

RESOLUCIÓN NÚMERO 0468 DE 2016

(julio 11)

por la cual se efectúa un nombramiento ordinario en la planta de personal del Ministerio de Justicia y del Derecho.

El Ministro de Justicia y del Derecho, en ejercicio de sus facultades legales y, en especial, las conferidas en el artículo 23 de la Ley 909 de 2004 y el artículo 6° del Decreto 2897 de 2011, y

CONSIDERANDO:

Que con fundamento en la revisión de la documentación de la hoja de vida de la doctora Ana María Gómez Quintero, identificada con cédula de ciudadanía número 53027881, el Secretario General, certificó que reúne los requisitos exigidos para ejercer el cargo de Asesor, Código 1020, Grado 11, del Despacho del Viceministro de Política Criminal y Justicia Restaurativa, de conformidad con las normas vigentes y con el Manual Específico de Funciones y Competencias Laborales del Ministerio.

Que en mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1°. Nombrar con carácter ordinario a la doctora Ana María Gómez Quintero, identificada con cédula de ciudadanía número 53027881, en el cargo de Asesor, Código 1020, Grado 11, del Despacho del Viceministro de Política Criminal y Justicia Restaurativa.

Artículo 2°. La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

Comuníquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 11 de julio de 2016.

Jorge Eduardo Londoño Ulloa.

(C. F.).

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL

RESOLUCIONES

RESOLUCIÓN NÚMERO 6506 DE 2016

(julio 25)

por la cual se efectúa una delegación en el Comandante del Comando de Ingenieros Militares del Ejército Nacional.

El Ministro de Defensa Nacional, en ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial, las que le confieren el artículo 209 de la Constitución Política, en concordancia con el artículo 9° de la Ley 489 de 1998, artículo 2° numeral 8 del Decreto 4890 de 2011, y

CONSIDERANDO:

Que la función administrativa está al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios constitucionales de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad, mediante la descentralización, la delegación y la desconcentración de funciones.

Que las autoridades administrativas, en virtud de lo dispuesto en la Constitución Política y de conformidad con el artículo 9° y, siguientes de la Ley 489 de 1998, podrán mediante acto de delegación, transferir el ejercicio de funciones a sus colaboradores o a otras autoridades, con funciones afines o complementarias.

Que mediante Resolución 3910 del 12 de agosto de 2011, suscrita por el Comandante General de las Fuerzas Militares encargado de las funciones del Despacho del Ministro de Defensa Nacional, delegó en el Jefe de Ingenieros del Ejército Nacional la facultad de adelantar todos los trámites administrativos tendientes a obtener la autorización de Planes de Regularización y Manejo y sus modificaciones, las licencias de construcción y urbanismo que requiera el Ejército Nacional, ante las autoridades distritales o municipales competentes, las curadurías urbanas o quien haga sus veces, incluyendo la facultad de impugnar decisiones.

Que mediante Disposición 0011 del 16 de abril de 2014, expedida por el Comandante del Ejército Nacional, aprobada mediante Disposición 034 del 15 de mayo de 2014, proferida por el Comandante General de las Fuerzas Militares, y esta a su vez aprobada por la Resolución 5198 del 19 de junio de 2014, expedida por el Ministro de Defensa Nacional, se creó y activó el Comando de Ingenieros.

Que mediante Disposición 0004 de fecha 26 de febrero de 2016, expedida por el Comandante del Ejército Nacional, aprobada mediante Disposición 011 del 7 de marzo de 2016, proferida por el Comandante General de las Fuerzas Militares, y esta a su vez aprobada por la Resolución 3402 del 28 de abril de 2016, expedida por el Ministro de Defensa Nacional, desactivó la Jefatura de Ingenieros del Ejército Nacional (JEING) y reorganizó el Comando de Ingenieros Militares.

Que teniendo en cuenta la estructura y naturaleza del Ministerio de Defensa Nacional, con el propósito de desarrollar los principios de la función administrativa, en especial los de economía y celeridad, se hace necesario delegar el trámite de las solicitudes de autorización de Planes de Regularización y Manejo y sus modificaciones, las licencias de construcción y urbanismo ante las Curadurías Urbanas o quien haga sus veces en el Comandante del Comando de Ingenieros Militares,

RESUELVE:

Artículo 1°. Delegar en el Comandante del Comando de Ingenieros Militares del Ejército Nacional la facultad de adelantar todos los trámites administrativos tendientes a obtener la autorización de Planes de Regularización y manejo y sus modificaciones, las licencias de construcción y urbanismo que requiera el Ejército Nacional, ante las autoridades distritales o municipales competentes, las curadurías urbanas o quien haga sus veces, incluyendo la facultad de impugnar decisiones.

Artículo 2°. Condiciones de la delegación. La delegación efectuada a través de la presente Resolución será ejercida por el funcionario delegatario conforme a las siguientes condiciones:

1. Constituye condición necesaria para el ejercicio de las competencias que por medio de la presente Resolución se delegan, la observancia plena de las condiciones, requisitos y políticas establecidas por este Ministerio, así mismo, de la Constitución Política y las normas legales vigentes.

2. Cuando lo estime conveniente el Ministro de Defensa Nacional podrá reasumir en todo caso, en cualquier momento, total o parcialmente, las competencias delegadas por medio de la presente Resolución.

3. Cuando el Ministro de Defensa Nacional, reasuma una facultad para un caso específico, dicha facultad no se entenderá reasumida en forma permanente, a menos que el acto administrativo emitido para tal fin así lo exprese.

4. Las facultades delegadas mediante la presente Resolución son indelegables. El delegatario no podrá subdelegar en otros funcionarios la realización de los actos objeto de la delegación.

5. El Ministro de Defensa Nacional podrá continuar ejerciendo el seguimiento de las actividades delegadas mediante el presente acto administrativo, por medio de los instrumentos y herramientas que considere necesario.

6. Las responsabilidades y consecuencias de la delegación contenidas en el presente acto administrativo se rigen por las normas legales aplicables y, en especial, por los artículos 9° y siguientes de la Ley 489 de 1998.

7. La delegación contenida en el presente acto administrativo exime de responsabilidad al delegante, la cual corresponderá exclusivamente al delegatario, cuyos actos o resoluciones podrá siempre reformar o revocar aquel, reasumiendo la responsabilidad consiguiente.

8. Corresponde al delegado informar cada 6 meses a la Dirección de Asuntos Legales de este Ministerio las gestiones adelantadas en ejercicio de la facultad delegada.

Artículo 3°. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga la Resolución 3910 del 12 de agosto de 2011.

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 25 de julio de 2016.

El Ministro de Defensa Nacional,

Luis C. Villegas Echeverri.

(C. F.).

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIONES

RESOLUCIÓN NÚMERO 003202 DE 2016

(julio 25)

por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y se dictan otras disposiciones.

El Ministro de Salud y Protección Social, en ejercicio de sus facultades legales, en especial de las conferidas en los artículos 173 numeral 3, de la Ley 100 de 1993, 12 de la Ley 1438 de 2011, 65 de la Ley 1753 de 2015 y en desarrollo del artículo 5° de la Resolución 429 de 2016 y,

CONSIDERANDO:

Que con la expedición de la Resolución 429 de 2016, el Ministerio de Salud y Protección Social adoptó la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), la cual es de obligatorio cumplimiento para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, esta política cuenta con un marco estratégico y un marco operacional, que corresponde al Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS).

Que el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) comprende el conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que direccionan de manera coordinada las acciones de cada uno de los integrantes del SGSSS, en el cumplimiento de sus competencias, funciones y responsabilidades con miras a garantizar la integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población, teniendo en cuenta las prioridades y metas definidas en el Plan Decenal de Salud Pública y los Planes Territoriales de Salud.

Que el artículo 5° de la Resolución 429 de 2016 establece que la operación del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) comprende diez componentes, entre los cuales se encuentra, la Regulación de Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS).

Que en el numeral 5.2. del artículo precitado, se especifica que las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), “*son una herramienta obligatoria que define a los integrantes del Sector salud (Entidad territorial, EAPB, prestador) y de otros sectores, las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación*”.

Que, adicionalmente, la mencionada norma precisa que las RIAS integran las intervenciones individuales y colectivas que realizan los diferentes integrantes dentro de sus competencias, las cuales deben adaptarse a los ámbitos territoriales y a los diferentes grupos poblacionales, debiendo aplicar la destinación de recursos financieros existentes para la atención en salud.

Que el mismo numeral define tres tipos de rutas: La Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud; 16 Rutas Integrales de Atención en Salud para poblaciones en Riesgo y las Rutas Integrales de Atención en salud para eventos Específicos priorizados para cada grupo de población en riesgo.

Que conforme con lo anteriormente señalado, este Ministerio definió el Manual metodológico para la elaboración e implementación de las RIAS y desarrolló un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), que se adoptan en el presente acto administrativo.

Que las entidades del orden nacional y territorial en el ámbito de sus competencias de Dirección asignadas en los artículos 42, 42.1 y 42.4, 43, 43.1.2, 43.1.3. y 43.1.5 y 44, 44.1.1 de la Ley 715 de 2001 y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Entidades Promotoras de Salud, Entidades Obligadas a Compensar, Entidades a cargo de los Regímenes de Excepción y Especiales, en cumplimiento de sus funciones, adelantarán los planes y acciones necesarios para la implementación, adaptación y adopción de la Rutas Integrales de Atención en Salud.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1°. *Objeto.* La presente resolución adopta el “Manual metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS)” así como unas Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social. Igualmente, se establecen disposiciones en relación con la implementación de las RIAS y las responsabilidades de los diferentes integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Artículo 2°. *Ámbito de aplicación.* Las disposiciones contenidas en la presente resolución serán de obligatorio cumplimiento para las Entidades Territoriales, las Entidades Promotoras de Salud, las Entidades Obligadas a Compensar, los Regímenes de Excepción, los Regímenes Especiales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y demás entidades responsables de las intervenciones relacionadas con la promoción, mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y en general que desarrollan acciones en salud, de acuerdo con sus competencias, responsabilidades y funciones en el marco de la operación del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) dentro de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS).

Artículo 3°. *Alcance de las RIAS.* Las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) serán el referente para:

3.1. Orientar a los diferentes integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y demás entidades responsables de las acciones en salud para que, en el marco de sus competencias y funciones, articulen las intervenciones individuales y colectivas, a realizar en los ámbitos territoriales y en los diferentes grupos poblacionales.

3.2. Orientar a las Instituciones responsables de la formación del talento humano en salud, en cuanto a los requerimientos de competencias para los perfiles académicos y laborales requeridos para la implementación de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), y su Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS).

Artículo 4°. *Objetivo de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS).* El objetivo de las RIAS es regular las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención en Salud para las personas, familias y comunidades por parte de los diferentes integrantes del SGSSS y demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud a efectos de contribuir al mejoramiento de los resultados en salud y reducir la carga de la enfermedad.

Artículo 5°. *Contenidos y características de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS).* Las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) deberán sujetarse a lo siguiente:

5.1. Contenidos de las RIAS:

- 5.1.1. Acciones de gestión de la salud pública;
- 5.1.2. Intervenciones colectivas;
- 5.1.3. Intervenciones poblacionales;
- 5.1.4. Intervenciones individuales;
- 5.1.5. Hechos claves en el continuo de la atención o hitos;
- 5.1.6. Indicadores de seguimiento y evaluación;
- 5.1.7. Responsables sectoriales.

5.2. Características de las RIAS:

5.2.1. Describen explícitamente los elementos clave de la atención basada en la evidencia, las mejores prácticas y las expectativas de los usuarios.

5.2.2. Permiten la integración organizada, mediante la secuenciación de las acciones multidisciplinarias de índole poblacional, colectiva e individual y las funciones de los diferentes integrantes del SGSSS y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en el marco de sus competencias y funciones.

5.2.3. Fortalecen la comunicación entre los diferentes integrantes del SGSSS y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en el marco de sus competencias y funciones.

5.2.4. Facilitan la identificación apropiado de los recursos humanos, de infraestructura y financieros.

5.2.5. Precisan las responsabilidades de los diferentes integrantes del SGSSS y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud.

5.2.6. Especifican resultados esperados de las intervenciones colectivas e individuales, dentro del proceso integral de la atención en salud.

Artículo 6°. *Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS).* En el marco del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) se definen tres tipos de Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), así:

6.1. Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud. Comprende acciones sectoriales e intersectoriales; intervenciones de carácter individual y colectivo, dirigidas a promover la salud, prevenir el riesgo, prevenir la enfermedad y generar cultura del cuidado de la salud en las personas, familias y comunidades, mediante la valoración integral del estado de salud, la detección temprana de alteraciones; la protección específica y la educación para la salud. Esta ruta se aplica para toda la población residente en el territorio.

6.2. Ruta Integral de Atención en Salud de Grupos de Riesgo. Incorpora acciones sectoriales e intersectoriales; intervenciones individuales y colectivas, con el propósito de identificar e intervenir oportunamente factores de riesgo, ya sea para evitar la aparición de una o varias condiciones específicas en salud o para realizar el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, según cada situación. Esta ruta se aplica para la población en riesgo residente en el territorio.

Hacen parte de este tipo de RIAS, las siguientes:

1. RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifestas.
2. RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades respiratorias crónicas.
3. RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones nutricionales.
4. RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos mentales y del comportamiento manifestos debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones.
5. RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos psicosociales y del comportamiento.
6. RIAS para población con riesgo o presencia de 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 presencia de enfermedad y accidentes laborales.
12. RIAS para población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas.
13. RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades y accidentes relacionados con el medio ambiente.
14. RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades huérfanas.
15. RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos visuales y auditivos.
16. RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos degenerativos, neuropatías y autoinmunes.

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

Parágrafo. Los integrantes del Sistema podrán conformar otros grupos de riesgo de acuerdo con el comportamiento epidemiológico de la población a cargo y según las prioridades de su población y deberán desarrollar las Rutas de acuerdo con el “Manual metodológico para el diseño e implementación de la Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS)”, adoptado por la presente resolución.

Artículo 7°. *Adopción de las Rutas Integrales de Atención en Salud.* En cumplimiento del numeral 5,2 del artículo 5° de la Resolución 429 de 2016, este Ministerio desarrolló las siguientes RIAS que se adoptan en la presente resolución:

- 7.1. Para la promoción y mantenimiento de la salud.
- 7.2. Para la población materno –perinatal.

7.3. Para la población con riesgo o presencia de alteraciones cardio – cerebro – vascular –metabólicas manifiestas (Hipertensión Arterial (HTA), Diabetes Mellitus (DM) y Obesidad.)

7.4. Para la población con riesgo o presencia de cáncer (Cáncer de Mama y Cáncer de Cérvix).

7.5. Para la población con riesgo o presencia de alteraciones nutricionales (Atención a la Desnutrición Aguda para menores de 5 años).

7.6. Para la población con riesgo o presencia de trastornos mentales y del comportamiento manifiesto debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones.

7.7. Para la población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas (Enfermedades transmitidas por vectores: Chagas, Leishmaniosis, Malaria, Dengue, Chikungunya y Zika).

Parágrafo 1º. Las Rutas a que se refiere el presente artículo, se dispondrán en el Repositorio Institucional Digital (RID), del Portal Web del Ministerio de Salud y Protección Social en la siguiente dirección <http://url.minsalud.gov.co/rias>. Las demás Rutas Integrales de Atención en Salud del MIAS, serán desarrolladas progresivamente por este Ministerio.

Parágrafo 2º. Las Rutas se actualizarán en cualquier tiempo cuando se generen cambios en la evidencia que soporta las intervenciones poblacionales, colectivas o individuales, cuando se actualicen las Guías de Práctica Clínica -GPC que soportan las RIAS o cuando se modifique la situación del entorno. En todo caso, deberán revisarse mínimo cada tres (3) años y para su actualización se deberá seguir el “Manual metodológico para la elaboración e implementación de la Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS)”, adoptado por la presente resolución.

Artículo 8º. *Adaptación de las Rutas Integrales de Atención en Salud.* Las RIAS, deberán adaptarse a los ámbitos territoriales urbano, de alta ruralidad y con población dispersa, así como a los diferentes grupos poblacionales.

Artículo 9º. *Responsabilidades de los integrantes del sistema para la operación de las RIAS.* En el marco de las competencias y funciones, los integrantes del Sistema tendrán las siguientes responsabilidades en el desarrollo, adopción, adaptación e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud:

9.1. Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS):

9.1.1. Desarrollar las RIAS de acuerdo con las prioridades en salud definidas para el país según las condiciones epidemiológicas de la población colombiana.

9.1.2. Prestar asesoría y asistencia técnica para desarrollar y/o fortalecer capacidades para la adopción, adaptación, implementación, seguimiento y evaluación de las RIAS, a los integrantes del SGSSS y demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud.

9.2. Departamentos y Distritos:

9.2.1. Prestar asesoría y asistencia técnica para desarrollar y/o fortalecer capacidades para la adopción, adaptación e implementación de las RIAS, a los integrantes del SGSSS y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en su jurisdicción.

9.2.2. Vigilar y supervisar la adopción, adaptación, implementación y evaluación de las RIAS, en los términos de la presente resolución, y en caso de que no sean implementadas, informar a la Superintendencia Nacional de Salud, para que adelante las respectivas acciones, en el marco de su competencia.

