	26
10. Recomendaciones.....	27
11. Glosario.....	28
12. Bibliografía.....	29

1. INTRODUCCIÓN

Desde hace varios años ha sido evidente la crisis del sistema de salud en Colombia, no solo como consecuencia de las crecientes necesidades de recursos financieros para la atención de la población, sino por las dificultades para que esta, equitativamente y con independencia de su nivel de ingresos, acceda a servicios de buena calidad. La baja calidad se refleja, también, en que desincentiva a los individuos para acudir oportunamente al médico y muchos lo hacen cuando ya su enfermedad se ha agravado, lo cual implica congestión en los departamentos de urgencias de los hospitales, mala atención y costos altos en la prestación del servicio.

A ello se suma que, en Colombia, las enfermedades crónicas se han convertido en la principal causa de morbilidad y mortalidad, aunque las enfermedades infecciosas continúan prevaleciendo en regiones apartadas del país y afectadas por la violencia. Por definición, la enfermedad crónica implica mayores costos en su tratamiento y afecta en mayor grado a una población que envejece y tiene la expectativa de una más larga vida. Los problemas anteriores se mitigarían en buena parte si se lograra implantar realmente en Colombia un modelo de atención primaria en salud, que contemplara e incorporara el conocimiento de la forma como viven las familias y se centrara en la prevención y la promoción de la salud pública.

Toda la población residente en el territorio colombiano tiene derecho a recibir las atenciones que hacen parte de la ruta para la promoción y mantenimiento de la salud durante todo su curso de vida, que incluye intervenciones poblacionales, colectivas e individuales como la valoración y detección temprana de alteraciones del estado de salud, la protección específica y la educación para la salud.

Con esta investigación se busca que la RIAS nos beneficie en cuanto al derecho de salud de las personas, familias y comunidades, como sujetos responsables del cumplimiento de deberes que les permite mantener su salud y potenciar su desarrollo.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Colombia existen diferentes políticas en el sector salud que garantizan el bienestar a la población y una adecuada prestación de los servicios de salud, pero cuando estas políticas no funcionan el estado está obligado al re direccionamiento de las políticas públicas ya existentes o a la implementación de normas que permitan que las personas puedan vivir en comunidad y en entornos realmente saludables con una atención integral.

En cumplimiento de esa responsabilidad el estado colombiano apuesta por la implementación de la POLITICA PUBLICA EN SALUD PAIS, que propone un modelo y unas rutas integrales que permitirán trabajar de la mano con todos los actores involucrados del sector, con el objetivo de que la prestación de servicios de salud se haga de acuerdo a las necesidades de la población y se permita focalizar, identificar y priorizar la salud dentro de esta problemática.

El departamento del Cauca consiente de que es una de las zonas del país más vulnerables en la materia, se une a este nuevo modelo de política en salud pública, adaptándolo en:

Contexto cultural, Contexto social, Análisis y población en riesgo, Socio Demográfico

2.1 Pregunta problema

¿Cuál es el costo adicional de la implementación de las RIAS priorizadas en el departamento del cauca con respecto a las actividades establecidas a la resolución 412?

3. ANTECEDENTES

Los sistemas de salud o las políticas de salud suelen reformarse cuando el estado se da cuenta que sus políticas públicas no están logrando el impacto deseado y surgen cambios para mejorar esas políticas o acciones que generen bienestar en la comunidad y mejoras en el proceso de atención y beneficie la salud de todos los ciudadanos, a lo largo de la revisión de antecedentes se encontró que en Chile siendo un sistema muy similar al colombiano, se dio una reforma a su sistema de salud hace unos años atrás y a continuación se da a conocer todo el proceso de reforma, de aplicación e impacto en la comunidad Chilena.

Según Infante y Paraje, 2010 la reforma en salud en Chile, se dirigió a mejorar el Sistema de salud. Por consiguiente, los principales objetivos de esta reforma fueron: enfocarse en la

prevención e intervenciones dirigidas a grupos o a comunidades; todas estas acciones con el único objetivo de reducir la brecha de inequidad entre los sectores más vulnerables y los sectores con más recursos económicos, e igualmente disminuir esa brecha entre el sector rural y urbano; se centraron en brindar un servicio en salud que asegure oportunidad, calidad y protección financiera para dificultades de salud con gran impacto sanitario.

Por lo tanto, una vez elaborado el estudio sobre las enfermedades a incluir en la reforma y los posibles inconvenientes que tendrían al momento de implementación de estas nuevas políticas, debido a resistencia en las instituciones y otros, pensaron en un plazo de 3 años para la implementación lo cual sería gradualmente, logrando crear unos procesos en las redes asistenciales, el financiamiento en la implementación de este modelo, el Congreso aprobó la Ley de Financiamiento de la Reforma (Ley 19.888) con un aumento “transitorio” del IVA de un punto porcentual (ubicándolo en el 19%),

Para finalizar, esta reforma en su proceso creo algunas críticas y discusiones publicas tanto en la comunidad, como en algunas autoridades de gobierno. Pero la abalaron y sustentaron la promulgación de cuatro leyes que incluyeron la estructura del sistema, su financiamiento y derecho universal a la salud, garantizando calidad y protección financiera. Toda esta reforma propone un rol activo en “construcción” del sistema de salud a todos los ciudadanos. Los primeros resultados en la implementación de este nuevo modelo evidencio mayor cobertura, acceso a procedimientos diagnósticos y terapéuticos complejos, y permitió un mejor diagnóstico oportuno, lo que se dirige a la atención primaria en salud. En relación al área financiera se reducen los copagos promedio y se observa una leve disminución en los gastos en salud. Este proceso de cambio en las acciones públicas en el sistema de salud de Chile, plantean los autores se completó un periodo de tiempo relativamente breve, destacándose por haber sido aprobada esta reforma e implementada en sus aspectos primordiales.

No obstante, en Colombia en el departamento del Guaviare se realiza en el 2014, una evaluación del informe de identificación de potencialidades y oportunidades de mejora, para la migración del plan de salud territorial al plan decenal de salud pública al 2012-2015.

El Plan de Salud Territorial 2012 – 2021 del departamento de Guaviare, se basa en el bienestar de las familias, por medio de unas políticas públicas que garantizan el derecho a la salud de la comunidad; este marco se destaca etno-culturalidad, inclusión social, tecnología e innovación, incluyendo la participación social y comunitaria. En este periodo de cambio se pretende mejorar o fortalecer la capacidad técnica del equipo en el territorio y afianzar los procesos de la planeación territorial, logrando un impacto positivo en la salud recuperar competencias para la regulación, conducción y vigilancia epidemiológica.

El equipo de la SSDG considera que las metas incluidas en el PST 2012 – 2015, tienen oportunidades de mejora del 20%, afines con los ajustes a los productos de la transformación del ASIS, en el contexto de los DSS, y con la configuración territorial. Las oportunidades de

mejora planteadas fueron: 1. Eje de Aseguramiento 2.” Eje de Prestación de Servicios o Contar con talento humano suficiente y calificado para responder a la demanda de servicios de salud, o Definir un enfoque anticipatorio o de gestión de riesgo alcanzando la máxima resolutiveidad o Desarrollar acciones hacia la garantía de la humanización en todas las instituciones”. 3. Eje de Salud Pública: Dimensión Salud ambiental, Dimensión Vida Saludable y Condiciones No Transmisibles, Dimensión Convivencia social y salud mental, Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional, Dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, Dimensión Vida saludable y enfermedades transmisibles. 4. Eje de Promoción Social. 5. Eje de Riesgos Profesionales: o Asegurar acciones de promoción de la salud y prevención de riesgos laborales. 6. Eje de emergencias y desastres.

En primera instancia, se plantea la “Viabilidad Financiera del PST 2012 .2015 El equipo técnico de la SSD del departamento de Guaviare identifica, en el estudio de la situación financiera, oportunidades de mejora del 7%, en el análisis de la situación financiera del PDD y por consiguiente del PST 2012 – 2015”. Las siguientes oportunidades plantean como necesario llevar a cabo un análisis fiscal y financiero a lo fundamental del plan estratégico. Se pretende avalar una manera más adecuada, ajustada y equilibrada de distribución, asignación y viabilidad del marco estratégico; logrando por ende mayor efectividad, en la aplicación de las acciones y en el cumplimiento de las metas del plan.

Costos sociales y económicos para el país.

Pobreza en los hogares, especialmente en la población con bajos y medianos ingresos; lo cual ha ocasionado aumento de la exposición a factores de riesgo tales como: dietas no saludables, inactividad física, consumo de tabaco y aumento en el consumo de alcohol.

También se ha presentado un aumento en el diagnóstico de enfermedades no transmisibles (enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes, enfermedad respiratoria crónica. Por otro lado, el bajo acceso a los servicios de salud, efectivos y equitativos.

Por lo cual, no solo el tipo de comportamientos nocivos, sino también otros eventos y condiciones ocasionan la pérdida de ingresos a los hogares, quienes debían pagar cifras muy altas para contar los servicios de salud.

¿Qué pasa en Colombia?

Entre los hombres el abuso de alcohol es el problema más común (13.2 %); para las mujeres el principal problema de salud mental es la depresión mayor (21.8%). El trastorno depresivo mayor

es el segundo mayor contribuyente en todo el conjunto de carga de enfermedad del país y en primer lugar se encuentra la Hipertensión Arterial.

Entre el 5 % y el 15% de la población con eventos en salud mental, dependiendo del diagnóstico, accede a los servicios de salud.

Lactancia materna exclusiva paso de 2.2 a 1.8 meses en 5 años. Diariamente alrededor de 45 casos de niños, niñas y adolescentes ingresan al ICBF, debido a maltrato infantil. 2.6 millones de personas con edades entre 12 y 65 años presentan un uso de alcohol que se puede considerar riesgoso

La violencia interpersonal fue la segunda causa de muerte en 2010, con una tasa de 40, 51 por 100000 habitantes y como la principal causa de muerte en hombre (tasa 75, 2). De los 66.230 casos de violencia intrafamiliar 44. 743 (65.58 %) correspondieron a violencia de pareja.

Por esta razón, se crea la necesidad de reposicionar al sector salud como generador de bienestar y no solo como proveedor de servicios, pretendiendo lograr un fortalecimiento en la promoción y prevención, gestión pública y gestión de riesgo.