9.3. Municipios:

9.3.1. Participar en las actividades relacionadas con la adopción, adaptación, implementación, seguimiento y evaluación de las RIAS, que convoque el respectivo departamento.

9.3.2. Participar en los procesos de asistencia técnica que lidere el departamento para desarrollar o fortalecer capacidades para la adopción, adaptación, implementación, seguimiento y evaluación de las RIAS.

9.4. Entidades Administradoras de Planes de Beneficios:

9.4.1. Adoptar, adaptar e implementar las RIAS de manera articulada con los demás integrantes del SGSSS que operan en el territorio, con el fin de garantizar la integralidad en la atención de la población afiliada.

9.4.2 Articular con las instituciones prestadoras de servicios de salud los mecanismos que garanticen a los afiliados el acceso efectivo a los servicios de salud primarios y complementarios establecidos en las RIAS.

9.5. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

9.5.1. Realizar el alistamiento y adecuar los procesos y tecnologías necesarias para garantizar la operación de las RIAS, en el marco de sus competencias y funciones.

9.5.2. Garantizar a los usuarios el acceso efectivo a los servicios y tecnologías en salud dispuestas en las RIAS.

9.5.3. Establecer con las Entidades Promotoras de Salud y demás entidades responsables de la atención en salud los mecanismos a través de los cuales se hará seguimiento y evaluación a la operación de las RIAS.

Parágrafo. El cumplimiento de las responsabilidades contenidas en el presente artículo implica una gestión eficiente de los recursos ya asignados por ley a los integrantes del SGSSS.

Artículo 10. *Vigilancia y control.* La Superintendencia Nacional de Salud, en el marco de sus competencias, vigilará y controlará el cumplimiento de las disposiciones previstas en la presente resolución. Las entidades departamentales, distritales y municipales de salud deberán generar y comunicar alertas en caso de incumplimientos a los

mandatos de la presente resolución a la Superintendencia Nacional de Salud, con el fin de que esta proceda a realizar las acciones pertinentes.

Lo anterior, sin perjuicio de las acciones de seguimiento y evaluación a las políticas del sector salud, que competen al Ministerio de Salud y Protección Social y a las Entidades Territoriales del orden Departamental y Distrital.

Artículo 11. *De la progresividad y gradualidad de las RIAS.* Las Entidades Territoriales, las Entidades Promotoras de Salud, las Entidades Obligadas a Compensar, los Regímenes de Excepción y Regímenes Especiales implementarán, dentro de los seis (6) meses siguientes a la expedición del presente acto administrativo, las RIAS “Para la Promoción y Mantenimiento de la Salud” y la “Materno Perinatal”. Dentro de los dieciocho (18) meses siguientes a la expedición de la presente resolución, implementarán las que respondan a las prioridades en salud definidas en los planes territoriales de salud y la RIA “Para la población con riesgo o presencia de alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas (Hipertensión Arterial (HTA), Diabetes Mellitus (DM) y Obesidad)”, para el cumplimiento de la mega Meta en salud definida en el Plan Estratégico Sectorial 2014-2018 “Reducción de la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles”.

Parágrafo. Las Normas Técnicas de Detección Temprana y Protección Específica, definidas en la Resolución 412 de 2000, serán sustituidas en la medida en que el Ministerio de Salud y Protección Social expida los lineamientos técnicos y operativos de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS).

Artículo 12. *Vigencia.* La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación.

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 25 de julio de 2016.

El Ministro de Salud y Protección Social,

Alejandro Gaviria Uribe.

MANUAL METODOLÓGICO PARA LA ELABORACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE LAS RUTAS INTEGRALES DE ATENCIÓN EN SALUD (RIAS)

INTRODUCCIÓN

En el marco de la política en salud vigente en Colombia, la Ley Estatutaria de la Salud (Ley 1751 de 2015) en su artículo 2º, hizo un giro esencial cuando situó el derecho a la salud en el ámbito del Sistema de Salud y no del Sistema de Seguridad Social en Salud y reconoció además su carácter de derecho social fundamental. Dicha ley tiene por objetivo “(...) garantizar el derecho a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección”.

De la misma forma, la precitada ley, dentro de sus disposiciones define el sistema de salud como “el conjunto articulado y armónico de principios y normas públicas; políticas públicas; instituciones; competencias; y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes; financiamiento; controles; información y evaluación que el Estado disponga para la garantía y materialización del derecho fundamental de la salud” (artículo 4º); determina la obligación del Estado como responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud (artículo 5º); indica el principio de integralidad en la atención, de acuerdo con el cual “(...) los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador(...)” (artículo 8º); determina la obligación del Estado en la afectación de los determinantes sociales de la salud a través de la adopción de “políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida (...)” (artículo 9º) y establece el principio de integralidad en las prestaciones de salud “El Sistema garantizará el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas (...)” (artículo 15).

Por otra parte, el artículo 20 ibídem, establece la obligatoriedad del Gobierno Nacional de “(...) implementar una política social de Estado que permita la articulación intersectorial con el propósito de garantizar los componentes esenciales del derecho, afectando de manera positiva los determinantes sociales de la salud (...) De igual manera dicha política social de Estado se deberá basar en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y su atención integral, oportuna y de calidad, al igual que rehabilitación”.

En coherencia con lo anterior, la Ley 1753 - Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, en su artículo 65, dispone: la “Política de atención integral en salud. El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), dentro del marco de la Ley 1751 de 2015, Estatutaria en Salud, así como las demás leyes vigentes, definirá la política en salud que recibirá la población residente en el territorio colombiano, la cual será de obligatorio cumplimiento para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en el marco de sus competencias y funciones”.

Parte de la reglamentación del artículo anteriormente citado corresponde a la Resolución 429 de 2016, por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud, a partir de la cual, “el sistema de salud debe encaminar sus esfuerzos al mejoramiento del estado de salud de la población y el goce efectivo del derecho a la salud, para lo cual se hace necesario aumentar el acceso y el mejoramiento de la calidad de los servicios, fortalecer la infraestructura hospitalaria, recuperar la confianza pública

en el sistema de salud y el aseguramiento de la sostenibilidad financiera del sistema y privilegiar estrategias preventivas y de medicina familiar y comunitaria, con enfoque intercultural, complementadas con el fortalecimiento del talento humano en salud(...)”.

La Política de Atención Integral en Salud tiene un marco estratégico y un modelo operacional. El marco operacional de la política está definido por el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), que exige “(...) poner a disposición de los integrantes un conjunto de herramientas (políticas, planes, proyectos, normas, guías, lineamientos, protocolos, instrumentos, metodologías, documentos técnicos) que integran los objetivos del sistema de salud con los del SGSSS, orientan la respuesta del sistema y alinean su regulación”.

El MIAS pone en el centro a las personas, su bienestar y desarrollo, propone intervenciones que comprenden acciones de promoción y cuidado de la salud, protección específica, detección temprana, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación a lo largo del curso de su vida, con oportunidad, pertinencia, accesibilidad, eficiencia, eficacia y efectividad. Es por ello que incluye tanto las acciones orientadas a generar bienestar, como las dirigidas hacia el mantenimiento de la salud, la detección de riesgos y enfermedad, la curación de la enfermedad y la reducción de la discapacidad.

Para su implementación el MIAS define diez (10) componentes operacionales: i) caracterización de la población; ii) regulación de Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS); iii) implementación de la Gestión Integral del Riesgo en Salud; iv) delimitación territorial del MIAS; v) redes integrales de prestadores de servicios de salud; vi) redefinición del rol del asegurador; vii) redefinición del esquema de incentivos; viii) requerimientos y procesos del sistema de información; ix) fortalecimiento del talento humano en salud; x) fortalecimiento de la investigación, innovación y apropiación del conocimiento.

Respecto a la regulación del segundo componente, el MIAS establece que las RIAS son una herramienta obligatoria que define a los integrantes del sector salud (Entidad territorial, EAPB, prestador) y de otros sectores las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrollan, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación.

Teniendo en cuenta los anteriores desarrollos normativos y técnicos del sistema de salud colombiano, el presente Manual Metodológico pretende brindar orientaciones técnicas a los integrantes del sistema de salud en el país para la elaboración, implementación, seguimiento y evaluación de las Rutas Integrales de Atención en Salud, como el elemento central para garantizar la atención integral en salud a la población colombiana, mediante la implementación del Modelo Integral de Atención en Salud en los territorios, atendiendo al proceso de adopción y adaptación de las RIAS de acuerdo con las particularidades territoriales y poblacionales.

El presente documento orienta conceptual y metodológicamente el diseño e implementación de las RIAS, a través de cuatro (4) capítulos ordenados de la siguiente manera: i) Definiciones conceptuales relacionadas con los enfoques y elementos centrales en la atención integral en salud; ii) Componentes de la Ruta Integral de Atención en Salud; iii) Marco metodológico para el diseño de Rutas Integrales de Atención en Salud que incluye las orientaciones para la implementación de las RIAS y iv) orientaciones para el monitoreo, seguimiento y evaluación de la implementación de las RIAS y los resultados en salud.

1. DEFINICIONES CONCEPTUALES

1.1. Enfoques orientadores de la atención integral en salud

1.1.1. Enfoque de Derechos

El enfoque de derechos se fundamenta en la garantía de la dignidad humana por parte del Estado y se orienta a promover, proteger y hacer efectivos los derechos humanos. En este sentido, se asume que todas las personas son sujetos titulares de derechos (ONU, 1948). El principal objetivo de basarse en este enfoque es analizar las desigualdades y corregirlas a partir de la formulación de políticas públicas y programas de desarrollo que garanticen los derechos antes aludidos, teniendo en cuenta el principio de equidad para las diferentes poblaciones (ONU, 2006). De acuerdo con la OMS (s/f), un enfoque de derechos humanos orienta tanto los resultados esperados como los procesos, por lo tanto, para la atención sanitaria es necesario incorporar los principios de participación, igualdad y no discriminación, en todas las etapas del proceso de planeación integral en salud y en la prestación de servicios de salud.

Orientar el quehacer de las Rutas de Atención Integral en Salud desde el enfoque de derechos significa reconocer que a todas las personas se les debe garantizar el acceso a una serie de atenciones/intervenciones en el curso de sus vidas, que se orientan a desarrollar sus capacidades y a promover el más alto nivel de bienestar, individual y colectivo; de tal forma que se constituyen en rutas universales de atención integral, que deberán ser adaptadas a las realidades de cada territorio del país.

Por otra parte, prestando especial importancia a los momentos o acontecimientos con potencialidad de modificar significativamente el proceso de desarrollo de las personas, se desarrollarán rutas de atención integral, específicas.

1.1.2. Enfoque de Desarrollo Humano

Este enfoque plantea que el centro del desarrollo de las sociedades son las personas, ampliando el concepto del mero crecimiento económico de un país. Se basa en premisas básicas como las planteadas por Amartya Sen al afirmar que “El desarrollo humano (...) como enfoque, se ocupa de lo que yo considero la idea básica de desarrollo: concretamente,

el aumento de la riqueza de la vida humana en lugar de la riqueza de la economía en la que los seres humanos viven, que es solo una parte de la vida misma (...). El objetivo principal del desarrollo es ampliar las opciones de las personas (...) en principio, estas opciones pueden ser infinitas y cambiar con el tiempo. A menudo las personas valoran los logros que no se reflejan, o al menos no en forma inmediata, en las cifras de crecimiento o ingresos: mayor acceso al conocimiento, mejores servicios de nutrición y salud, medios de vida más seguros, protección contra el crimen y la (ocurrencia de sucesos vitales inesperados) violencia física, una adecuada cantidad de tiempo libre, libertades políticas y culturales y un sentido de participación en las actividades comunitarias. El objetivo del desarrollo es crear un ambiente propicio para que la gente disfrute de una vida larga, saludable y creativa” (Sen, 1998).

Al respecto, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) plantea que este tiene por objetivo ampliar las oportunidades de las personas, centrándose de manera general en la riqueza de las vidas humanas y no solo en la riqueza de las economías (PNUD, 2015) y para ello, hace hincapié en la generación de condiciones necesarias para que las personas amplíen sus capacidades y puedan disfrutar plenamente de una vida larga y saludable, adquieran conocimientos y disfruten de un nivel de vida digno. En consecuencia, este enfoque plantea que las sociedades tienen el imperativo ético de mejorar las condiciones de vida de sus ciudadanos “a través del incremento de los bienes y servicios con los que pueden cubrir sus necesidades básicas y complementarias, y de la creación de un entorno en el que se respeten los derechos humanos de ellos” (Méndez & Lloret, 2004).

1.1.3. Enfoque de Curso de Vida

El curso de vida hace referencia al conjunto de trayectorias o roles que sigue el desarrollo de las personas a lo largo del tiempo, que son moldeadas por interacciones y la interdependencia de los aspectos biológicos y sociales del individuo; los contextos culturales, sociales e históricos en los cuales transcurre la vida y, los sucesos vitales y las transiciones individuales, familiares o comunitarias.

La noción de tiempo es fundamental para el enfoque del curso de la vida. Por ello, el punto central de este enfoque es la comprensión de cómo influye el pasado en el presente, haciendo énfasis en la comprensión de las interacciones entre el cambio biológico y el cambio social; por lo tanto, se abordan los seres humanos como entidades sociales y biológicas, analizando las complejas interacciones que se desarrollan a través del tiempo entre una gama de determinantes sociales y los resultados en salud, configurando diferentes patrones de ventajas o desventajas en el estado de salud y en el desarrollo humano. En este sentido, la investigación orientada por el enfoque de curso de vida no solo está interesada en la forma en que lo social “se pone en la piel” para afectar a la biología, sino también, cómo la salud afecta a la forma en que interactuamos con nuestro mundo social (Burton-Jeangros, Cullati, Sacker & Blane, 2015).

De acuerdo con la OPS, el enfoque del curso de vida aplicado a la atención sanitaria, se basa en un modelo que sugiere que los resultados de salud para individuos, familias y comunidades dependen de la interacción de diversos factores protectores y de riesgo a lo largo de dicho curso de vida. De tal manera “que el estado de salud a cualquier edad, para una cohorte de nacimiento determinada, refleja no solo las condiciones contemporáneas sino la encarnación de las circunstancias vitales anteriores, desde la etapa intrauterina en adelante” (Krieger, 2001).

El enfoque de curso de vida se fundamenta en cinco principios analíticos propuestos por Elder (Elder, 1999; Marshall & Mueller, 2003):

Desarrollo a lo largo del tiempo

Tiempo lugar / transferencia de condiciones

Timing (ocurrencia de sucesos vitales inesperados) Vidas interconectadas

Libre albedrío o agencia

Sobre la base de estos principios, el enfoque de curso de vida se organiza a partir de tres elementos centrales, que son fundamentalmente herramientas metodológicas:

Trayectoria: Hace referencia al recorrido que realiza un ser humano por los diferentes roles (trabajo, escolaridad, vida conyugal, migración, etc.) en que se desenvuelve, sin que esto implique una velocidad o secuencia particular o predeterminada de eventos. La conjunción y análisis de las trayectorias de los individuos, sus familias y comunidades, configuran el análisis desde el enfoque de curso de vida.

Transición: Referida al cambio de estado, posición o situación de un individuo en un momento determinado durante una trayectoria, lo cual no es predeterminado ni necesariamente previsible, e implica un proceso de adaptación del ser humano al cambio realizado. Un ejemplo son los diferentes estados que puede tener un individuo en su trayectoria conyugal: soltero, casado, divorciado, viudo y otros más. Estas transiciones se pueden presentar varias veces y en diferentes momentos del curso de vida, afectando simultáneamente las diferentes trayectorias vitales del individuo.

Sucesos vitales: Ligados a las oportunidades de desarrollo de las personas. Se definen como los “eventos que provocan fuertes modificaciones traducidas en cambios drásticos del curso de vida” (Blanco, 2011). Son acontecimientos favorables o desfavorables, que cambian notablemente el curso de vida de un individuo y, en consecuencia, de varias de sus trayectorias vitales. Por citar algunos ejemplos de sucesos vitales que se han descrito en la RIAS y que se encuentran respaldados por evidencia científica -subrayando que no son exclusivos de un momento vital-: paternidad / maternidad, vinculación / desvinculación a la vida productiva; muerte de una persona significativa, privación de la libertad; ser objeto de cualquier tipo de violencia, o desastres naturales, o de origen antropogénico.

1.2. Atención integral en salud

El Ministerio de Salud y Protección Social ha definido la Atención Integral en Salud como el conjunto de acciones coordinadas, complementarias y efectivas para garantizar el derecho a la salud, expresadas en políticas, planes, programas, proyectos, estrategias y servicios, que se materializan en atenciones dirigidas a las personas, familias y comunidades para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.

En este sentido, la atención integral en salud se caracteriza por:

- Estar centrada en las personas, familias y comunidades reconociéndolas en su diversidad y singularidad.
- Reconocer el carácter multidimensional del desarrollo, superando las visiones fragmentadas por órganos, sistemas o daños específicos y/o temáticos; con el objetivo de apoyar e impulsar el desarrollo humano sostenible.
- Promover la complementariedad en la gestión de los actores sectoriales e intersectoriales para la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud y la garantía del derecho a la salud.

- Garantizar el continuo de la atención con calidad.
- Garantizar la complementariedad de las acciones/intervenciones entre:
 - Los planes de beneficio individual y colectivo.
 - Los prestadores primarios y complementarios.
 - Las modalidades de prestación de servicios.
 - Los servicios sociales y sanitarios.
- Asegurar resultados en salud en las personas, familias y comunidades.