4. JUSTIFICACIÓN

Esta investigación se justifica y según nuestro referente normativo en Seguridad social en Salud, se define la salud pública como un conjunto de políticas públicas encaminadas a garantizar integralmente la salud de todos los habitantes del territorio, no solo de forma individual, sino también de forma colectiva y que posteriormente permitirán medir el progreso y desarrollo del país, las condiciones y calidad de vida de las personas, al igual que su bienestar, la realización de estas acciones es responsabilidad del estado y deben hacerse bajo su supervisión, pues es quien debe garantizar su promoción, seguimiento y continuidad para que todas estas políticas lleguen a quienes las necesitan de manera oportuna, pero para ello es necesario involucrar a todos los sectores. Día a día el gobierno nacional se fija metas para la reducción de los diferentes problemas de salud, pero que pasa cuando a pesar de que existen normas y se ejecutan políticas en salud la población sigue enferma y que tanto le cuesta al país la atención de las diferentes patologías.

El presente proyecto de investigación está enfocado en analizar que tanto se incrementan los costos con la implementación de las RUTAS INTEGRALES DE ATENCION EN SALUD (RIAS) en Colombia, específicamente la ruta de Promoción y Mantenimiento de la salud, aunque es de aclarar que en el departamento del Cauca en la actualidad se habla de fase de alistamiento para estas rutas y de alguna manera reflexionar acerca del impacto social y económico que esto genera.

Se requiere de una gran inversión para que las rutas integrales atención en salud sean un éxito o supere el anterior modelo, tomando correctivos necesarios para no volver a caer en las falencias anteriormente evidenciadas, la inversión se debe enfatizar en la mejora continua de la atención asistencial oportuna, recurso humano, acceso a los servicios realizando ajustes en cuanto a contratación de especialistas, centros médicos aptos que cumplan con los estándares de calidad, pago a los hospitales por parte de las EAPB, inversión en tecnología y malla vial que brinden facilidad de acceso a los pacientes ya que muchas comunidades viven en zonas dispersas. Volver a contar con los promotores y gestores de salud, para realizar una promoción y prevención en su localidad y evitar desplazamientos a centros de salud lejanos.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

- Establecer el costo adicional de la implementación de las RIAS priorizadas en el departamento del Cauca con respecto a las actividades establecidas a la resolución 412.

5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Realizar el comparativo entre la resolución 412 y las RIAS.
- Analizar el costo de las actividades adicionales establecidas en la ruta de promoción y mantenimiento de la salud.
- Realizar comparativo entre las actividades propuestas en la resolución 412 y la ruta de promoción y mantenimiento de la salud.

6. MARCO TEORICO

Para superar el problema de la atención en salud de la población en Colombia, se elaboraron las Rutas Integrales de Atención en Salud RIAS que nos permiten ejecutar el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) consolidando los requerimientos para el diseño del prestador primario y el complementario, las redes integrales de atención, los procesos de gestión de riesgo y los requerimientos de información para el MIAS.

Las Rutas Integrales de Atención en Salud RIAS definen las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención por parte de los agentes del Sistema de Salud (territorio, asegurador, prestador) y de otros sectores. Ordenan la gestión intersectorial y sectorial como plataforma para la respuesta que da lugar a las atenciones/intervenciones en salud dirigidas a todas las personas, familias y comunidades, a partir de Acciones intersectoriales y sectoriales orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de las personas, familias y comunidades, Atenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación y Acciones de cuidado que se esperan del individuo para el mantenimiento o recuperación de su salud.

El sistema de salud en Colombia opera con el principio de “competencia regulada” entre agentes, públicos y privados. La prestación de servicios de salud no se lleva a cabo por parte del sector privado, de acuerdo con los dictámenes del mercado, tal como erróneamente lo percibe la opinión pública. Las variables relevantes del esquema vigente de aseguramiento (la unidad por capitación [upc], la prima que se cobra a los afiliados, el contenido de la póliza y el Plan Obligatorio de Salud [pos]) están reguladas y definidas por el Estado. Y las eps, aunque comparten algunas de sus características con las compañías de seguros, son intermediarias a las cuales el Estado ha delegado las funciones de afiliar a la población y prestarle los servicios de salud a través de contratos con entidades especializadas de servicios de salud (instituciones prestadoras de servicios IPS, públicas y privadas).

El gobierno colombiano a través de la resolución 429 de 2016 , promulgó la política de Atención Integral en Salud, que pretende generar mejores condiciones de salud para la población a través de la regulación de la intervención sectorial e intersectorial, sustentado en lo dispuesto por un gran volumen de normatividad previa que comprende desde la ley 100 de 1993 y sus

posteriores modificaciones incluyendo la ley 1438 de 2011 que pretendía fortalecer y la Atención Primaria en Salud, el Plan decenal de Salud Pública, hasta la de más reciente expedición, la Ley estatutaria 1751, que luego de una gran controversia, consagró por fin la salud como un derecho fundamental. No obstante, todos estos desarrollos en materia legislativa, no se han podido resolver los graves problemas por los que atraviesa el sector y que han sido reconocidos por el propio gobierno: fragmentación y desintegración de la atención; baja resolutivead; alta carga de enfermedad; fallos del mercado; incentivos negativos entre los agentes y falla regulatoria, lo que ha conllevado a aumentar la inequidad; corrupción; maltrato al usuario; desorden administrativo; modelo de prestación de servicios de salud morbicéntrico y centrado en los actores; deshumanizado; descontextualizado y sin prevalencia de derechos.

Surge entonces la Política de Atención integral en Salud y el MIAS como la alternativa para la solución de los problemas y para ello retoma estrategias como la Atención Primaria en Salud con enfoque familiar y comunitario, el cuidado y gestión integral del riesgo y el enfoque diferencial, con lo cual se pretende lograr la articulación y armonización del aseguramiento, la prestación de servicios de salud y el desarrollo de las políticas y programas en salud pública a través de procesos de gestión social y política intersectorial en contexto. Pretende el MIAS garantizar una atención en salud con equidad, centrada en las personas, con estándares de oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad, por medio de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales dirigidos a coordinar las acciones e intervenciones.

El modelo incluye diez componentes: Se parte de la caracterización de la población, según curso de vida y grupos de riesgo; se definen rutas integrales de atención en salud en promoción y mantenimiento de la salud, grupos de riesgo y eventos específicos de atención; se propone la gestión integral del riesgo en salud, identificando los grupos de riesgo, seguimiento de cohortes, diseñando modelos predictivos, evaluando la efectividad de los servicios y garantizando la interoperabilidad de los sistemas de información; se plantea una delimitación territorial que comprende lo urbano, la alta ruralidad y la población dispersa; las redes integradas de prestadores de servicios de salud con su componente primario y complementario; la definición del rol del asegurador hacia la gestión del riesgo financiero, interacción con otros actores y la gestión de las redes de prestación de servicios; el modelo propone una redefinición del esquema de incentivos, para favorecer la integralidad en la atención y los resultados en salud; un sistema

de información centrado en el ciudadano, la familia y la comunidad; el componente de recurso humano propone la formación y armonización para el desarrollo del modelo y mejoramiento de las condiciones laborales.

El último componente se dirige al fortalecimiento de la investigación, innovación, y apropiación del conocimiento específicamente en los temas relacionados con rectoría del sistema, sostenibilidad financiera, gestión de recursos, sistemas de información, políticas públicas, acceso uso y calidad del servicio y en Salud Pública. La norma establece un año para el desarrollo de los instrumentos y tres años para implementar el modelo.

Para superar el problema de la atención en salud en la población Colombiana, el Ministerio de Salud y Protección Social elaboró unas Rutas Integrales de Atención en Salud llamadas **RIAS**, que definen a los agentes del Sistema de Salud (territorio, asegurador, prestador) y de otros sectores estableciendo una herramienta que ordena la gestión intersectorial y sectorial como plataforma para la respuesta a las atenciones, intervenciones en salud que van dirigidas a todas las personas, familias y comunidades, a partir de acciones intersectoriales y sectoriales orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de las personas, familias y comunidades, atenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidado en la recuperación de su salud.

6.1 LAS RIAS:

- Promoción y mantenimiento de la salud
- Materno perinatal
- Cardio-cerebro-vascular
- Cáncer
- Alteraciones nutricionales
- Trastornos asociados al consumo de SPA
- Enfermedades infecciosas

Las primeras siete Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) fueron dispuestas por el Ministerio de Salud y Protección Social bajo la Resolución 3202 de 2016 y cuyo objetivo primordial será cambiar la forma el cómo se deben atender los pacientes en el marco del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, (Política de Atención Integral en Salud) el sistema de salud, la Ley Estatutaria y el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS).

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

Estas a su vez nos permiten ejecutar un Modelo Integral de Atención en Salud llamado (MIAS) el cual consolida los requerimientos para el diseño del prestador primario y el complementario, las redes integrales de atención, los procesos de gestión de riesgo y los requerimientos de información para el MIAS.

En Colombia el sistema de salud opera con el principio de “competencia regulada” entre agentes, públicos y privados. La prestación de servicios de salud no se lleva a cabo por parte del sector privado, de acuerdo con los dictámenes del mercado, tal como erróneamente lo percibe la opinión pública. Las variables relevantes del esquema vigente de aseguramiento (la unidad por capitación UPC, la prima que se cobra a los afiliados, el contenido de la póliza y el Plan Obligatorio de Salud POS) están reguladas y definidas por el Estado y las EPS, aunque comparten algunas de sus características con las compañías de seguros, son intermediarias a las cuales el Estado ha delegado las funciones de afiliar a la población y prestarle los servicios de salud a través de contratos con entidades especializadas de servicios de salud (instituciones prestadoras de servicios IPS, públicas y privadas).

El gobierno colombiano a través de la resolución 429 de 2016 , promulgó la política de Atención Integral en Salud, que pretende generar mejores condiciones de salud para la población a través de la regulación de la intervención sectorial e intersectorial, sustentado en lo dispuesto por un gran volumen de normatividad previa que comprende desde la ley 100 de 1993 y sus

posteriores modificaciones incluyendo la ley 1438 de 2011 que pretendía fortalecer y la Atención Primaria en Salud, el Plan decenal de Salud Pública, hasta la de más reciente expedición, la Ley estatutaria 1751, que luego de una gran controversia, consagró por fin la salud como un derecho fundamental. No obstante todos estos desarrollos en materia legislativa, no se han podido resolver los graves problemas por los que atraviesa el sector y que han sido reconocidos por el propio gobierno: fragmentación y desintegración de la atención; baja resolutiveidad; alta carga de enfermedad, aumento de la inequidad, maltrato al usuario, desorden administrativo, modelo de prestación de servicios de salud morbicéntrico y centrado en los actores; deshumanizado; descontextualizado y sin prevalencia de derechos.