1.3. Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS)

Para garantizar la integralidad de la atención en salud de la población, el Ministerio de Salud y Protección Social elaboró las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), las cuales se configuran en la herramienta que ordena 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:

- i) Acciones intersectoriales y sectoriales orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de las personas, familias y comunidades,
- ii) Atenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, y
- iii) Acciones de cuidado que se esperan del individuo para el mantenimiento o recuperación de su salud.

Las RIAS son una herramienta que definen a los agentes del Sistema de Salud (territorio, asegurador, prestador) y de otros sectores, las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación.

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.

Actualmente las RIAS están constituidas por tres tramos:

1. Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud en el curso de vida de carácter individual y colectivo, dirigidas a promover la salud, prevenir el riesgo, prevenir la enfermedad y generar cultura del cuidado de la salud en las personas, familias y comunidades; incluye como atenciones obligatorias para toda la población colombiana: la valoración integral del estado de salud, la detección temprana de alteraciones, la protección específica y la educación para la salud, que contiene el cuidado a los cuidadores.

2. Rutas Integrales de Atención para Grupos de Riesgo, intervenciones individuales y colectivas dirigidas a la identificación oportuna de factores de riesgo y su intervención, ya sea para evitar la aparición de una condición específica en salud o para realizar un diagnóstico y una derivación oportuna para el tratamiento.

3. Rutas Integrales de Atención Específica para Eventos, intervenciones individuales y colectivas dirigidas principalmente al diagnóstico oportuno, tratamiento, rehabilitación y paliación de los eventos o condiciones específicas de salud priorizadas.

De esta manera, además de las atenciones para la promoción y mantenimiento de la salud, la RIA define intervenciones para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad; así como educación para la salud potenciando el cuidado, que permita la reducción o mitigación del daño o la recuperación de la salud ante la presencia de un evento.

Las RIAS se caracterizan por:

- Describen explícitamente los elementos clave de la atención basada en la evidencia, las mejores prácticas y las expectativas de los usuarios.
- Permiten la integración organizada, mediante la secuenciación de las acciones multidisciplinarias de índole poblacional, colectiva e individual y las funciones de los diferentes integrantes del SGSSS y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en el marco de sus competencias y funciones.

- Fortalecen la comunicación entre los diferentes integrantes del SGSSS y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en el marco de sus competencias y funciones.

- Facilitan la identificación apropiado de los recursos humanos, de infraestructura y financieros.

- Precisan las responsabilidades de los diferentes integrantes del SGSSS y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud.

- Especifican resultados esperados de las intervenciones colectivas e individuales, dentro del proceso integral de la atención en salud.

El Ministerio de Salud y Protección Social cree firmemente que el desarrollo de las rutas integrales de atención tiene un enorme potencial en todos los aspectos de la prestación de servicios para contribuir a la conducción y a la consecución de los cuatro objetivos nacionales del modelo integral de atención en salud.

Los principios que sustentan el concepto de la elaboración de las rutas integrales de atención en salud, son:

- Centrado en los sujetos: las rutas integrales de atención en salud se centran en las personas, familias y comunidades, respetando opciones, cultura, contexto social y las necesidades específicas de los sujetos.

- Seguridad y calidad: las rutas integrales de atención en salud ejercen la seguridad y calidad mediante la promoción de la práctica informada por la evidencia y el esfuerzo constante en la mejora de la calidad en todos los puntos de la prestación de servicios de salud.

- Eficacia: las rutas integrales de atención en salud parten de la mejor evidencia disponible, identificando acciones e intervenciones eficaces para garantizar la atención integral en salud y en la adecuada prestación de servicios de salud.

- Eficiencia: reducir los residuos y el costo total de la prestación de servicios de salud directos e indirectos; por ejemplo, los residuos de los suministros, equipos, espacio, capital y recursos humanos.

- Equidad: las rutas integrales de atención en salud ofrecen oportunidades para abordar y cerrar las brechas socioeconómicas en el estado de salud.

Dentro de las particularidades de las RIAS se encuentran:

1. Son una declaración explícita de los objetivos y elementos clave de la atención basada en la evidencia, las mejores prácticas, y las expectativas de los usuarios y sus características.

2. Permite facilitar la comunicación entre los actores del sistema relacionados en la ruta: usuarios, familiares, instituciones prestadoras de servicios de salud, entidades administradoras de planes de beneficios, entidades territoriales, entre otros.

3. Permite la coordinación sectorial e intersectorial, asegurando el encadenamiento en el continuo de la atención desde los procesos más promocionales de la gestión de la salud pública hasta las intervenciones individuales de tratamiento, diagnóstico, rehabilitación y paliación de los eventos en salud, pasando por las intervenciones individuales y colectivas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

4. Permite realizar una coordinación del proceso de atención mediante las funciones y la secuenciación de las actividades del equipo de atención multidisciplinaria, usuarios y sus familiares.

5. La documentación, monitoreo y evaluación de los resultados.

6. La identificación de los recursos apropiados.

2. COMPONENTES DE LAS RUTAS INTEGRALES DE ATENCIÓN EN SALUD (RIAS)

En este capítulo se presentan los elementos que ordenan las RIAS, las acciones/intervenciones que garantizan el continuo de la atención integral en salud, los hitos, los desenlaces esperados o resultados en salud, la gobernanza en salud, la búsqueda de la evidencia científica, las categorías de atención, y las formas de presentación de las RIAS.

2.1. Ordenadores de las Rutas Integrales de Atención en Salud

2.1.1. Momentos del curso de vida

De acuerdo con el documento de apropiación del enfoque de curso de vida del MSPS (2014), este enfoque aborda a las personas en los diferentes momentos del continuo de la vida reconociendo las características y los cambios que, desde la particularidad de cada uno, potencian el desarrollo y la salud de las personas, constituyéndose como lo plantea Parodi, (s/f) en una aproximación transversal para facilitar la medición y monitoreo, sin perder de vista que se trata de un continuo, evitando caer en el error de analizar segmentos aislados.

Para abordar los momentos vitales se tendrá en cuenta que la edad debe ser considerada como un valor social más que cronológico, ya que se constituye en una construcción social e histórica al interactuar con los roles sociales, marcando trayectorias y cursos de vida diferentes para los sujetos, de acuerdo con la cultura, la historia y el contexto social, político y económico de cada persona. De igual forma, es importante recalcar que el enfoque de curso de vida no asume las diferentes etapas del ciclo vital por separado, sino que por el contrario, se interesa por la manera en que un sujeto cambia a lo largo de la vida, por la comprensión del cambio como un fenómeno intrínsecamente vinculado a un entorno biosocial también en transformación, al que el sujeto se adapta permanentemente (Villar, 2005); y por la interrelación e interdependencia entre las diferentes etapas que “hacen parte del proceso general de envejecimiento que avanza fisiológica, psicológica y socialmente desde el momento de la concepción” (Zapata y cols., 2002; p. 118).

Los momentos vitales y su conceptualización acogidos por las RIAS son: i) Primera infancia, ii) Infancia, iii) Adolescencia, iv) Juventud, v) Adultez, y vi) Vejez. Para cada uno de ellos se presenta a continuación, una breve definición que incluye criterios de referencia cronológica y subagrupaciones, en razón a que el desarrollo de los sujetos no es homogéneo, ni invariable (MSPS, 2014).

2.1.1.1. Primera infancia: Hace referencia al momento vital o etapa que comprende el desarrollo de los niños y las niñas desde su gestación hasta los 5 años de vida (Política de Primera Infancia, 2006; Ley 1098 de 2006). Los niños y las niñas desde su nacimiento hasta los 5 años son sujetos de derechos y, en cuanto tales, seres sociales únicos, irreductibles, activos y con subjetividad propia. Esta concepción implica que se consideran seres humanos dignos, amparados por los derechos propios a su naturaleza y particular momento del ciclo vital (Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia, 2013).

Es un momento¹ crucial para el desarrollo pleno del ser humano en todos sus aspectos: biológico, psicológico, cultural y social; además de ser decisivo para la estructuración de la personalidad, la inteligencia y el comportamiento social (Política de Primera Infancia, 2006; Irwin y cols, 2007). En este momento de la vida las niñas y los niños sientan las bases para el desarrollo de sus capacidades, habilidades y potencialidades (Ley 1098 de 2006).

2.1.1.2. Infancia: Desde la esfera biológica corresponde al periodo que cursa entre los 6 y los 11 años de edad, con un crecimiento regular menos acelerado que el de la primera infancia. Algunas de las características de la infancia son: i) Potencialidad para realizar aprendizajes sistemáticos; ii) Amplia percepción progresiva de sus propias competencias; iii) Marcada interacción social fuera de la familia; iv) Disfrute de juegos de reglas y competencia v) Resolución de problemas cotidianos de manera independiente, vi) Aprendizaje fundamentado básicamente en la imitación de modelos de su entorno.

Desde la esfera sociológica Pavez, 2012 considera que “*Las niñas y los niños son y deben ser vistos como agentes; es decir, como actores sociales que participan en la construcción y determinación de sus propias vidas, de quienes les rodean y de las sociedades en que viven. Las niñas y los niños no son objetos pasivos de la estructura y los procesos sociales*” (p. 94).

La infancia debe entenderse como una etapa en el curso de vida con las características mencionadas, cuyo interés superior prevalece sobre el de las personas mayores de 18 años, obligando al Estado, la familia y la comunidad a satisfacer integral y simultáneamente todos sus Derechos Humanos; en este contexto el papel del sector salud frente a la infancia trasciende a los servicios de salud, para pasar a ser el garante, desde su competencia, de aportar positivamente en el desarrollo integral a través de estrategias integradoras individuales y colectivas, logradas sobre la base de la participación y la intersectorialidad en los diferentes entornos donde transcurre la vida las niñas y niños.

2.1.1.3. Adolescencia: Se refiere a hombres y mujeres entre los 12 y 17 años. De acuerdo con Pineda & Aliño (2002), este momento vital se caracteriza por “*profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivos. No es solamente un periodo de adaptación a cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social*” (p. 16). Se constituye en un momento clave en el proceso de socialización del sujeto, desarrollando importantes aprendizajes que le permiten el ajuste en sus interrelaciones personales para distinguirse unos de otros y adaptarse a la estructura social (Domínguez, 2008).

2.1.1.4. Juventud: Desde la esfera biológica hace referencia a hombres y mujeres entre los 18 y 28 años; sin embargo, el modelo integral de atención en salud propone superar su reconocimiento únicamente por la identificación de la capacidad biológica de reproducción y su tránsito hacia la adultez (Reguillo, 2007), reconociendo a la juventud como una construcción de sujetos sociales fundantes en las dinámicas de configuración de acciones políticas y construcción de otras lógicas de poder, dada a través del reconocimiento de su participación (Muñoz & Alvarado, 2011), su autonomía, su capacidad de agencia; sus enormes recursos de poder, sus perspectivas de desarrollo y de renovación social; que no se limitan por la cronología objetiva, sino que comparten una cronología subjetiva (Martínez, 2010).

En este sentido, se reconoce a las y los jóvenes desde la heterogeneidad [las juventudes], desde la diversidad marcada por condiciones y situaciones como el sexo, el género, la posición social, el ingreso económico, la cultura, que enmarcan las formas de ser joven, “*se es joven en un contexto concreto*” (Alba, 1975; citado por Villa, 2011). Así, los jóvenes son considerados como sujetos sociales que dan desarrollo a sus vidas a través de las oportunidades y posibilidades dadas según el contexto y experiencias vividas, que les permiten llegar a ser y a hacer (Vélez, 2009).

2.1.1.5. Adultez: Hace referencia a hombres y mujeres entre 29 y 59 años de edad. Se alude a las personas adultas como sujetos de derechos, que se desarrollan de acuerdo con sus capacidades de agencia y potencialidades (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2011), con su propia capacidad de establecer metas de desarrollo y poner en marcha los recursos necesarios para alcanzarlos, configurando sus trayectorias evolutivas personales (Villar, 1998) y con las oportunidades de desarrollo disponibles en sus contextos, que marcan su libertad de elegir la vida que valoran y quieren vivir.

Diversas teorías subdividen esta etapa en periodos, teniendo en cuenta que las características y el desarrollo varían ampliamente en este rango de edad. Una de las más aceptadas es la clasificación fenomenológica realizada por Remplein, acogida por este

documento, quien propone tres periodos (Remplein, 1968; citado por Zapata y cols., 2002): i) Adultez temprana o joven (20 a 30-32 años); ii) Adultez media (30-32 a 42-44 años); iii) Adultez madura (42-44 a 56-58 años).

2.1.1.6. Vejez: Hace referencia a hombres y mujeres de sesenta (60) y más años de edad, sujetos de derechos, plenos y activos; poseedores de experiencias, capacidades y habilidades que les permiten participar y tomar decisiones respecto de situaciones que afecten su presente y su futuro, y contribuir en espacios familiares, sociales e intergeneracionales en los sistemas sociales, económicos, políticos, culturales y ambientales de los que hacen parte².

2.1.2. Grupos de Riesgo

El Ministerio de Salud y Protección Social ha definido como grupo de riesgo a un conjunto de personas con condiciones comunes de exposición y vulnerabilidad a ciertos eventos que comparten: i) La historia natural de la enfermedad, ii) Factores de riesgo relacionados, iii) Desenlaces clínicos y iv) Formas o estrategias eficientes de entrega de servicios (MSPS, 2014).

En este sentido, la conformación de los grupos de riesgo ofrece claridad estratégica a los tomadores de decisión locales, cumpliendo con principios de eficiencia y coherencia entre los distintos programas de salud pública. Para los grupos de riesgo conformados se define un proceso de atención integral que incluye acciones intersectoriales y sectoriales de gestión de la salud pública, e intervenciones individuales y colectivas, asumiendo que los grupos de riesgo poseen características similares, es posible definir una respuesta social organizada y coherente, establecida como proceso de atención integral que permite su gestión integral.

Los dieciséis (16) 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 autoinmunes.

El procedimiento para la identificación y priorización de grupos de riesgo puede consultarse en el capítulo 3, primer paso del presente manual.

Los grupos de riesgo serán tenidos en cuenta por las entidades territoriales de acuerdo al análisis de la situación en salud, para la realización de acciones de promoción de la salud e intervenciones sectoriales e intersectoriales, así como para realizar las interfaces con los aseguradores para orientar las intervenciones individuales y colectivas que conlleven a los resultados esperados en salud en su jurisdicción.

2.1.3. Entornos

De acuerdo con los avances técnicos del Ministerio de Salud y Protección Social, los entornos se comprenden como “*los escenarios de la vida cotidiana en los cuales los sujetos se desarrollan, donde constituyen su vida subjetiva, construyen vínculos y relaciones con la vida social, histórica, cultural y política de la sociedad a la que pertenecen. Son escenarios configurados por dinámicas y por condiciones sociales, físicas, ambientales, culturales, políticas y económicas, donde las personas, las familias y las comunidades conviven y en los que se produce una intensa y continua interacción y transformación entre ellos y el contexto que les rodea. Se caracterizan por tener sujetos con roles definidos y una estructura organizativa, que comprende condiciones de base socio demográfica que pueden ser urbanas o rurales*” (MSPS, 2015. Estrategia entornos saludables).

Dentro de las características de los entornos saludables se encuentran, los siguientes (MSPS, 2015):

- Favorecen el desarrollo humano sustentable y sostenible.
- Promueven el desarrollo de capacidades.
- Contribuyen al bienestar individual y colectivo.
- Producen y re-significan prácticas y normas que se constituyen en formas de vivir.

¹ Una de las definiciones de la RAE para el término Momento, es: “Lapso de tiempo más o menos largo que se singulariza por cualquier circunstancia. Este fue el mejor momento de su vida. Aquella guerra civil fue el peor momento del siglo”.

² Construcción propia a partir de definición en Ley 1251 de 2008, 1276 de 2009 y bibliografía consultada.

- Potencian la salud integral, ofrecen protección, seguridad y confianza para la vida y convivencia de las personas y colectivos.

- Permiten la gestión y el ejercicio de los derechos y mejores condiciones y calidad de vida.

- Generan condiciones de protección, seguridad, convivencia, cuidado, (cuidado de sí, cuidado mutuo, cuidado de los otros, cuidado del entorno) y equidad, que contribuyen al mejoramiento del bienestar individual y colectivo de la población.

- Fomentan la inclusión, el respeto y reconocimiento de la diversidad: curso de vida, género, etnia, condiciones particulares (discapacidad, talentos especiales, entre otros, situaciones sociales (desplazamiento, víctimas del conflicto, habitante de calle, entre otros).

- Promueven la participación social y la movilización en torno a la generación de condiciones de bienestar y calidad de vida.

- Permiten la visibilización de saberes y prácticas en torno al manejo personal y social de los conflictos y los sucesos vitales adversos.

- Generan infraestructuras y equipamientos seguros, acceso a bienes y servicios que promueven modos, condiciones y estilos de vida saludable.

- Promueven condiciones sociales, físicas y ambientales (infraestructura, agua para consumo humano, saneamiento básico, higiene, dinámicas propias de los entornos familiar, educativo, laboral y comunitario), que contribuyen al mantenimiento y/o mejoramiento de los modos, condiciones y estilos de vida de las personas.