6.2 Los grupos de riesgo priorizados por el MSPS para la elaboración de rutas integrales de atención en salud son los siguientes:

1. RIAS para población con riesgo o alteraciones cardio– cerebro – vascular – metabólicas manifiestas
2. RIAS para población con riesgo o enfermedades respiratorias crónicas
3. RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones nutricionales
4. RIAS para población con riesgo o trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones
5. RIAS para población con riesgo o trastornos psicosociales y del comportamiento
6. RIAS para población con riesgo o alteraciones en la salud bucal
7. RIAS para población con riesgo o presencia de cáncer
8. RIAS para población materno –perinatal
9. RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas
10. RIAS para población con riesgo o presencia de zoonosis y agresiones por animales
11. RIAS para población con riesgo o enfermedad y accidentes laborales
12. RIAS para población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas
13. RIAS para población con riesgo o enfermedades y accidentes relacionados con el ambiente.
14. RIAS para población con riesgo o enfermedades huérfanas

15. RIAS para población con riesgo o trastornos visuales y auditivos

16. RIAS para población con riesgo o trastornos degenerativos, neuropatías y auto-inmunes.

A partir de la RIAS, se consolidan las acciones tanto del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) como del Plan de Beneficios (PB), incluyendo las guías de práctica clínica asociadas a estos. Las RIAS son el instrumento regulatorio básico para la atención de las prioridades en salud, la definición de las redes integrales de prestación de servicios, la gestión integral del riesgo en salud, la definición de mecanismos de pago orientados a resultados, los requerimientos y los flujos de información y el logro de los resultados en salud en cuanto a equidad y bienestar social.

6.3 Las RIAS están constituidas por tres tramos:

1. Ruta de promoción y mantenimiento de la salud:

Son las acciones e interacciones para manejo de riesgos colectivos en salud y protección de salud de la población, promoviendo entornos saludables para el bienestar y el desarrollo de individuos y poblaciones. Incluye acciones de cuidado desde y hacia el individuo, para el goce o recuperación de la salud.

2. Ruta de grupo de riesgo:

Son las actividades individuales y colectivas a realizarse en entornos saludables por el prestador primario o complementario, para identificación oportuna de factores de riesgo y su intervención para evitar una condición específica en salud, o hacer diagnóstico y derivación oportuna a tratamiento.

3. Ruta específica de atención:

Aborda condiciones específicas de salud, incorpora actividades individuales y colectivas que pueden realizarse en los entornos por el prestador primario y complementario, orientadas al tratamiento, rehabilitación y paliación.

El departamento del Cauca está en un proceso de alistamiento y hasta el momento la secretaria departamental de salud, la secretaria municipal, las EAPB y hospitales están optando por socializar las rutas. Cabe resaltar que cada uno prioriza la ruta con la que desea trabajar, pero lo ideal es que se empiecen a implementar cada una de las rutas por el momento se está manejando:

6.4 Promoción y mantenimiento de la salud:

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

Gestión Salud Pública:

Procesos Misionales

- Gestión de la prestación de servicios individuales
- Gestión de las intervenciones colectivas
- Vigilancia en Salud Pública
- Inspección, vigilancia y control sanitario
- Gestión del aseguramiento.

Procesos Estratégicos

- Planeación integral de la salud
- Coordinación Intersectorial
- Desarrollo de capacidades
- Participación social
- Gestión del conocimiento

Procesos de apoyo

- Gestión administrativa y financiera
- Gestión del talento humano
- Gestión de insumos en salud pública

Promoción de la Salud:

- Educar en pautas de cuidado y crianza positivas
- Promover la adopción de prácticas de cuidado para la salud
- Promover la alimentación saludable
- Educar en derechos sexuales
- Promover la construcción de estrategias de afrontamiento frente a sucesos vitales
- Promover la sana convivencia
- Educar en prácticas de cuidado y protección del ambiente.
- Educar para el mantenimiento de un ambiente seguro
- Promover el ejercicio del derecho a la salud
- Promover el cuidado a cuidadores

- Materno perinatal:

En esta ruta se Valorara y detectara tempranamente alteraciones en la salud del recién nacido TSH, alteraciones en la salud del recién nacido-Valoración física detallada, Realizar los cuidados inmediatos del recién nacido-Vacunar según esquema vigente, Valorar el crecimiento y desarrollo (físico, motriz, cognitivo y socioemocional), Valorar la salud visual, salud bucal.

Promoción de la Salud

- Información y educación para la participación social en los servicios de salud materno perinatal que se realizara con y para las personas, familias, comunidades, a fin de desarrollar capacidades para la conformación y participación a los servicios de salud materno perinatal de manera tal que les permita a las personas participar en el

mejoramiento de la calidad de la atención en los servicios de salud desde la planeación, implementación y monitoreo.

- Vigilancia en salud pública comunitaria
- Información en salud que promueva los derechos sexuales y reproductivos: Promocionando los derechos sexuales y reproductivos a nivel individual, familiar y comunitario, de manera tal que su conocimiento y respeto, permita reducir o eliminar la violencia de género y sexual, el estigma y discriminación y las barreras de acceso a servicios de salud en los niños, niñas, adolescentes y mujeres.
- Articulación intersectorial para el diseño, implementación, sostenimiento, monitoreo y evaluación de las políticas públicas, programas, proyectos, estrategias y acciones de salud materna y perinatal.
- Educación y comunicación en salud para el ejercicio de una sexualidad libre, placentera y autónoma, sin discriminación o violencia y la superación de las barreras de acceso a servicios de salud.

COMUNITARIO:

Atención comunitaria de la gestante

- Conformación y fortalecimiento de redes sociales comunitarias, sectoriales e intersectoriales para la promoción de equidad de género, la autonomía reproductiva y la detección y atención de alteraciones del embarazo
- Brindar educación a los agentes comunitarios en relación a la identificación de signos de alarma durante el embarazo y canalización efectiva por urgencias con pertinencia cultural.
- Canalización y seguimiento comunitario efectivo a servicios de salud sexual y reproductiva a través de estrategias como Mujeres, individuos, familias y comunidad (MIFC)
- Acciones afirmativas frente a la mujer y la gestante en el ámbito comunitario
- Sistema de detección comunitaria de alto riesgo materno perinatal.
- Control de Factores de Riesgo del medio ambiente y control integrado de vectores

EN EL HOGAR:

- Fortalecer los procesos de información, educación y comunicación sobre la salud sexual integral, orientados a promover el reconocimiento de la sexualidad como condición humana, y que permitan el abordaje y respuestas con acciones que contribuyan a garantizar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, el bienestar y la calidad de vida.
 - Educar para la construcción de relaciones equitativas y solidarias entre géneros
 - Brindar asesoría en anticoncepción y fomentar la doble protección
 - Identificación en el hogar de signos de alarma y canalización a los servicios correspondientes
 - Fortalecimiento de redes sociales comunitarias, sectoriales e intersectoriales para la promoción de equidad de género, la autonomía reproductiva y la detección y atención de alteraciones del embarazo.
 - Control de Factores de Riesgo del medio ambiente y control integrado de vectores.
- **Cardio - cerebro-vascular:** Dentro de las intervenciones de la ruta se Iniciara con Promoción de la alimentación saludable, Promoción de la actividad Física, Reducción en la exposición a productos derivados del tabaco y consumo nocivo de alcohol, promoción de la alimentación saludable , Reducción en la exposición a productos derivados del tabaco y consumo nocivo de alcohol.
 - **Trastornos asociados al consumo de SPA:** Dentro de la promoción en salud se esta Fortaleciendo el sistemas de información y seguimiento sobre consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas y Articulando para el diseño, implementación, monitoreo y evaluación conjunta de políticas públicas, programas, proyectos, estrategias y acciones para la prevención, atención, recuperación, y reducción de riesgos y danos del consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas.

Dentro de lo comunitario se está trabajando en:

- Promoción de estilos y condiciones de vida saludables a través entornos saludables

- Promoción de la modificación de conductas y actitudes en torno al consumo de alcohol: Pactos por la Vida.
- Prevención, tamización y canalización por parte de la comunidad.

HOGAR:

- Fortalecimiento de habilidades de crianza, comunicación y relación familiar, así como la promoción de factores de protección, en la familia como un todo, con el fin de prevenir conductas de riesgo ante el consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales

EDUCACION

- Se esta realizando Promoción de la modificación de conductas y actitudes en torno al consumo de alcohol
- Fortalecimiento de capacidades para la prevención, tamización, canalización e intervención.

6.5 El objetivo de las RIAS

Es garantizar la atención integral en salud a las personas, familias y comunidades a partir de intervenciones de valoración integral de la salud, detección temprana, protección específica, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y educación para la salud, teniendo en cuenta el mejoramiento de la calidad en todo el continuo de atención, el logro de los resultados esperados en salud, la seguridad y aumento de la satisfacción del usuario y la optimización del uso de los recursos.

6.6 Tres tipos de RIAS

1. Ruta de promoción y mantenimiento de la salud:

Acciones e interacciones para manejo de riesgos colectivos en salud y protección de salud de la población, promoviendo entornos saludables para el bienestar y el desarrollo de individuos y poblaciones. Incluye acciones de cuidado desde y hacia el individuo, para el goce o recuperación de la salud.

2. Ruta de grupo de riesgo:

Actividades individuales y colectivas a realizarse en entornos saludables por el prestador primario o complementario, para identificación oportuna de factores de riesgo y su intervención para evitar una condición específica en salud, o hacer diagnóstico y derivación oportuna a tratamiento.

3. Ruta específica de atención:

Aborda condiciones específicas de salud, incorpora actividades individuales y colectivas que pueden realizarse en los entornos por el prestador primario y complementario, orientadas al tratamiento, rehabilitación y paliación.

El desarrollo de la RIAS responde a los 16 grupos de riesgo definidos para el país y a sus eventos.

Los objetivos sociales de las RIAS son las ganancias en salud y la reducción de la carga de enfermedad. Las RIAS incorporan en su desarrollo estos conceptos:

Curso de vida; Ciclo vital; Determinantes proximales de la salud; Atención integral en salud; Auto-cuidado de la salud. También incorporan:

- 1) Intervenciones de gestión de la salud pública;
- 2) Intervenciones de promoción de la salud;
- 3) Intervenciones individuales;
- 4) Hitos;
- 5) Indicadores de seguimiento y evaluación;
- 6) Responsables sectoriales.

6.7 Las RIAS incluyen 4 segmentos del continuo de la atención:

- 1) Gestión de la Salud Pública.
- 2) Promoción de la salud.
- 3) Acciones en los entornos.
- 4) Acciones individuales.

6.8 Alcance de la RIAS:

Esta ruta pretende alinear a todos los integrantes del sistema general de seguridad social en salud y el resto de entidades relacionadas al área de salud que por medio de acciones lograr la unión tanto de las intervenciones individuales como colectivas, que se ejecutara en los lugares territoriales y en los diversos grupos poblacionales.