- Se configuran como los escenarios que se traducen en unidad de gestión donde se materializan las respuestas institucionales (entre ellas las atenciones/intervenciones del sector salud), sectoriales y de actores que participan en el bienestar y el desarrollo de los mismos.

Respecto a los entornos, la Política de Atención Integral en Salud - PAIS define los siguientes: hogar, educativo, comunitario, laboral e institucional. A continuación se presentan las definiciones del MSPS para cada uno de ellos (MSPS, 2015):

2.1.3.1. Entorno hogar: Se comprende como el escenario de refugio, acogida y afecto. Constituye un espacio de residencia permanente y es fundamental para el desarrollo y establecimiento de vínculos y relaciones sociales de base para la vida social, cultural y política de las personas y las familias. Por lo tanto, pueden ser hogares familiares o no familiares.

2.1.3.2. Entorno educativo: Comprendido como escenarios de vida cotidiana donde la comunidad educativa desarrolla capacidades a través de procesos de enseñanza/aprendizaje contextualizados, que permiten la construcción social y reproducción de la cultura, el pensamiento, la afectividad, los hábitos y estilos de vida; que le brindarán mejores formas de vivir y relacionarse consigo mismo, con los demás y con el ambiente.

2.1.3.3. Entorno laboral: Comprendido como escenarios donde las personas e individuos se organizan para producir bienes y servicios, en condiciones que promueven y protegen la salud brindando bienestar a los trabajadores, sus familias y comunidades; con la participación activa en la eliminación y mitigación de los factores adversos a su salud. Comprende los escenarios laborales formales, e informales.

2.1.3.4. Entorno comunitario: Se comprende como los espacios donde se da la dinámica social de las personas y los colectivos dispuestos en grupos de base, redes sociales y comunitarias; así como también, los espacios de relación, encuentro y desplazamiento, como son las infraestructuras, bienes y servicios dispuestos en el espacio público. Se compone de espacios abiertos, caracterizados por el libre acceso (plazas, parques, vías entre otros) y de espacio, ubicados en infraestructura de acceso permitido a los cuales la comunidad atribuye valor político, histórico, cultural y/o sagrado (bibliotecas, ludotecas, casa de cultura, museos, teatros, templos, malocas, estadios, escenarios de participación entre otros).

2.1.3.5. Entorno institucional: Se comprende como los espacios intramurales de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (públicas y privadas) donde interactúan los integrantes del Sistema de Salud para garantizar la atención integral en salud a los usuarios mediante intervenciones individuales y colectivas, teniendo en cuenta la disponibilidad de servicios habilitados, en el territorio y los atributos de calidad de la atención en salud.

2.1.4. Intervención

Las intervenciones o atenciones en salud se conciben como acciones intencionadas y efectivas, encaminadas a: promoción de la salud, detección temprana, protección específica, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y educación para la salud, dirigidas a las personas, familias y comunidades en cada uno de los entornos en los que transcurre su vida. Estas intervenciones pueden desarrollarse en los niveles individuales o colectivos, a través de las modalidades de prestación de los servicios intramurales, extramurales o telemedicina, dependiendo de sus características y de las tecnologías disponibles y apropiadas a la realidad de cada territorio.

2.1.4.1. Tipos de intervenciones

Las **intervenciones poblacionales** hacen referencia a “*el uso de métodos científicos para producir conocimiento sobre intervenciones de políticas y programas que operan dentro o fuera del sector salud y que tienen un potencial de impactar la salud a nivel poblacional... se entiende por impacto poblacional el que modifica las condiciones de riesgo para toda la población en cohortes sucesivas*” También: *se entiende por intervenciones poblacionales aquellas que “...se aplican en grupos poblacionales, áreas, jurisdicciones o instituciones con el fin de modificar los contextos sociales, físicos, económicos o legislativos para que estos favorezcan los cambios de comportamientos deseados*” (MSPS, 2010. Intervenciones poblacionales en factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles).

Las **intervenciones colectivas** hacen referencia al “*conjunto de intervenciones, procedimientos o actividades para la promoción de la salud y la gestión del riesgo dirigidas a grupos poblacionales a lo largo del curso de la vida, definidas con fundamento en la evidencia disponible y en las prioridades de salud de cada territorio*” (Res. 518/2015).

Las **intervenciones individuales** son aquellas dirigidas al individuo cuyo objetivo es lograr la atención integral en salud, que incluye acciones de promoción de la salud, detección temprana, protección específica, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación (Res. 518/2015).

2.1.5. Hitos

Corresponde a los resultados de la gestión y del proceso de atención que se convierten en trazadores y marcan la diferencia en el logro de resultados en salud en las personas, familias y comunidades.

Los hitos pueden recoger una o varias intervenciones en salud y se pueden referir a aspectos como coberturas, accesibilidad, pertinencia técnica y cultural, oportunidad, entre otros. Así mismo, deben estar soportados por la evidencia científica. Por ejemplo, para el resultado esperado de niños y niñas con adecuado estado de salud bucal sin daño o pérdida de dentición por enfermedades prevenibles, un resultado de proceso será i). Porcentaje de niños y niñas que asisten por lo menos a dos valoraciones de salud bucal al año. En otro caso, para el resultado esperado de reducción de la morbilidad y mortalidad Materna, uno de los hitos propuestos es la captación temprana de la gestante al control prenatal.

2.1.6. Desenlaces esperados o resultados en salud

Son los cambios en las condiciones de vida, concepciones y prácticas que promueven, mantienen y recuperan la salud a la vez que favorecen el desarrollo integral de las personas, familias y comunidades; atribuidos a las intervenciones/atenciones en el continuo de la atención integral en salud (MSPS, 2015).

De la anterior definición se deduce que los resultados no solo aluden a los que se deriven de las intervenciones sanitarias, sino que también implican las acciones que desde los otros sectores inciden sobre los determinantes sociales en salud. Para la definición de los resultados de la regulación mediante las RIAS, se consideran diferentes tipos, teniendo en cuenta los alcances en los cambios esperados:

2.1.6.1. De resultado final o impacto³: Son los cambios esperados en las personas en cada momento del curso de vida, así como también, en las familias y comunidades; atribuidos al conjunto de atenciones/intervenciones contempladas en las RIAS y que se logran a partir de más de un resultado intermedio o de efecto, y generalmente a largo plazo. Por ejemplo: i) Niños y niñas menores de 6 años que crecen y se desarrollan adecuadamente teniendo en cuenta su singularidad desde el punto de vista físico-motor, socio-emocional y cognitivo, ii) Adolescentes con autonomía y condiciones para la toma de decisiones sobre su salud.

2.1.6.2. De resultado intermedio o efecto: Son los cambios esperados en las personas en cada momento del curso de vida, en las familias y comunidades atribuibles a la garantía de una o varias atenciones contempladas en las RIAS y que pueden ser logrados en un corto o mediano plazo. Por ejemplo, los siguientes resultados intermedios contribuyen al logro del resultado final o de impacto mencionado arriba: i) Niños y niñas con óptimas condiciones visuales, ii) Niños y niñas menores de seis meses con lactancia materna exclusiva, iii) Familias que desarrollan prácticas que favorecen el cuidado y desarrollo de niños y niñas menores de 6 años y iv) Niños y niñas sin enfermedades inmunoprevenibles.

2.1.6.3. Resultados en calidad de la prestación de servicios de salud: Consiste en acciones sistemáticas y continuas que llevan a una mejora medible en los servicios de salud y el estado de salud de los grupos de riesgo o de pacientes específicos. (Advances in Quality Improvement: Principles and Framework, Spring 2001 issue of the Quality Assurance Project's QA Brief).

2.1.6.4. Resultados en reducción de la inequidad en salud: Se define como la reducción significativa de los gradientes en salud en las poblaciones en condición de vulnerabilidad. (P Braveman, S Gruskin. Defining equity in health. J Epidemiol Community Health. 2003; 57:254–258).

2.1.7. Gobernanza en salud

Los conceptos de gestión de la salud pública y la gobernanza se encuentran involucrados directamente con la elaboración, desarrollo e implementación de las RIAS, cuyo alcance se encuentra soportado en la normatividad vigente⁴.

³ Para la evaluación de los resultados finales o de impacto se debe considerar el análisis de la reducción significativa de inequidades en salud en población en condiciones de vulnerabilidad (P Braveman, S Gruskin. Defining equity in health. J Epidemiol Community Health. 2003; 57:254–258).

⁴ Los artículos 155 y 170 de la Ley 100 de 1993 y el artículo 42 de la Ley 715 de 2001 designan las funciones de Dirección y control en el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud; adicionalmente, la Ley 715 de 2001 establece las funciones de conducción sectorial, modulación del financiamiento y vigilancia del aseguramiento en el MSPS.

El artículo 175 de la Ley 100 de 1993 y los artículos 43 y 44 de la Ley 715 de 2001, establecen funciones para los departamentos, distritos y municipios categorías 1, 2 y 3 las funciones de conducción sectorial, gestión de políticas, vigilancia y control de las actividades de salud pública en el nivel territorial.

El artículo 10 de la Ley 1438 de 2011, establece que el Gobierno Nacional será el responsable de la política de salud pública y de garantizar la ejecución y resultados de las acciones de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como pilares de la estrategia de Atención Primaria en Salud, para lo cual determinará la prioridad en el uso de los recursos que para este fin administren las entidades territoriales y las Entidades Promotoras de Salud. El Ministerio de la Protección Social y las entidades territoriales establecerán objetivos, metas, indicadores de seguimiento sobre resultados e impactos en la salud pública de las actividades de promoción de salud y la prevención de la enfermedad.

La gestión de la salud pública como proceso dinámico, integral, sistemático y participativo, bajo el liderazgo y conducción de la autoridad sanitaria, está orientado a que las políticas, planes, programas y proyectos de salud pública se realicen de manera efectiva, coordinada y organizada, entre los diferentes actores del SGSSS y del Sistema General de Riesgos Laborales (SGRL), junto con otros sectores del Gobierno, de las organizaciones sociales y privadas y la comunidad. Se enmarca en el ejercicio de la rectoría y apunta a la generación de gobernanza en salud, con el propósito de que las respuestas sectoriales, intersectoriales y comunitarias se desarrollen de manera articulada y orientadas al logro de resultados en salud.

Por tanto, para el logro de los resultados en salud, los objetivos y metas del Plan Decenal de Salud Pública, se requiere que, a través de un proceso de gobernanza en salud, se implemente la Gestión de la Salud Pública (GSP) como responsabilidad indelegable de la autoridad sanitaria, para la conducción del SGSSS, la garantía del aseguramiento y de la adecuada prestación de servicios individuales y colectivos, la fiscalización, y la movilización de otros sectores de la sociedad de los territorios y de la ciudadanía.

En ese sentido, la gobernanza se reconoce como un proceso por el cual se definen direcciones de la sociedad y de las formas de organizarse para realizar los objetivos (resolver problemas, enfrentar desafíos, crear futuros de valía) y del modo como se distribuyen los costos y beneficios. Mediante la gobernanza se encontrarán las orientaciones normativas, técnicas y administrativas para que los distintos niveles territoriales de la administración pública (MSPS, Departamento/Distrito y municipios), así como los aseguradores y prestadores en salud, organicen sus procesos de gestión para lograr resultados en salud, a partir de la acción articulada de los sectores involucrados.

Las RIAS aportan elementos conceptuales y prácticos para direccionar las acciones de promoción de la salud y prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad en concordancia con la normatividad vigente y, especialmente, con el Plan Decenal de Salud Pública.

Las RIAS contribuyen al mejoramiento del desempeño de las organizaciones que forman parte del SGSSS y la articulación de acciones individuales y colectivas centradas en las personas y su entorno vital para la promoción de la salud y la prevención, mitigación y superación de riesgos, que faciliten el logro de las metas de salud del país. Organizan y fomentan la complementariedad y optimización de los recursos humanos, financieros, logísticos y tecnológicos con la eliminación de duplicidades, desperdicios y sobrecostos en los procesos, para prestar servicios en salud que maximicen los beneficios para los usuarios con el mínimo de efectos adversos, de tal forma que el efecto combinado de todas las acciones realizadas por los actores, permitan que se logren las metas establecidas. También contribuyen a la articulación de las competencias de las entidades territoriales con las responsabilidades de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y otros actores, incluida la comunidad.

Las acciones de gestión de la salud pública definidas en las RIAS, serán adaptadas al contexto territorial e implementadas de conformidad con lo establecido con la normatividad vigente.

2.1.8. Búsqueda de evidencia científica

Las acciones e intervenciones que integran las Rutas Integrales de Atención en Salud están fundamentadas en la mejor evidencia científica disponible; por lo tanto, para la elaboración de las mismas, la búsqueda de esta evidencia se constituye en una herramienta fundamental para la toma de decisiones y en garantía de efectividad de las acciones/intervenciones. A continuación, se presentan los conceptos claves que deben ser tenidos en cuenta para el desarrollo de este proceso:

2.1.8.1. Revisión de la literatura: Resumen e interpretación de los hallazgos de investigación publicados en la literatura. Puede incluir revisiones cualitativas no estructuradas por autores individuales, así como también, diversos procedimientos sistemáticos y cuantitativos, como el meta análisis. *Sinónimo:* descripción general.

2.1.8.2. Revisión sistemática. Forma de revisión estructurada de la literatura que aborda una cuestión formulada para ser respondida mediante un análisis de la evidencia, y que requiere medios objetivos de búsqueda en la literatura, la aplicación de criterios de inclusión y exclusión predeterminados a dicha literatura; la evaluación crítica de la literatura pertinente, y la extracción y síntesis de los datos extraídos basados en la evidencia para formular hallazgos. Para analizar y resumir los resultados de los estudios incluidos, pueden utilizarse optativamente, métodos estadísticos (meta análisis).

2.1.9. Categorías de la atención

Las Rutas Integrales de Atención en Salud incorporan en su desarrollo tres categorías de atención que orientan la finalidad de las acciones sectoriales e intersectoriales y de las intervenciones individuales y colectivas dirigidas a personas, familias y comunidades. Los componentes son: i) Acciones de gestión de la salud pública; ii) Intervenciones de promoción de la salud, y iii) Intervenciones de gestión integral del riesgo en salud.

2.1.9.1. Acciones de gestión de la salud pública

La gestión de la salud pública, hace referencia al proceso dinámico, integral, sistemático y participativo, bajo el liderazgo y conducción de la autoridad sanitaria; está orientado a que las políticas, planes, programas y proyectos de salud pública se realicen de manera efectiva, coordinada y organizada, entre los diferentes actores del sistema de salud, junto con otros sectores del Gobierno, de las organizaciones sociales y privadas y la comunidad, con el propósito de alcanzar los resultados en salud (Plan Decenal de Salud Pública); se enmarca dentro de la función de rectoría de la autoridad sanitaria y aporta a la gobernanza en salud (Resolución 518 de 2015).

Para las RIAS, este componente es fundamental porque a través de él se orientan los procesos sectoriales e intersectoriales, que a su vez se constituyen en una condición *sine qua non* para garantizar la atención integral en salud. Lo anterior, en el entendido que la atención integral no se limita a las acciones/intervenciones asistenciales individuales, sino que trasciende a procesos y acciones que impacten positivamente los determinantes sociales de la salud, para generar condiciones de bienestar para la población, que permitan disminuir las brechas sociales que afectan el estado de salud de personas, familias y comunidades y que aumentan las probabilidades de enfermedad, discapacidad y muertes evitables, limitando de esta manera el desarrollo humano y social del país.

Las RIAS acogen las disposiciones de la Resolución 518 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social y en consecuencia, visibilizan procesos de gestión de la salud pública, orientando a los actores sectoriales e intersectoriales en las acciones/intervenciones a desarrollar en los diferentes niveles territoriales. Estos procesos son los siguientes:

- Coordinación intersectorial.
- Desarrollo de capacidades.
- Gestión administrativa y financiera.
- Gestión del aseguramiento.
- Gestión del conocimiento.
- Gestión de insumos de interés en salud pública.
- Gestión del talento humano en salud.
- Gestión de las intervenciones colectivas.
- Gestión de la prestación de servicios individuales.
- Participación social.
- Planeación integral en salud.
- Vigilancia en salud pública.
- Inspección, vigilancia y control.

2.1.9.2. Intervenciones de promoción de la salud

De acuerdo con el Plan Decenal de Salud Pública, la promoción de la salud es el “conjunto de acciones que debe liderar el territorio, convocando los diferentes sectores, las instituciones y la comunidad, para desarrollarlas por medio de proyectos dirigidos a la construcción o generación de condiciones, capacidades y medios, necesarios para que los individuos, las familias y la sociedad en su conjunto, logren intervenir y modificar los determinantes sociales de la salud en ese territorio y así las condiciones de calidad de la vida, consolidando una cultura saludable basada en valores, creencias, actitudes y relaciones que permita lograr autonomía individual y colectiva que empodere para identificar y realizar elecciones positivas en salud en todos los aspectos de su vida, con respeto por las diferencias culturales de nuestros pueblos”.

La RIAS, reconoce en este componente las intervenciones poblacionales y de educación para la salud, dirigidas a las personas, familias y comunidades, para el cuidado intencionado y consciente de su salud, a través de:

- Adopción de prácticas de cuidado, protección y mantenimiento seguro del ambiente.
- Alimentación saludable.
- Ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.
- Desarrollo de habilidades sociales y emocionales.
- Construcción de estrategias de afrontamiento frente a sucesos vitales.
- Sana convivencia.
- Ejercicio del derecho a la salud.

2.1.9.3. Intervenciones de gestión integral del riesgo en salud

De acuerdo con la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) (MSPS, 2015), la Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS) es “una estrategia para anticiparse a las enfermedades y los traumatismos para que no se presenten o si se tienen, detectarlos y tratarlos precozmente para impedir o acortar su evolución y sus consecuencias. Esto implica la acción coordinada de actores sectoriales e intersectoriales en la identificación de las circunstancias y condiciones que inciden en su aparición y desenlace, originadas en los individuos, los colectivos y en los entornos donde se desarrollan; la clasificación de las personas según se vean afectadas por estas circunstancias y condiciones, así como el diseño y puesta en marcha de acciones integrales y efectivas para eliminarlas, disminuirlas o mitigarlas” (p.41).

Esta gestión integral del riesgo en salud, comprende un conjunto de acciones dirigidas a minimizar el riesgo de ocurrencia de enfermedad y a reducir la severidad de las consecuencias de la enfermedad, una vez esta se ha presentado. El riesgo se entiende como “la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser también el empeoramiento de una condición previa o la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera podido evitarse” (Resolución 1841 de 2013, p. 51).

De acuerdo con las indicaciones de la PAIS (2015), la Gestión Integral del Riesgo en Salud tiene un componente colectivo y otro individual.

“El colectivo es ejecutado principalmente por la entidad territorial, articulada con las acciones adelantadas por otros sectores y con las acciones de gestión individual del riesgo que ejecuta el asegurador, integrando las intervenciones preventivas que, con base en evidencia, se pueden aplicar de manera efectiva a conglomerados de población indivisibles para actuar sobre algunos de los determinantes proximales y distales de la

salud para disminuir la probabilidad de aparición de nueva morbilidad; o controlan la probabilidad de ocurrencia de eventos producidos por deficiencias en los servicios de salud. Se diferencia de la promoción de la salud en que su objetivo no es solo obtener ganancias en bienestar sino reducir la probabilidad de efectos negativos en el riesgo, la enfermedad y sus consecuencias.

El enfoque individual para la gestión del riesgo, es responsabilidad primaria del asegurador e involucra el análisis de la historia natural del riesgo en salud, lo cual parte desde los factores biológicos, los determinantes sociales que afectan a los individuos, su estilo de vida y el impacto de los entornos institucionales y sociales con los que interactúa y los factores incrementales asociados a la enfermedad y discapacidad. Esto incluye acciones orientadas hacia la minimización del riesgo de padecer la enfermedad y el manejo integral de la enfermedad una vez se ha presentado. La gestión individual del riesgo también involucra la reducción de riesgos derivados de la gestión clínica de la enfermedad y el manejo de la prevención secundaria y terciaria en la enfermedad crónica y la multienfermedad” (p. 42).

La gestión integral del riesgo en salud se concreta en las RIAS mediante intervenciones en salud, con finalidades de:

- Valoración integral del estado de salud (incluye intervenciones de valoración y detección temprana).
- Valoración del contexto social y de redes de apoyo social y Comunitarias.
- Valoración de la dinámica familiar, como apoyo al desarrollo integral.
- Valoración de las condiciones ambientales y el saneamiento básico de los entornos.
- Protección específica.
- Diagnóstico.
- Tratamiento.
- Rehabilitación.
- Paliación.

2.1.10. Formas de presentación de las RIAS

Los contenidos de cada RIAS, se registran a través de dos formas: la matriz de acciones/intervenciones y ii) diagramas de acción/ intervención

2.1.10.1. Matriz de acciones/intervenciones

Esta matriz está conformada por cinco (5) componentes:

1. Análisis de la situación en salud.
2. Soporte de evidencia científica.
3. Intervenciones definidas.
4. Identificación de hitos.
5. Identificación de facilitadores y barreras para la implementación.

Las presentaciones de cada componente se registran en hojas con formato de Excel.: Se puede apreciar en el desarrollo realizado en el numeral 3.7, en el paso 7: Construcción de la matriz de intervenciones.

• **Análisis de situación de salud:** En esta sección se describe el grupo de riesgo abordado o la condición de salud objeto de la RIAS, en términos de su carga en el sistema de salud, la historia natural de la enfermedad y los posibles eventos prevenibles con el abordaje del grupo de riesgo o la intervención de la condición de salud. Lo anterior se presentan en una hoja con formato en Excel para el análisis de la situación de salud y con un mapa de georreferenciación.

• **Soporte de evidencia científica:** En esta sección se relacionan las acciones/intervenciones propuestas por el equipo desarrollador de la RIAS y la evidencia científica que soporta su implementación; así mismo contiene las fuentes de información y las estrategias de búsqueda que se utilizaron para la selección de dicha evidencia. Se registran en hojas en formato Excel.

• **Acciones /Intervenciones de la RIAS:** En este apartado se detallan las acciones de gestión de la salud pública, las intervenciones poblacionales, individuales y colectivas, así como también el o, los entornos en los cuales se implementará y, los actores sectoriales e intersectoriales responsables de la ejecución de las acciones/intervenciones. Se registran en hojas en formato Excel.

• **Hitos:** En este apartado se identificarán los hitos y desenlaces esperados seleccionados por el grupo desarrollador de la RIAS. De igual forma, se describen y caracterizan los indicadores que podrán ser de estructura, proceso y resultado, que se hayan contemplado para la medición de los hitos y de los resultados en salud esperados para el grupo poblacional abordado por la RIAS. Así mismo, se registrará la fuente de información que permitirá realizar la medición de los indicadores, así como los responsables de su implementación y reporte. Se registran en hojas en formato Excel.

• **Barreras y facilitadores para la implementación:** En este apartado se describirá, para cada una de las acciones/intervenciones propuestas en la RIAS, los posibles factores facilitadores y las barreras para la implementación, desde el punto de vista operativo, financiero y de gestión en salud. Se registran en hojas en formato Excel.

2.1.10.2. Diagrama de acciones e intervenciones

La representación gráfica de las acciones e intervenciones tienen dos componentes, i) Diagrama de las acciones de gestión de la salud pública y ii) un diagrama de intervenciones individuales y colectivas. Se puede ver la representación gráfica en el desarrollo realizado en el numeral 3.8. Paso 8 Construcción de gráficas de las RIAS.

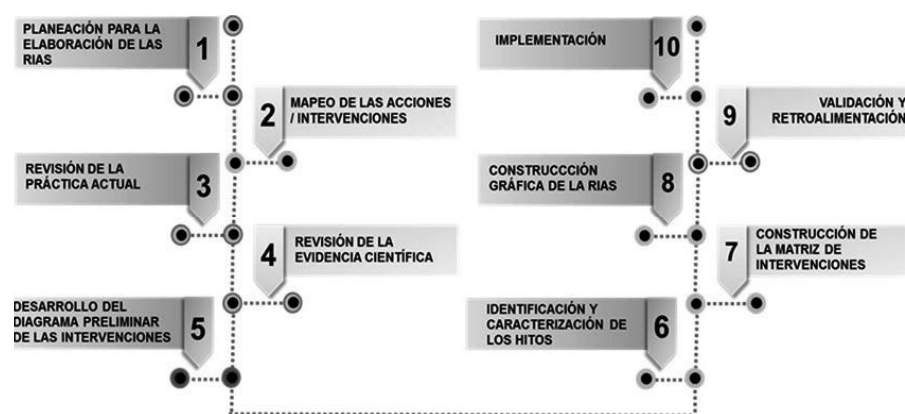
• **Diagrama de las acciones de gestión de la salud pública:** Se propone graficar estas acciones/intervenciones de la gestión de la salud pública teniendo en cuenta el entorno como escenario de entrega, la herramienta propuesta se muestra en el desarrollo realizado en el numeral 3.8.1, en el paso 8: Construcción Gráfica de las RIAS.

• **Diagrama de intervenciones individuales y colectivas:** La herramienta usada para representar gráficamente el componente de las intervenciones individuales y colectivas es un modelador de procesos, en este caso se recomienda el uso del Bizagi. En el diagrama se relaciona la valoración integral del estado de salud, detección temprana de alteraciones, protección específica, diagnóstico, tratamiento, paliación y educación para la salud, los hitos, los servicios y las responsabilidades de los integrantes del SGSSS: La herramienta propuesta se muestra en el desarrollo realizado en el numeral 3.8.21, en el paso 8: Componente de intervenciones (individuales y colectivas).

3. MARCO METODOLÓGICO PARA LA ELABORACIÓN DE LAS RUTAS INTEGRALES DE ATENCIÓN EN SALUD (RIAS)

El Ministerio de Salud y Protección Social, junto con el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, identificaron diez (10) pasos para el desarrollo de las Rutas Integrales de Atención en Salud, basados en el modelo británico el cual ofrece un proceso sistemático para esquematizar las actividades que garanticen la accesibilidad, la evaluación, la planificación y la prestación de servicios de salud. Para el desarrollo de una RIAS en el marco del Modelo Integral de Atención en Salud, se plantea un proceso lógico que permite la actualización, retroalimentación y adaptación de acciones en el diseño de la RIAS. Ver figura 1.

Figura 1. Pasos para la construcción de la RIAS



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social.

A continuación, se detalla cada uno de los pasos.

3.1. PASO 1: Planeación para la elaboración de la RIAS

3.1.1. Convocar al equipo

Para el desarrollo de una RIAS se propone conformar un equipo multidisciplinario de expertos temáticos y metodológicos; este equipo debe estar integrado por profesionales de la salud y de las ciencias sociales involucrados en el proceso de atención; así mismo debe involucrar al personal administrativo relacionado con dicho proceso. La población objeto de la RIAS, cuidadores y familiares se deben considerar como parte de este equipo.

El equipo desarrollador de la RIAS definirá funciones y roles, así como la periodicidad de las reuniones. Es fundamental que cada uno de los integrantes del equipo desarrollador realice declaración explícita de conflictos de interés.

El equipo desarrollador debe estar conformado mínimo por:

Experto temático de acuerdo a la RIAS que se vaya a realizar.

Experto metodológico (Epidemiólogo o Salubrista).

Ingeniero industrial o profesional con experiencia en evaluación de procesos.

Población objeto, cuidadores o individuos de acuerdo a la RIAS que se vaya a realizar.

Una vez que los miembros del equipo de desarrollador han sido confirmados, este debe identificar y aclarar el alcance que tendrá la RIAS, los productos finales o salidas para que el equipo genere el correspondiente plan de trabajo, teniendo en cuenta las metas establecidas.

Dentro del equipo desarrollador debe designarse un coordinador del proceso de elaboración de la RIAS, que tenga la visión general del proceso, realice el seguimiento al cumplimiento del plan de trabajo en cada una de sus fases, e informe periódicamente los avances a la instancia designada para el efecto y sea el responsable de la entrega de las RIAS.

3.1.2. Identificación/Priorización del grupo de riesgo o evento

Configurar un grupo de riesgo supone la interacción de varios factores, que no actúan necesariamente en forma simultánea o secuencial, sino en diferentes momentos de la vida. Aunque existen factores que son causa suficiente para producir un desenlace negativo, este atributo no es absoluto, sino que está frecuentemente condicionado por la presencia de otros factores complementarios. La clave está en evaluar y analizar una configuración determinada de grupos de riesgo, a partir de la identificación de los factores que sean realmente causas suficientes y aquellos que operen realmente como modificadores del efecto o desenlaces.

Para la identificación y conformación de grupos de riesgo se debe partir del Análisis de la Situación de Salud Territorial – ASIS, como insumo para identificar, conocer y

priorizar las necesidades poblacionales o en el caso de las aseguradoras mediante la caracterización poblacional, orientando así los grupos objetivo que se deben gestionar. Una vez identificados el, o los grupos de riesgo, estos deben ser caracterizados para lo cual se propone el formato presentado a continuación.

Formato 1. Características del grupo de riesgo

CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO DE RIESGO	
Nombre del grupo de riesgo	
Factores de Riesgo relacionados con el grupo de riesgo. Con alto Riesgo Atribuible Poblacional (RAP)	
Determinantes próximos e intermedios. Con alto Riesgo Atribuible Poblacional	
Desenlaces relacionados con el grupo de riesgo	

En el caso en que los agentes identifiquen varios grupos de riesgo y deba priorizarse su implementación de acuerdo con los recursos disponibles y posterior al diligenciamiento de la tabla de caracterización de los mismos, el equipo desarrollador debe realizar un consenso de expertos formal (p.e. tipo grupo nominal), el cual debe estar integrado por los actores principales (tomadores de decisiones, investigadores, profesionales de la salud y del área social) pertinentes para el escenario abordado.

El grupo de consenso de expertos en sesión formal y con previo conocimiento del objetivo de la actividad, debe realizar una votación individual que permita priorizar el, o los grupos de riesgo teniendo en cuenta los siguientes tres criterios:

Magnitud de la condición de salud: se refiere a la carga de enfermedad del, o los eventos que conforman el grupo de riesgo que se quiere abordar.

Impacto: se refiere al impacto en los resultados en salud y en el desempeño de las instituciones en términos de eficacia y eficiencia, si se aborda el grupo de riesgo.

Disponibilidad: hace referencia a la posibilidad de intervención con los recursos institucionales, sectoriales e intersectoriales, disponibles.

Para un determinado grupo de riesgo identificado, cada miembro del grupo de expertos debe realizar una valoración de los criterios entre 0 y 9, extrayendo la mediana para cada uno de estos criterios, como lo indica la siguiente figura.

Formato 2. Priorización grupos de riesgo

GRUPO DE RIESGO IDENTIFICADO 1	EXPERTO 1	EXPERTO 2	EXPERTO 3	EXPERTO 4	EXPERTO n...	MEDIANA
MAGNITUD (0 – 9)						
IMPACTO (0 – 9)						
DISPONIBILIDAD (0 – 9)						

GRUPO DE RIESGO IDENTIFICADO 2	EXPERTO 1	EXPERTO 2	EXPERTO 3	EXPERTO 4	EXPERTO n...	MEDIANA
MAGNITUD (0 – 9)						
IMPACTO (0 – 9)						
DISPONIBILIDAD (0 – 9)						

Se define como grupo de riesgo prioritario cuando la mediana entre cada uno de los criterios y entre todos los participantes, este entre 7 a 9.

Interpretación de resultados:

GRUPO DE RIESGO PRIORITARIO	3 criterios con mediana entre 7 y 9
GRUPO DE RIESGO POTENCIALMENTE PRIORITARIO	2 criterios con mediana entre 7 y 9
GRUPO DE RIESGO NO PRIORITARIO	1 criterio con mediana entre 7 y 9

En el caso que el grupo de riesgo o condición en salud fuera priorizado (Grupo de riesgo prioritario), se dará inicio al desarrollo de la RIAS.

En el caso de ser un grupo de riesgo o condición en salud potencialmente prioritario, se decidirá un plan de seguimiento de los eventos en salud relacionados con ese grupo de riesgo y una próxima fecha de evaluación pertinente teniendo en cuenta la historia natural de la enfermedad, para tomar una decisión definitiva frente al grupo de riesgo.

En el caso que el grupo de riesgo o condición en salud no sea clasificado como prioritario, se dejará evidencia de la discusión por medio de un acta y así mismo un plan de seguimiento de la dinámica de los eventos relacionados con el grupo de riesgo.

3.1.3. Seguimiento del progreso

Una vez definido el, o los grupos de riesgo para la elaboración de la RIAS y conformado el equipo desarrollador, es necesario hacer el seguimiento al proceso, registrando su desarrollo, teniendo en cuenta cómo se toman las decisiones, las consultas relacionadas y las respuestas. Se debe publicar el seguimiento de manera periódica de cada uno de los pasos a desarrollarse en la RIAS; para ello se propone diligenciar el formato 2, presentado a continuación.

Formato 3. Seguimiento al proceso de diseño de la RIAS

FORMATO SEGUIMIENTO AL PROCESO DE DISEÑO DE LA RIAS	
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO	
GRUPO DE RIESGO O EVENTO ABORDADO	
NOMBRES Y APELLIDOS DEL GRUPO DESARROLLADOR	

¿En qué paso del desarrollo de la RIAS se encuentra? (Marque con una X en qué paso y fase se encuentra)

PASOS PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LA RIAS	EN DESARROLLO	FINALIZADO	NA	
PLANEACIÓN PARA LA ELABORACIÓN DE LA RIAS				
MAPEO DE LAS ACCIONES / INTERVENCIONES				
REVISIÓN DE LA PRÁCTICA ACTUAL				
REVISIÓN DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA				
DESARROLLO DEL DIAGRAMA PRELIMINAR DE LAS INTERVENCIONES				
IDENTIFICACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE HITOS				
CONSTRUCCIÓN DE LA MATRIZ DE ACCIONES / INTERVENCIONES				
CONSTRUCCCIÓN GRÁFICA DE LA RIAS				
VALIDACIÓN Y RETROALIMENTACIÓN				
IMPLEMENTACIÓN				
PLAN DE TRABAJO	PROCESOS A DESARROLLAR	PERSONA(S) ENCARGADA(S)	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACIÓN

NECESIDADES

INSUMOS	TALENTO HUMANO	RECURSO FINANCIERO	ACCIÓN A DESARROLLO
Fecha probable de finalización del desarrollo de la RIAS			

3.2 PASO 2: Mapeo de las acciones/ Intervenciones

En este paso se identificarán las intervenciones que harán parte de la RIAS, deben responder al proceso de atención integral en salud que comprende las acciones de gestión de la salud pública para la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud, así como intervenciones de promoción de la salud, valoración integral en salud, detección temprana, protección específica, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y educación para la salud, todas ellas garantizando la continuidad de la atención.