Igualmente, que las instituciones encargadas de la formación del talento humano cumplan de acuerdo con los perfiles requeridos para la implementación de la Política de Atención Integral en Salud — PAIS, y su Modelo Integral de Atención en Salud- MIAS.

Por otro parte, los retos que se deben asumir para la implementación de las RIAS son: lograr la prestación de los servicios enfocada en las personas, familias y comunidades, avanzando a la gestión de la atención integral. Organización en la gestión de las acciones de salud. Tratar de Adecuar la prestación de servicios en la población, sin dejar de lado el conocimiento de los espacios territoriales, las particularidades, condiciones y situaciones de la población. Mejorar el talento humano, el cual sea idóneo según lo requerido. Contar con un adecuado sistema de información, por medio del cual se realice el seguimiento a los resultados en salud, las ganancias en equidad, el desarrollo de capacidades y los riesgos acumulados para gestionarlos oportunamente. Efectuar elementos efectivos de participación y movilización social, para que los individuos y colectividades se reconozcan e involucren como actores. Implementar gradualmente las RIAS considerando la disponibilidad de talento humano, las tecnologías en salud y la suficiencia de la red de servicios.

RESULTADOS

ACTIVIDAD 412	VALOR TOTAL DE LAS ACTIVIDADES 412	ACTIVIDADES	VALOR TOTAL DE LAS ACTIVIDADES	COSTO ADICIONAL
PAI	117.400	Vacunación según el Esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)	117.400	0
SALUD BUCAL	879.800	SALUD BUCAL	1.355.600	475.800
PROTECCION ESPECIFICA	47.700	PRIMERA INFANCIA	122.400	74.700
DETENCION TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO MENORES DE 10 AÑOS)	162.900	INFANCIA	126.300	-36.600
DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL DESARROLLO DEL JOVEN (10-29 AÑOS)	143.400	ADOLESCENCIA	2.639.200	2.495.800
		JUVENTUD	2.741.600	2.598.200
DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL ADULTO (MAYOR DE 45 AÑOS)	155.700	ADULTEZ	2.354.300	2.198.600
		VEJEZ	1.343.200	1.187.500
TOTALES	1.506.900		10.800.000	8.994.000

Con base en el cuadro anterior y haciendo el comparativo de la actividad de vacunación propuesta en la resolución 412 del 2000 y la ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, no se evidencia un incremento en los costos, por lo cual su implementación no requerirá de más recursos financieros.

Salud oral: Teniendo en cuenta las actividades adicionales planteadas en la RIA, en comparación con la resolución 412, se observa un incremento de 61% en la ruta equivalente a costo adicional de 475.800 pesos.

Dentro del comparativo de la actividad de primera infancia planteada en la RIA se evidencia un incremento del 72%, frente al 28% de la planteada en por la resolución 412, lo deja un costo adicional de 74.700 pesos.

En la actividad de Primera infancia planteada por la ría, encontramos un porcentaje equivalente a: Actividad 412 del 50% - Actividad ría del 39%, con un costo adicional del - 11%, lo que indica que a pesar de que la ruta plantea más actividades muchas de ellas no generan costo por ser de tipo afectivo y se encuentran dentro de otra actividad.

En las rutas de adolescencia y juventud, se evidencia un incremento significativo del 95% en ambas, con respecto a la actividad planteada en la resolución 412, lo que significa un incremento para amabas de 143.400 pesos, esto debido a la frecuencia con la que se realizan las actividades.

Con respecto a las rutas de adultez y vejez, se observa un incremento de un 6% a 94% y del 90% a un 10% respectivamente, frente a la actividad de Alteraciones del Adulto Mayor.

Con la realización de esta investigación se logró llegar al análisis del incremento de las actividades propuestas en la ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, determinando que para su implementación se genera un costo adicional de 8.994.00 pesos. Este comportamiento puede establecer tanto la distribución de recursos financieros para la salud, como la importancia del costo – beneficio, teniendo en cuenta que esta ruta es la más importante, ya que va enfocada a la gestión del riesgo y la prevención de la enfermedad.

La ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud tiene un costo total para su implementación de 10.800.000 pesos, esto teniendo en cuenta las frecuencias en las actividades propuestas

7. CRONOGRAMA



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES													
	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo
Elaboración anteproyecto	■	■	■	■									
Revisión y ajustes					■	■	■	■					
Análisis de instrumentos									■				
Aplicación de instrumentos										■			
Análisis de la información											■		
Elaboración del informe final												■	
Presentación informe final													■
Socialización informe final													■

8. CONCLUSIONES

- El costo adicional de la implementación de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la salud es significativo frente a las actividades planteadas en la resolución 412, puesto que la ruta plantea más frecuencias, al igual que más actividades lo que por consiguiente termina aumentando el costo de su implementación.
- En el departamento del Cauca aún se habla de la fase de alistamiento en la implementación de estas rutas, en la actualidad solo se encuentra en esta fase la ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud.
- Con la implementación de este nuevo modelo de salud se busca articular todos los actores del sistema y lograr una integralidad donde el paciente sea el centro de dicha atención y se logre cerrar las brechas de inequidad.
- Se deben articular esfuerzos técnicos, tecnológicos, presupuestales y de recurso humano para la implementación de esta ruta, de lo contrario no se llegaría a materializar su implementación.
- Se hace necesario determinar el rol del asegurador y las redes que en la actualidad en el departamento no se han definido.
- El departamento del Cauca para avanzar en esta fase de alistamiento, se ha dividido en siete zonas, lo que ha permitido socializar el nuevo modelo con todos los actores involucrados en el sector, pero aún falta más compromiso, para avanzar a otra fase.
- Incrementar los conocimientos de los prestadores de servicios de salud, especialmente el prestador primario, y la comunidad para la identificación y atención de los riesgos en salud.
- Es notable el impacto económico que se generara con la implementación de esta ruta, frente a las actividades que se venían manejando en la resolución 412.
- La realización de esta investigación nos lleva a analizar que el departamento del Cauca aún no está preparado para la implementación de este nuevo modelo de atención en salud y específicamente para la implementación de la ruta de Promoción y Mantenimiento.

9. RECOMENDACIONES

- Las rutas deben adaptarse de acuerdo a la necesidad de la zona.
- Es importante que todas las zonas realicen la socialización de la implementación del nuevo modelo en salud.

- Se debe hacer un acompañamiento especial en las regiones donde la diversidad cultural es relevante.
- Tener las redes integradas de atención definidas (en la actualidad no se tienen).
- El conflicto armado en el departamento del Cauca juega un papel importante y es necesario que se den las garantías para la implementación de este nuevo modelo de salud.
- Verificación de la capacidad instalada en cada región, con el fin de verificar el tipo de servicios en salud que realmente se pueden brindar a la comunidad.

10. GLOSARIO

- **SISTEMA DE SALUD:**

Un sistema de salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales. Además, tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiera.

- **POBLACION:**

Es el grupo de personas que viven en un área o espacio geográfico.

- Atención primaria en salud (APS) “La Atención Primaria en Salud desde la salud pública, se dirige a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad con el objetivo de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios.
- EAPB: Entidades Administradoras de Planes de Beneficios
- Entidad Territorial: las personas jurídicas, de derecho público, que componen la división político-administrativa del Estado

- **IPS:** Estas son las Instituciones Prestadoras de Servicios. Es decir, todos los centros, clínicas y hospitales donde se prestan los servicios médicos, bien sea de urgencia o de consulta.
- **Rutas integrales de atención en salud:** “instrumento que contribuye a que las personas familias y comunidades alcancen resultados en salud teniendo en cuenta las particularidades del territorio donde viven, se relacionan y se desarrollan”.
- **Promoción de la salud:** promover el autocuidado y el fortalecimiento de conductas saludables.
- **CALIDAD:** capacidad que posee un objeto para satisfacer necesidades implícitas o explícitas según un parámetro, un cumplimiento de requisitos de calidad.
- **POLITICA PAIS:** Política Integral de Atención en Salud
- **MIAS:** Modelo integral de Atención en Salud
- **SALUD PUBLICA:** conjunto de políticas que busca garantizar de manera integrada, la salud de la población por medio de acciones dirigidas tanto de manera individual como colectiva ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo
- **SALUD:** Condición de todo ser vivo que goza de un absoluto bienestar tanto a nivel físico como a nivel mental y social.
- **REDES INTEGRADAS DE ATENCION:** Son redes de organizaciones de organizaciones que presta o hace los arreglos para prestar un servicio de salud equitativos e integrales a una población específica.
- **PRESTADOR COMPLEMENTARIO:** Actividades orientadas a atender la enfermedad y sus complicaciones, mediante recursos humanos y tecnológicos pertinentes.
- **PRESTADOR PRIMARIO:** Unidad funcional y administrativa que organiza y gestiona integralmente el cuidado primario para lo cual incluye los servicios de salud en el componente primario

11. BIBLIOGRAFIA

- Rutas integrales de atención en salud- RIAS. Modelo integral de atención en Salud. Ministerio de salud.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/05-rias-presentacion.pdf>
- POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD “Un sistema de salud al servicio de la gente” Ministerio de Salud y Protección Social. 2016.

<http://www.periodicoelpulso.com/html/1604abr/debate/debate-04.htm>
- Manual metodológico para la elaboración de la implementación de las RIAS. Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá D.C., abril de 2016.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/Manual-metodologico-rias.pdf>
- Resolución 412 de 2000
- Lineamiento Operativo de la Ruta Promoción y Mantenimiento en Salud
- Directrices de Obligatorio Cumplimiento para la Operación de la Ruta Promoción y Mantenimiento en Salud

<http://www.consultorsalud.com/manual-tarifario-soat-2018-sector-salud>
- Directrices de obligatorio cumplimiento para la ley 1741 del 2015 y la Ley 1122 del 2007

Infante, A, Paraje, G. La reforma de salud en Chile. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo - Chile Área de Reducción de la Pobreza y la Desigualdad. 2010.

http://www.cl.undp.org/content/dam/chile/docs/pobreza/undp_cl_pobreza_Reforma_salud_2010.pdf
- Gaviria A, Muñoz NJ, Ruiz F, Burgos G, Ospina MI. Evaluación del informe de identificación de potencialidades y oportunidades de mejora, para la migración del plan de salud territorial al plan decenal de salud pública al 2012-2015. Departamento de Guaviare. Ministerio de protección y proyección social. 2014

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/AN%C3%81LISIS%20CR%C3%8DTICO%20GUAV%C3%8DARE.pdf>