De acuerdo a lo anterior, el grupo desarrollador debe identificar las intervenciones propias de cada grupo de riesgo, cada una debe ser caracterizada con las siguientes variables: i) definición de la intervención/acción, ii) descripción de la intervención/acción, iii) identificación de los resultados esperados y iv) preselección de intervenciones/acciones.

3.2.1. Identificación y definición de las intervenciones/acciones

El grupo desarrollador de la RIA, en las sesiones de trabajo que sean necesarias, deben plantear las intervenciones requeridas en función del continuo de la atención en salud, clasificándolas de acuerdo a su finalidad; estas deben estar basadas en su experiencia, evidencia o preferencia de la población objeto de las RIAS; para ello se propone listarlas en el siguiente formato:

Formato 4. Definición de las acciones/intervenciones poblacionales y/o colectivas

CATEGORÍAS DEL CONTINUO DE LA ATENCIÓN EN SALUD (FINALIDAD DE LA ATENCIÓN)	INTERVENCIÓN	ENTORNO (Hogar, comunitario, laboral, educativo)	TIPO DE INTERVENCIÓN (Poblacional, colectiva, individual)	SOPORTADO EN LA EVIDENCIA	SOPORTADO EN LA EXPERIENCIA	SOPORTADO EN LA PREFERENCIA DE LA POBLACIÓN OBJETO
Gestión de la salud pública						
Promoción de la salud						

Formato 5. Definición de las acciones/intervenciones individuales

CATEGORÍAS DEL CONTINUO DE LA ATENCIÓN EN SALUD (FINALIDAD DE LA ATENCIÓN)	INTERVENCIÓN	ENTORNO (Hogar, comunitario, laboral, educativo)	TIPO DE INTERVENCIÓN (Poblacional, colectiva, individual)	SOPORTADO EN LA EVIDENCIA	SOPORTADO EN LA EXPERIENCIA	SOPORTADO EN LA PREFERENCIA DE LA POBLACIÓN OBJETO
Diagnóstico						
Tratamiento						
Rehabilitación						
Paliación						

3.2.2. Descripción de las acciones/intervenciones

Posterior a la identificación de las intervenciones propuestas, el grupo desarrollador debe caracterizarlas con una breve descripción definiendo quién, cómo y dónde.

QUIÉN: Mencione el agente del sistema responsable para la ejecución de la acción o intervención.

CÓMO: Caracterización concreta de la acción o intervención, que incluya la población objeto de la intervención, tecnología, frecuencia de uso, dosificación cuando sea necesario; en el caso de intervenciones poblacionales y colectivas hacer una descripción corta de la estrategia o programa a través del cual se realiza la entrega de las intervenciones.

DÓNDE: Mencione el entorno o los entornos en donde se desarrolla la acción o intervención.

3.2.3. Identificación de los resultados esperados

A partir de las intervenciones identificadas, se debe formular los posibles resultados esperados en términos de resultados en salud en las personas, familias y comunidades, en el proceso de atención (coberturas, accesibilidad, oportunidad, pertinencia técnica). Los resultados esperados pueden ser derivados de una o varias intervenciones. Se recomienda para este procedimiento diligenciar el siguiente formato:

Formato 6. Identificación de los resultados esperados

Nº	INTERVENCIÓN	RESULTADOS ESPERADOS		
		Resultados en salud	Resultados en calidad de la prestación de servicios de salud	Resultados en reducción de la inequidad en salud
1				
2				
3				
4				
n...				

3.2.4. Preselección de acciones/intervenciones para la RIA

El propósito de este último procedimiento de este paso, es realizar una preselección de las intervenciones/acciones propuestas y caracterizadas a partir de dos criterios de priorización: i) relevancia y ii) factibilidad.

RELEVANCIA: importancia para la reducción de la carga de la enfermedad y/o reducción de la discapacidad por la condición de salud abordada.

FACTIBILIDAD: posibilidad de que la intervención sea implementada exitosamente ya sea por su pertinencia, factibilidad económica, disponibilidad de recursos y aceptabilidad.

Cada miembro encargado del mapeo de las intervenciones debe evaluar cada intervención de manera dicotómica (SI o NO) asumiendo un valor de 1=SI y 2=NO. Se deben seleccionar las intervenciones/acciones que cumplan con los dos criterios (relevancia y factibilidad), las intervenciones en las que haya consenso por parte del equipo sobre el no cumplimiento de ambos criterios se excluirán del proceso de construcción de la RIAS.

3.3. PASO 3: Revisión de la práctica actual

3.3.1. Identificación de la buena y mala práctica asistencial actual.

Reconocimiento de las acciones/intervenciones realizadas por los diferentes integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en el marco de sus competencias y funciones.

3.3.2. Identificación de la buena y mala práctica de las acciones/intervenciones

El equipo desarrollador debe identificar cuáles intervenciones o acciones se consideran como de buena o mala práctica, bajo el juicio de expertos en el grupo de riesgo o condición de salud abordado por la RIAS. Los criterios que deben tenerse en cuenta son los siguientes:

Eficiencia en la prestación de servicios de salud: Se expresa en la relación entre la acción/intervención/ y la mejora en el desempeño de los servicios de salud.

Efectividad de la intervención: Grado con el que una intervención logra los resultados deseados en la salud de las personas, familias y comunidades.

Seguridad de la atención: Las acciones/intervenciones adoptadas reducen la probabilidad de daños a los individuos y/o a colectivos en el momento de la atención en salud.

Una acción adecuada en salud es la que presente efectividad en salud y en la atención sin aumentar el riesgo de presentar daño en su incorporación en la práctica habitual. Cada experto deberá realizar una valoración de las intervenciones teniendo en cuenta los criterios anotados antes, utilizando una escala de calificación tipo Likert, donde “1” corresponde a completamente en desacuerdo y “5” a completamente de acuerdo. La selección de intervenciones se realizará a partir del cálculo de las medianas. Ver formato 7.

Formato 7. Calificación de prácticas adecuadas en salud

Finalidades de las acciones / intervenciones en salud	INTERVENCIÓN	EFICIENCIA					EFECTIVIDAD					SEGURIDAD					BUENA PRÁCTICA ASISTENCIAL	MALA PRÁCTICA ASISTENCIAL
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
Gestión de la salud pública																		
Promoción de la salud																		
Diagnóstico																		
Tratamiento																		
Rehabilitación																		
Paliación																		

Para definir cuales acciones o intervenciones son de buena o mala práctica, se tendrán en cuenta los criterios de selección de contenidos en la tabla 1, acorde con los puntajes obtenidos en el paso anterior.

Tabla 1. Criterios de calificación de buena y mala práctica

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN DE BUENA Y MALA PRÁCTICA	
ACCIÓN/INTERVENCIÓN/DE BUENA PRÁCTICA	Criterio de efectividad en la atención > 4
	Criterio de efectividad > 4
	Criterio de seguridad > 4
ACCIÓN/INTERVENCIÓN POTENCIALMENTE BUENA PRÁCTICA	Criterio de efectividad en la atención 3 y 4
	Criterio de efectividad > 4
	Criterio de seguridad > 4
ACCIÓN/INTERVENCIÓN/MALA PRÁCTICA	Criterio de efectividad en la atención < 2
	Criterio de efectividad > 3 y 4
	Criterio de seguridad < 2

3.4. PASO 4: Revisión de la evidencia científica

Las acciones/intervenciones propuestas en la RIAS deberán estar soportadas en la mejor evidencia científica disponible.

En este paso el equipo desarrollador de la RIAS debe responder una primera pregunta: ¿El grupo de riesgo o condición de salud que se quiere abordar por la RIAS, ya cuenta con una Guía de Práctica Clínica (GPC) desarrollada por el MSPS?

Si la respuesta a esta pregunta es afirmativa, la GPC identificada será el primer insumo, más no el único, para incorporar acciones y/o intervenciones y su respectiva evidencia en la RIAS.

En los casos en que algunos tópicos relacionados con el alcance de la RIAS no estén abordados por la correspondiente GPC, se deberá llevar a cabo una revisión exhaustiva de la literatura por el método de revisión rápida, por parte del equipo responsable del proceso.

En los casos en los cuales la respuesta a la pregunta referida sea negativa, también será necesario desarrollar revisiones rápidas de la literatura para incorporar intervenciones en la RIAS correspondientes.

Para la revisión rápida de la literatura se seguirán los pasos detallados en seguida.

3.4.1 Pasos para la revisión rápida de la literatura

3.4.1.1. Identificación de la pregunta de investigación para cada acción/intervención propuesta

Para cada acción/intervención se debe generar una pregunta de investigación, en términos de su efectividad y seguridad para poder identificar claramente el *quién*, el *cómo* y el *dónde*.

Tabla 2. Preguntas genéricas

Acción /Intervención	Pregunta de investigación
Promoción de la instauración de las huertas de alimentación en colegios y centros educativos.	¿Cuál es la efectividad de las huertas escolares en colegios y centros educativos para promover la alimentación saludable?
Diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2- DM2 con Hemoglobina Glicosilada	¿Cuáles son las características operativas y el rendimiento operativo de la prueba de Hemoglobina Glicosilada para el diagnóstico de DM2?

3.4.1.2. Desarrollo de la estrategia PICOT⁵ para definir Población, Intervención/ exposición, Comparador, Desenlaces (Outcome) y Tiempo.

La construcción de la estrategia PICOT para cada intervención permite identificar las posibles alternativas y los desenlaces de interés para el abordaje de la RIAS.

Los comparadores y el tiempo, son secciones optativas del PICOT; su inclusión dependerá del escenario y del interés del equipo desarrollador en cada contexto, para evaluar la acción y/o intervención de interés. Ver ejemplo de la tabla 3.

Tabla 3. Estrategia PICOT

ESTRATEGIA PICOT		
Diagnóstico de la DM2 con Hemoglobina Glicosilada	¿Cuáles son las características operativas y rendimiento operativo de la prueba Hemoglobina Glicosilada para el diagnóstico de la DM2?	Población: individuos con sospecha clínica de DM2.
		Intervención: prueba sanguínea de Hemoglobina Glicosilada.
		Comparador: prueba de tolerancia a la glucosa toma aislada de glucosa en sangre.
		Desenlaces: sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo, valor predictivo negativo, falsos positivos.
		Tiempo: no aplica

3.4.1.3. Selección de las bases de datos para la búsqueda de evidencia científica relevante

Se buscará información en bases de datos electrónicas sistematizadas en salud. A continuación se relacionan algunas de las más usadas actualmente, en los motores de búsqueda.

BASE DE DATOS DE ESTUDIOS	
MEDLINE	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed
EMBASE	https://www.elsevier.com/solutions/embase-biomedical-research
CENTRAL	http://community.cochrane.org/editorial-and-publishing-policy-resource/cochrane-central-register-controlled-trials-central
LILACS	http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=LILACS&lang=i&form=F
CINHAL	https://www.ebscohost.com/nursing/products/cinahl-databases/cinahl-complete

⁵ PICOT. Representa un Acrónimo de los términos: Población, Intervención, Comparador, Outcomes (desenlaces) y Tiempo.

BASE DE DATOS DE ESTUDIOS	
METABUSCADORES	
TRIPDATABASE	https://www.tripdatabase.com
Clinical Key	https://www.clinicalkey.com/#!/login
DESARROLLADORES DE GPC	
NICE	https://www.nice.org.uk
SING	http://www.sign.ac.uk
New Zeland Guidelines Group	http://www.health.govt.nz/about-ministry/ministry-health-websites/new-zealand-guidelines-group
NHMRC	https://www.nhmrc.gov.au
Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia	http://gpc.minsalud.gov.co/Pages/Default.aspx
National Guideline Clearinghouse	http://www.guideline.gov
COMPILADORES DE GPC	
National Guideline Clearinghouse	http://www.guideline.gov
Guidelines Internacio-nal	http://www.g-i-n.net
EVALUACIONES DE TECNOLOGÍA EN SALUD	
INAHTA	http://www.inahta.org
UNIVERSIDAD DE YORK	https://www.york.ac.uk/crd/research/health-technology-assessment/
REVISIONES SISTEMÁTICAS DE LA LITERATURA	
Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE)	http://community.cochrane.org/editorial-and-publishing-policy-resource/database-abstracts-reviews-effects-dare
Cochrane Library	http://www.cochranelibrary.com
SISTEMAS DE SALUD	
Evidence informed policy network (EVIP-NET)	http://global.evipnet.org
WHO-Evidence informed policy making	http://www.who.int/evidence/en/
WHO-Europe	http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/evidence-informed-policy-making/news/news/2012/10/evipnet-putting-evidence-into-policy
Health System Evidence	https://www.healthsystemsevidence.org

3.4.1.4. Desarrollo de estrategias de búsqueda eficientes

Se recomienda utilizar estrategias de búsqueda eficiente, entendiendo el término eficiente como la mejor evidencia científica con una estrategia de búsqueda sencilla y replicable, como las que se relacionan en el Anexo 1 del presente Manual.

3.5. PASO 5: Desarrollo del diagrama preliminar de las intervenciones

3.5.1. Selección de acciones/intervenciones de la RIAS

Posterior a la identificación, caracterización y búsqueda de evidencia científica que soporte las acciones e intervenciones para una determinada RIAS, se debe realizar la selección definitiva de las acciones de gestión de la salud pública y las intervenciones individuales y colectivas que harán parte de la RIAS. Para ello se han definido cuatro criterios que soportan la selección de las acciones/intervenciones a partir de una metodología de consenso formal, por ejemplo, la tipo Delphi, la cual debe ser aplicada por todos los miembros del equipo desarrollador de la RIAS.

A continuación, se enuncia y define cada uno de los criterios a tener en cuenta para la selección de las acciones/intervenciones en salud. Ver tabla 4.

Tabla 4. Criterios para la selección de acciones/ intervenciones

CRITERIO	DEFINICIÓN
Evidencia y calidad de la evidencia	Existe evidencia científica de alta calidad que soporta la utilización de la acción/ intervención acción en la práctica en salud.
Balance riesgo/beneficios de la intervención/acción	Los beneficios esperados por la acción/intervención/acción superan de manera evidente los riesgos generados por su uso.
Costos	Los costos de adquirir e implementar la/acción/ intervención son tolerables en relación a la efectividad en el establecimiento de la salud de los individuos.
Equidad	La implementación de la intervención/acción garantiza la equidad en el acceso, utilización y resultados en salud de las poblaciones de interés. En la elección de las intervenciones se deben incluir como un criterio de equidad, cuando su inclusión sea reglamentada por una ley de la República, sentencia de la Corte Constitucional, entre otros que obligue la inclusión de alguna atención específica (p.e. violencias de género, interrupción voluntaria del embarazo).

Todos los integrantes del equipo desarrollador deben realizar la calificación de los criterios antes mencionados para cada una de las acciones o intervenciones identificadas. Cada uno de los criterios se someterá a una evaluación de preferencias, con una escala Likert de 5 ítems de selección, donde 5 es la calificación que soporta la selección de la acción/intervención para el criterio a evaluar y 1 es la calificación que argumenta su exclusión por el criterio evaluado.

1	2	3	4	5
Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en desacuerdo ni de acuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo

El grupo desarrollador define la vía o mecanismo por el cual se realizará esta actividad. Se propone usar para este paso, el formato 8 incluido a continuación.

Formato 8. Calificación para la selección de intervenciones

CRITERIO	EXPERTO 1	EXPERTO 2	EXPERTO 3	EXPERTO 4	EXPERTO n...
Evidencia y calidad de la evidencia					
Balance riesgo/beneficios de la acción/ intervención/					
Costos					
Equidad					

El análisis de la información lo realizará el coordinador del equipo desarrollador a partir de la interpretación de resultados con base en los contenidos de la tabla 5, que se dispone a continuación.

Tabla 5. Selección de intervenciones - Calificación

ACCIONES/ INTERVENCIONES	CRITERIO	VALOR MEDIANA
Acciones de gestión de la salud pública	Evidencia y calidad de la evidencia	> 2
	Balance riesgo/beneficios	> 4
	Costos	> 4
	Equidad	5
Intervenciones de promoción de la salud	Evidencia y calidad de la evidencia	> 2
	Balance riesgo/beneficios	> 4
	Costos	> 4
	Equidad	5
Intervenciones de prevención de la exposición a condiciones y factores de riesgo	Evidencia y calidad de la evidencia	> 4
	Balance riesgo/beneficios	5
	Costos	5
	Equidad	5
Intervenciones de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación.	Evidencia y calidad de la evidencia	5
	Balance riesgo/beneficios	5
	Costos	5
	Equidad	5

3.5.2. Construcción del diagrama preliminar de la atención en salud

A partir de las acciones/intervenciones seleccionadas anteriormente, el equipo desarrollador debe elaborar un diagrama preliminar que permita realizar un primer acercamiento a la diagramación del continuo de la atención de la RIAS, incluyendo las acciones de gestión de la salud pública, las intervenciones colectivas e individuales –reconociendo los entornos y los integrantes del SGSSS y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, bajo el enfoque de Gestión Integral de Riesgo en Salud–, a cargo de cada una de ellas.

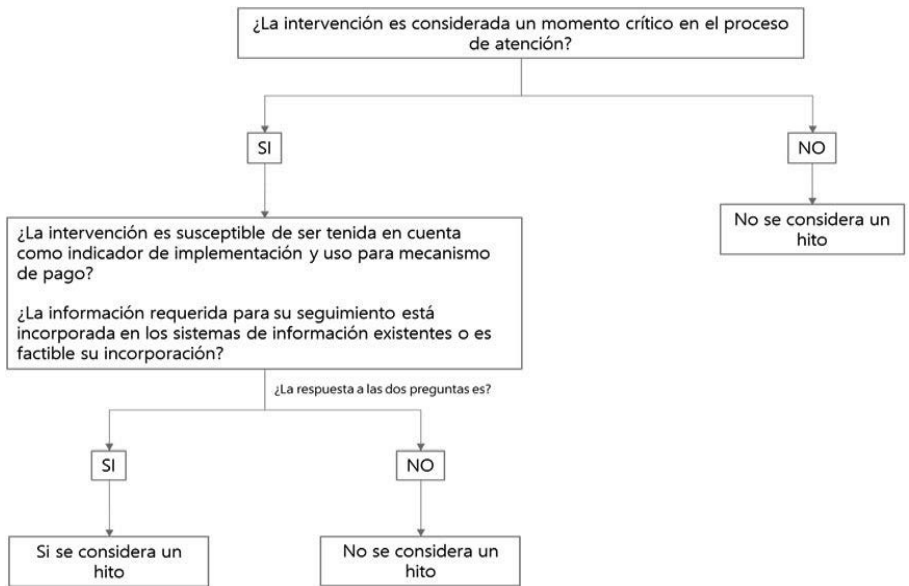
3.6. PASO 6: Identificación y caracterización de los hitos

A partir de las acciones de gestión de la salud pública y las intervenciones definidas, el equipo desarrollador de la RIAS debe formular y caracterizar los resultados que se esperan en el proceso de gestión y atención en salud, que garanticen la integralidad de la misma.

Para la identificación y formulación de los hitos se deben tener en cuenta los siguientes parámetros:

- Susceptible de ser medido a través de un indicador, el cual se convierte en insumo para la construcción del plan de incentivos y las estrategias de pago por desempeño y resultados en salud.
- Las fuentes para su medición deben estar incorporadas en los sistemas de información existentes, o debe ser factible de gestionarla.
- Que sea el resultado de una o varias intervenciones de las RIAS.
- Tiene en cuenta las competencias de los integrantes del SGSSS para la garantía de la atención integral en salud.

Figura 2. Parámetros para identificación de los hitos



El diagrama se convierte en la expresión gráfica de la RIAS, el cual debe ser concordante con la matriz de acciones/intervenciones y responder de una manera secuencial y lógica al proceso de atención en salud. En este diagrama se identifican las entradas a

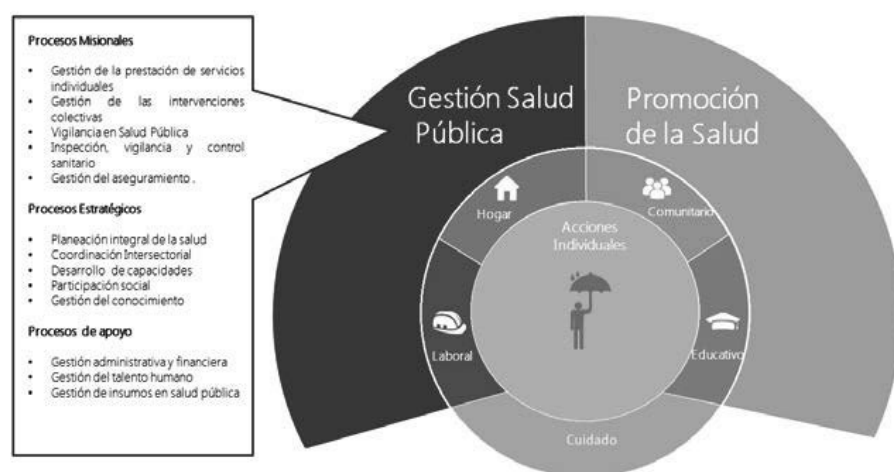
las atenciones, incorpora los momentos de decisión, identifica los agentes responsables de su ejecución, los hitos, así como las acciones del cuidado para la salud por parte de las personas, familias y comunidad.

La versión gráfica de la RIAS tiene dos componentes:

3.8.1. Componente de acciones de gestión de la salud pública

Se definen en este diagrama las acciones/intervenciones de la gestión de la salud pública y promoción de la salud, teniendo en cuenta el entorno como escenario de desarrollo de dicha gestión. Se describen las acciones/intervenciones específicas para cada grupo de riesgo priorizado. Aunque se enuncian de manera secuencial las actividades de gestión de la salud pública y promoción de la salud, es necesario precisar que dichas acciones se desarrollan en un mismo momento en diferentes niveles:

Figura 8. Versión gráfica del componente de GSP



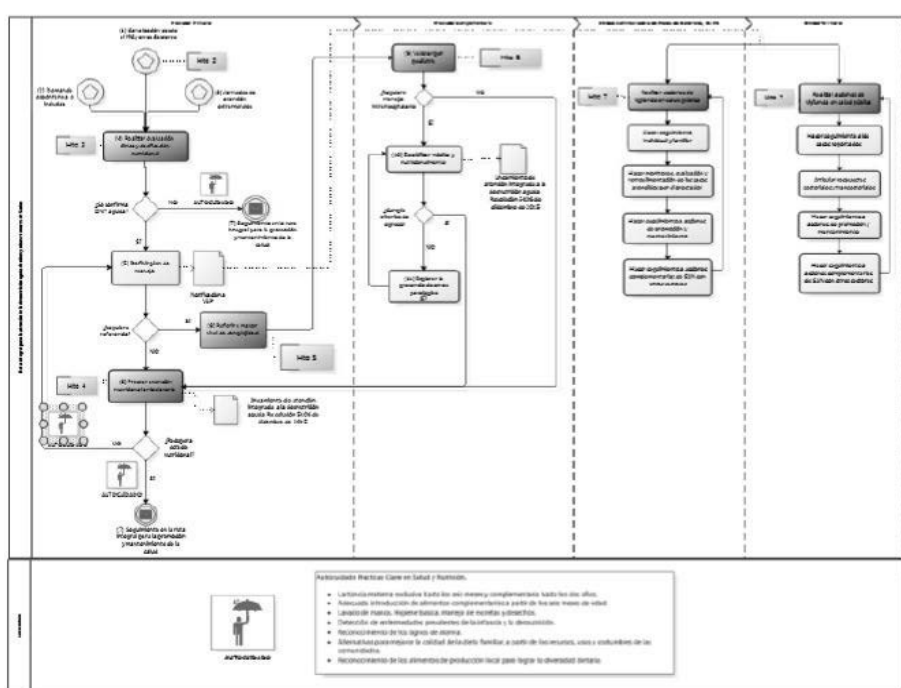
Para cada uno de los procesos de gestión de la salud pública, promoción de la salud y cada entorno, la gráfica despliega un box, en el cual, el grupo desarrollador deberá incorporar las intervenciones que se definieron para cada uno de estos componentes.

3.8.2. Componente de intervenciones (individuales y colectivas)

El diagrama de intervenciones individuales y colectivas relaciona de manera secuencial las atenciones en salud para la valoración integral del estado de salud, detección temprana de alteraciones, protección específica, diagnóstico, tratamiento, paliación y educación para la salud, según el tipo de RIAS.

Así mismo, permite visualizar los hitos, las intervenciones que implican la toma de decisiones para derivar a otras RIAS y/o servicios; las acciones de cuidado (de sí mismo, de los demás y del entorno), así como las responsabilidades de los integrantes del SGSSS (prestador primario, prestador complementario, EAPB y la entidad territorial). Ver figura 9.

Figura 9. Versión gráfica de las intervenciones individuales y colectivas



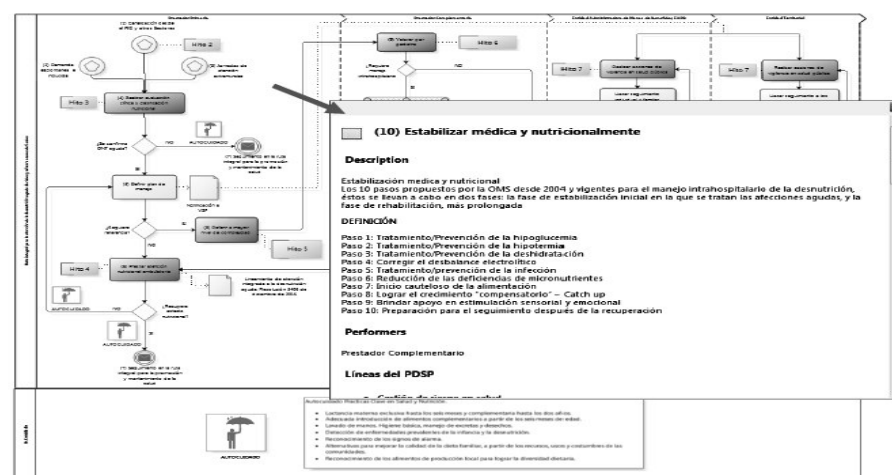
Para la diagramación de este componente se deberá tener en cuenta la anotación de procesos y las características que se detallan en el anexo 3. Proceso de diagramación de la RIAS.

3.8.3. Caracterización del proceso de atención y revisión del diagrama por parte del grupo desarrollador.

El diseño de la RIAS implica definir para cada acción de la gestión de la salud pública y las intervenciones individuales y colectivas, quién lo hace y con cuáles competencias

(instituciones, líderes o gestores comunitarios, trabajadores de la salud, entre otros), qué otros recursos se requieren (insumos, equipos, información...) y bajo qué reglas o parámetros (normas técnicas, guías de práctica clínica). Por lo anterior en el momento de realizar la diagramación de la RIAS, se debe incorporar información relevante de cada intervención para facilitar su comprensión y visualización. Figura 10.

Figura 10. Incorporación de información en la versión gráfica



Al dar clic en el recuadro de una acción/intervención, se desplegará el cuadro de texto que contiene el detalle de la misma.

3.9. PASO 9: Validación y retroalimentación

Es necesario considerar que las RIAS pueden ser diseñadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, así como también por parte de otros actores; por lo tanto, el proceso que se describirá a continuación rige para el MSPS y deberá ser adoptado y adaptado por otros integrantes del SGSSS y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en cuanto a las instancias que realizarán la validación, de acuerdo con la estructura organizacional de cada actor.

Para que un proceso investigativo y de producción de conocimiento, resulte válido, debe tener las siguientes características:

- Cumplir con un marco metodológico reconocido por los actores competentes y relevantes del proceso, en cualquiera de sus fases.
- Realizar la comunicación y difusión pública del proceso y de los resultados.

Teniendo en cuenta lo anterior, el proceso de validación de las Rutas Integrales de Atención en Salud, deberá surtir dos etapas:

1. Validación interna
2. Validación externa

3.9.1. Validación interna

La validación interna de las RIAS tiene como propósito garantizar la factibilidad de su implementación en el sistema de salud, identificando posibles barreras y generando un plan de acción para solventarlas. Este proceso se realiza como se describe a continuación:

Una vez diseñadas una RIAS, se realiza el proceso de verificación de contenidos de las matrices, cuyo objetivo es identificar que cada una de las acciones/intervenciones propuestas tenga el debido soporte en la evidencia científica disponible. De igual manera, se debe realizar el proceso de verificación y validación de manera permanente, en cuanto a los contenidos de la matriz y del respectivo componente gráfico, orientado a la comprensión y claridad de dichos contenidos. Así mismo, en la validación interna se realiza la identificación de facilitadores y barreras para la implementación de las intervenciones propuestas por los grupos desarrolladores, desde la perspectiva de cada una de las oficinas.

El proceso de validación interna se realiza con cada una de las instancias de la estructura organizacional del actor que desarrolla la RIAS.

En el caso del MSPS, la validación interna de las RIAS desarrolladas, se realiza con las siguientes dependencias: Dirección de Promoción y Prevención, Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria; Dirección de Epidemiología y Demografía, Dirección del Desarrollo del Talento Humano en Salud, Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud, Dirección de Regulación de beneficios, costos y tarifas del aseguramiento en salud, Dirección de Regulación del Aseguramiento en salud, Riesgos Laborales y Pensiones; Oficina de Calidad, y Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación.

La metodología propuesta para la validación interna es la siguiente:

1. Presentación de la metodología de diseño de las RIAS.
2. Presentación de las RIAS.

3. Revisión de los instrumentos de las RIAS: matriz de intervenciones, diagrama de acciones de gestión de la salud pública y promoción de la salud, y diagrama de intervenciones individuales y colectivas. En este paso es importante realizar la revisión de contenidos de las acciones/intervenciones, así como también, la coherencia del contenido en los diferentes instrumentos analizados.

4. Reuniones presenciales de revisión específica para cada oficina o área. 5. Envío de documentos (Matriz de intervenciones, diagrama de capas y diagrama de ruta de atención), a cada oficina.

5. Ajuste de los contenidos de la RIAS de acuerdo con los resultados de la validación interna, valorando su pertinencia.

3.9.2. Validación externa

Una vez se cuente con la versión preliminar de una RIAS en sus dos formas de presentación: matriz de intervenciones (formato Excel), diagrama de capas con acciones de gestión en salud pública, promoción de la salud y entornos (Hogar, comunitario laboral, educativo) (formato Power Point) y diagrama de ruta de atención (formato Bizzagi), se realizará el siguiente proceso participativo de validación externa. Estos pasos deben seguirse por parte de todo actor que desarrolle una nueva RIAS.

3.9.2.1. Identificación y convocatoria de actores clave

Se deberá realizar un proceso de identificación de actores con experiencia y conocimiento en cada una de las rutas validadas, entre los que se destacan: expertos temáticos, academia, IPS, EAPB, entidades del Gobierno nacional, departamental o distrital, agremiaciones; usuarios de la RIAS. Posteriormente, los actores identificados serán convocados al proceso de validación externa de la RIAS.

3.9.2.2. Mesas de trabajo de validación externa

Teniendo en cuenta que los procesos de participación son fundamentales para la legitimidad y transparencia en el desarrollo de las RIAS, se recomienda realizar mesas de trabajo con los actores convocados a través de técnicas de participación consultiva que permitan la participación de todos los convocados, de forma balanceada y de esta manera, aprovechar al máximo sus conocimientos y experiencias.

Esta metodología se selecciona porque entre sus ventajas se encuentran el de maximizar la participación de los grupos, garantizar una participación balanceada de todas las personas, aprovechando al máximo el conocimiento y la experiencia de cada uno de los participantes en la construcción de las RIAS.

Como primer momento de este proceso se realizará una breve presentación introductoria a la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) y la RIAS, así como también, la explicación de los propósitos del proceso de participación y su metodología. Los actores asistentes deberán ser asignados a las mesas de tal forma que existan diferentes representantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, de acuerdo a sus competencias y funciones y de otros actores y sectores implicados en la validación de la RIAS. Este proceso debe hacer énfasis en la validación de los contenidos de la RIAS. Ver al respecto el Anexo 4 del presente Manual.

3.9.2.3. Espacio o canal virtual para comentarios

Previo a las sesiones de las mesas de trabajo, se enviarán los instrumentos de las RIAS a través de medios electrónicos a los asistentes de las mesas de trabajo para revisión de la información y a los expertos que no pudieron asistir a la convocatoria, con el propósito de obtener una mayor retroalimentación a las RIAS.

3.9.2.4. Revisión de comentarios con el equipo desarrollador para cada una de la RIAS

Una vez se recopile la información de las mesas de trabajo, se deberá realizar un proceso de sistematización de los hallazgos en una matriz diseñada para tal fin.

3.9.2.5. Elaboración de respuesta a comentarios

Una vez consolidada la información, se realiza una reunión de trabajo del equipo desarrollador de la RIAS, cuyo objetivo es revisar cada uno de los comentarios y darles respuesta; de esta manera se define cuáles comentarios o sugerencias son pertinentes para ser incorporados en la correspondiente RIAS.

3.9.2.6. Ajustes de la RIAS según pertinencia de comentarios

Con la información obtenida en el paso anterior, se procederá a realizar las correcciones en la RIAS correspondiente y se retroalimentará a los participantes frente a este paso.

3.10. PASO 10: Implementación

3.10.1. Marco teórico para la implementación de las RIAS

Para la implementación de las RIA se utilizará el modelo de la teoría de la introducción del usuario al conocimiento científico. Se plantea el marco teórico de dominios que describirá una estructura integral de 4 dominios teóricos de las teorías del cambio de comportamiento (23). Este marco proporcionará un enfoque útil para comprender los determinantes del comportamiento de los actores relacionados con las RIA, e implementar oportunamente cambios para garantizar el adecuado desempeño de las RIA en la prestación de servicios de salud y el establecimiento de salud de los individuos.

Los dominios estructurales de implementación son (23, 24) (Ilustración 1):

- Ejercicio de gobernanza (establecimiento y resolución de prioridades).
- Monitorización y evaluación del desempeño.
- Procesos de descentralización de las acciones y funciones.
- Rendición de cuentas y mecanismos de incentivos.

A continuación, se enuncian y analizan cada uno de estos dominios dentro del modelo integral de atención en salud y las RIA.

3.10.1.1. Ejercicio de gobernanza (Establecimiento y resolución de prioridades)

El establecimiento de prioridades se puede definir con un enfoque más o menos sistemático, a la distribución de los recursos disponibles entre las necesidades y demandas en competencia (25, 26). Las RIA están contempladas dentro de la política de atención integral en salud como un proceso vital para el desempeño del modelo integral de atención en salud lo que garantiza la implementación, utilización y evaluación de los resultados esperados para cada una de las rutas.

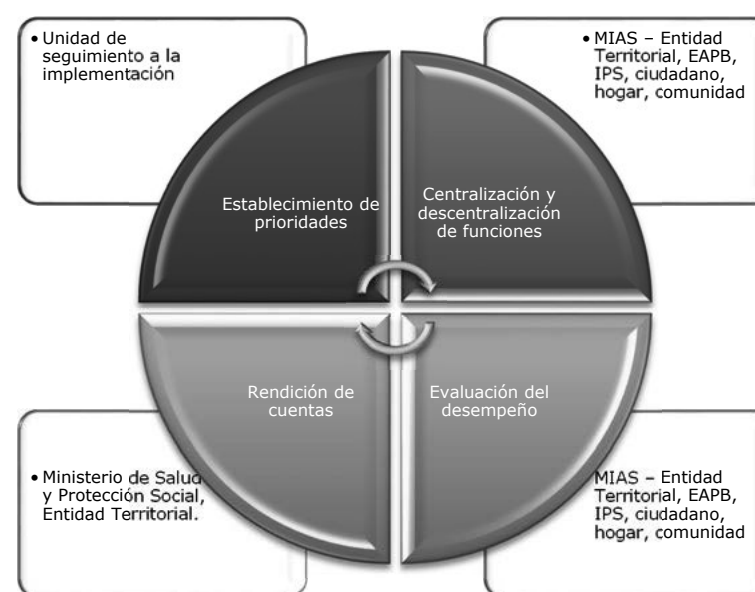
El elemento fundamental de la fijación de prioridades es la garantía de la articulación de un conjunto claro de objetivos, con las acciones que se propongan en la RIA, bajo el propósito de la optimización. Para este modelo el Ministerio de Salud y de Protección Social deberá periódicamente establecer la política, las reglas de organización y articulación, así como las prioridades de investigación para el adecuado desarrollo del modelo integral de atención como el desarrollo de las rutas y su adecuada implementación.

La formulación precisa de estas prioridades y el grado de importancia que se atribuye a ellas, es un asunto que deberá determinar el ente rector (Ministerio de Salud y de la Protección Social), en conjunto con los actores del sistema de salud y los otros sectores relacionados con el establecimiento de la salud de las poblaciones (sector educativo, ambiental, laboral).

Es en gran parte una decisión política, pero hay marcos metodológicos disponibles que pueden ayudar a orientar el debate (27). En la práctica, las prioridades de alto nivel en términos del modelo de atención, no deberán diferir sustancialmente entre las instituciones y centros de salud con las agendas nacionales y regionales de salud, dado que el modelo busca la integralidad de acciones y objetivos.

La real función está en convertir la política en un diario vivir en el sistema de salud, permitiendo las innovaciones en el desarrollo del modelo en los diferentes momentos y actores del sistema según el contexto.

Ilustración 1 Modelo de función de los dominios estructurales de implementación



Fuente: Construcción propia

3.10.1.2. Monitorización y evaluación del desempeño

La revolución tecnológica ha transformado nuestra capacidad de capturar grandes cantidades de datos sobre los insumos y las actividades de los sistemas complejos y en este caso sobre la ejecución de las actividades de los integrantes del sistema de salud.

El estímulo inmediato para proporcionar una mejor información ha sido mejorar los procesos de toma de decisión y la calidad de la información recolectada, analizada y reportada, así como procesos de investigación en la construcción de sistemas de información integrados y eficientes.

Sin acceso a la información fiable y oportuna sobre la gestión del modelo integral de atención en salud y de las RIA, el desarrollo de los procesos y la generación de conocimiento en el ámbito local, regional y nacional sería precaria e insuficiente para tomar decisiones acertadas y oportunas. El sistema de salud colombiano cuenta con una bodega de sistemas de información (Sispro), sin embargo requiere de procesos de evaluación y de control de la calidad de la información que es recolectada y sintetizada, así como procesos de fortalecimiento para análisis de la información de sistemas complejos.

Las RIA son una apuesta que genera la necesidad de fortalecer los sistemas de información dado que incorporan dentro de su modelo de procesos la instauración de hitos de aseguramiento y de la prestación de servicios de salud que deben ser monitorizados periódicamente para verificar su desarrollo y gestión por parte de los actores responsables.

Del mismo modo, el sistema de salud debe contemplar la monitorización dinámica de la gestión técnica, administrativa y financiera de los procesos de las RIA, ya que es parte esencial en las relaciones entre los actores del sistema y su adecuado desempeño en la prestación de los servicios de salud y establecimiento de la salud de las poblaciones. Por lo tanto la evaluación del desempeño se hace necesario en todas las actividades y funciones propuestos por el modelo integral de atención en salud y las RIA se convierten en un instrumento vital para su desarrollo (28, 29). Estos procesos generan ambientes de confianza y formalizan acciones de rendición de cuentas de la gestión administrativa, financiera y de resultados en salud.

3.10.1.3. Descentralización

La descentralización implica una transferencia de poder en la toma de decisiones de un nivel político o financiero alto a otro más bajo, sin embargo, la falta de consenso en su definición y la ausencia de metodologías sistemáticas para su evaluación hace que su implementación en ocasiones sea errática (33, 34).

Desde un enfoque de administración pública, el concepto de la descentralización, se centra en la distribución de la autoridad y la responsabilidad de los servicios de salud dentro de una estructura nacional política y administrativa. Este enfoque tiene desarrollado cuatro tipos de descentralización, los cuatro tipos de descentralización son: a) desconcentración, b) la delegación, c) la devolución y d) privatización (35). El sistema de salud colombiano es un sistema bajo el modelo de descentralización territorial.

El modelo integral de atención en salud busca el fortalecimiento de la entidad territorial bajo una figura administrativa independiente, lo que hace relevante su evaluación. Evaluar este proceso, a partir de los tipos de descentralización es complejo y en ocasiones no informativo, dado que varias naciones solapan dos o más tipos de descentralización. Por lo tanto hemos tomado la propuesta de Bossert, en relación a los espacios de decisión, como una medida plausible para el modelo de implementación de las RIA. Las unidades de seguimiento de la implementación deberán evaluar el grado de descentralización y la efectividad de la misma en términos de los resultados de salud, de gestión y administrativos esperados.

3.10.1.4. Mecanismos de rendición de cuentas

La rendición de cuentas tiene tres propósitos fundamentales: 1) Garantía del ejercicio del derecho a la salud, 2) Mejorar la gestión de los agentes del sistema para la garantía del derecho a la salud y, 3) La exigibilidad del derecho a la salud por parte de las personas, familias y comunidades. Así mismo requiere dos elementos para lograr estos objetivos (38): 1) La presentación de cuentas a la sociedad civil y a los agentes del sistema de salud (provisión de rendimiento de la información y de recursos), y 2) Las consecuencias por dicho manejo de cuentas (sanciones o recompensas por el ente responsable). La disponibilidad de información sobre el desempeño, no es en sí mismo suficiente para promover la rendición de cuentas, también se deberán colocar en marcha mecanismos de rendición de cuentas adecuados a la información disponible y a los objetivos propuestos, que permitan a las partes interesadas expresar sus juicios sobre los proveedores de servicios y cuando sea necesario alentarlos a tomar medidas correctivas. Los incentivos directos a través de los sistemas de pago o acreditación, así como la supervisión de los proveedores a través de la regulación profesional o a través de la presión gremial o social de pares profesionales. La característica común es que implican algún tipo de incentivo para adoptar medidas. Se recomienda que el modelo integral de atención en salud y las RIA generen espacios para la innovación en los mecanismos de incentivos en términos de los alcances de los resultados en la prestación y en salud por parte de los actores del sistema. Se deberá apoyar la investigación en los mecanismos eficientes de aseguramiento bajo el nuevo modelo, solvencia de incentivos morales y financieros y la cultura de la autorregulación por parte de los profesionales de la salud y el autocuidado por parte de los ciudadanos.

La implementación de las RIAS es un proceso progresivo que debe responder a las condiciones del territorio y debe ser coordinada por las Direcciones Territoriales (Departamentales, Distritales) y las EAPB, con la participación de la red de prestadores de servicios.

La entidad territorial debe tener la visión integradora acerca de cuáles RIAS requiere en su territorio y cuál es la organización en la red departamental para la implementación de las mismas bajo la responsabilidad de las EAPB.

A continuación, los pasos que se propone deben seguir para este proceso:

3.10.2. Orientaciones para la implementación territorial de las RIAS

La implementación de las RIAS es un proceso progresivo que debe responder a las condiciones del territorio y debe ser coordinada por las Direcciones Territoriales (Departamentales, Distritales) y las EAPB, con la participación de la red de prestadores de servicios.

La entidad territorial debe tener la visión integradora acerca de cuáles RIAS requiere en su territorio y cuál es la organización en la red departamental para la implementación de las mismas bajo la responsabilidad de las EAPB.

A continuación los pasos que se propone deben seguir para este proceso:

3.10.2.1. Apropiación conceptual y metodológica de las RIAS en el marco del Modelo Integral de Atención en Salud.

Planificación para la implementación de las RIAS: Para la planificación, implementación y seguimiento de las RIAS, se conformará un equipo territorial para la gestión de estos procesos, con participación de representantes de la Dirección Territorial de Salud, las EAPB presentes en el territorio, los prestadores de servicios de salud y representantes de organizaciones sociales, comunitarias y usuarios. Las decisiones y acuerdos y demás aspectos administrativos establecidos por este equipo territorial deberán constar en los documentos técnicos y actas correspondientes.

Identificación de RIAS a implementar en función de las prioridades territoriales y poblacionales: De acuerdo a lo establecido en la Política de Atención Integral en Salud, las RIAS a implementar en un territorio serán producto del análisis de la situación de salud de la población y de la determinación del riesgo de la misma.

Para lograr lo anterior, se establece que:

- El proceso de selección de las RIAS sea coordinado por la Dirección de Salud Territorial con las EAPB autorizadas en su territorio.
- La ruta de promoción y mantenimiento de la salud en el curso de vida, debe implementarse en todos los territorios.
- Las EAPB a partir de la caracterización e identificación de los riesgos de su población afiliada, debe priorizar las RIAS a implementar en el territorio.

- Una vez se determine en cuáles grupos de riesgo se encuentra la población de un territorio, se establecerán las RIAS por grupo de riesgo que deben ser implementadas; lo anterior sin detrimento de la atención de otros eventos que no hagan parte de las RIAS priorizadas.

- Exista un acuerdo entre la EAPB y la Dirección Territorial acerca de las RIAS a implementar en el territorio.

Identificación de facilitadores y barreras para la implementación de las RIAS: Para realizar el análisis de facilitadores y barreras para la implementación de las RIAS en el territorio deberá realizarse el análisis de las intervenciones contenidas en la RIAS versus las acciones que ya se adelantan en el territorio (especialmente las relacionadas con normas técnicas y lineamientos para la prestación de servicios de salud, así como las Guías de Práctica Clínica vigentes, de forma que se establezcan las brechas entre lo planteado por la RIAS y lo que se realiza en el territorio.

Una vez se establezcan las brechas para la implementación de las RIAS se deberá analizar qué barreras o facilitadores para la implementación existen en el territorio. Dentro de estos facilitadores o barreras deberán considerarse entre otros:

- Tipo de ámbito territorial y condiciones de accesibilidad de acuerdo a los ámbitos definidos en la Política de Atención Integral en salud.
- Particularidades poblacionales y necesidad de adaptación de la RIAS.
- Disponibilidad de oferta de servicios que incluye el análisis de la red y el soporte en servicios y procedimientos requeridos para la ejecución de las RIAS.
- Análisis de suficiencia de la red para la realización de las RIAS.
- Perfiles y competencias del Talento Humano para la operación en el Territorio.
- Actores y sectores con oferta de planes, programas, proyectos, entre otros, que incidan sobre la Atención Integral en Salud en el Territorio.
- Requerimientos y procesos del sistema de información.
- Fuentes de financiamiento.
- Mecanismos de contratación y pago.

3.10.2.2. Gestión estratégica para la implementación de las RIAS

En este paso se espera:

- Realizar acuerdos sobre la necesidad de adaptación de las RIAS.
- Establecer acuerdos sectoriales para la gestión de las barreras identificadas en la implementación de las RIAS, en el marco de sus competencias.
- Establecer acuerdos intersectoriales que resulten pertinentes.
- Elaborar el plan territorial para la implementación de las RIAS.

Adaptación de las RIAS: La adaptación de las RIAS hace referencia a aspectos de la prestación de los servicios de salud y a los mecanismos de abordaje de las poblaciones blanco, teniendo en cuenta las características geográficas, sociales, históricas y culturales del territorio y de las poblaciones. En todo caso, las adaptaciones realizadas por los integrantes del sistema de salud deben garantizar el logro de los objetivos propuestos en las intervenciones definidas por las RIAS, teniendo en cuenta los atributos de calidad de la atención en salud y deben aportar eficazmente a alcanzar los resultados en el proceso de atención y los resultados en salud esperados en las personas, familias y comunidades.

Los procesos de adaptación de las RIAS deben dar respuesta a una pregunta clave:

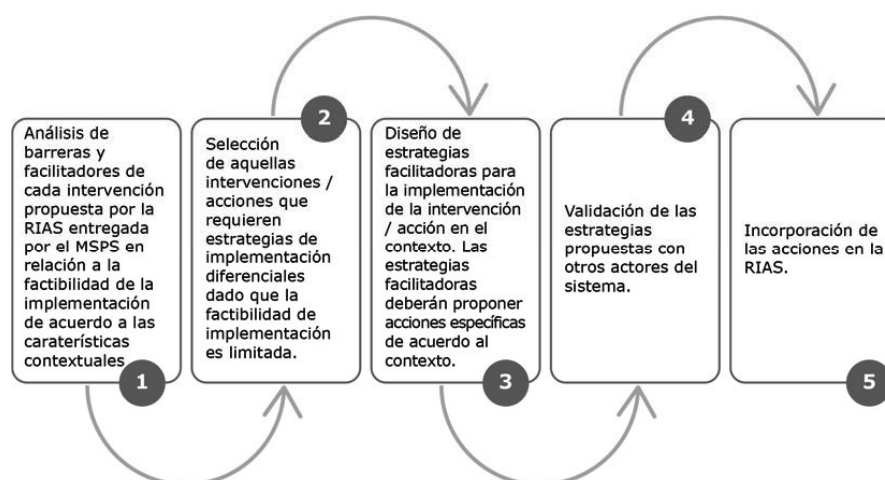
¿En qué tipo de ámbito territorial (urbano, alta ruralidad o rural disperso) se implementará la RIAS?

Dado lo anterior, el proceso de adaptación de las RIAS deberá ser un proceso que cumpla las siguientes características:

1. Proceso transparente.
2. Proceso sistemático.
3. Proceso reproducible.
4. Proceso soportado en evidencia.
5. Proceso articulado con los agentes del sistema.

Las etapas propuestas para el proceso de adaptación de las RIAS son:

Figura 11. Adaptación de RIAS



El objetivo final del proceso de adaptación de una RIA es permitir la implementación en el territorio de intervenciones/acciones que han sido previamente evaluadas en relación a su efectividad y seguridad y algunas de ellas en relación a su costo efectividad. Es relevante en este punto, recordar que las Rutas Integrales de Atención, tienen como soporte la mejor evidencia científica disponible, ya sea porque proviene de guías de práctica clínica realizadas por el MSPS o posterior a la revisión exhaustiva de la literatura realizada por los grupos desarrolladores del MSPS.

Dado lo anterior se espera como resultado del proceso de adaptación de las RIAS, la incorporación de estrategias innovadoras para la entrega de las intervenciones/acciones propuestas en las RIAS, como mecanismo para la reducción o eliminación de barreras de acceso a los usuarios. Se espera que todas aquellas estrategias innovadoras de entrega de servicios de salud sean: basadas en evidencia y válidas, y que como resultado final de su implementación los resultados en salud sean óptimos.

Para realizar este proceso, la matriz de intervenciones de la RIA cuenta con un componente denominado implementación, será en este formato que se realice el análisis correspondiente.

En caso en que la entidad o actor que realice el proceso de adaptación de la ruta, considere necesario incorporar un nuevo hito, se deberá seguir el proceso descrito en este mismo documento, de igual manera será necesario la identificación del o los indicadores propuestos para la medición del hito, proceso también descrito previamente en este documento. Se considera factible la incorporación de un hito y su indicador correspondiente, pero no se espera que el proceso de adaptación de una ruta considere de manera general la eliminación de un hito o un indicador propuesto por la RIA original, en el caso en el que esto ocurra, será necesario explicar de manera clara la razón. Para llevar a cabo este proceso, adición o eliminación de hitos e indicadores se recomienda el uso del Formato 10.

Formato 10 Adaptación de hitos e indicadores

HITO PROPUESTO POR LA RIA ORIGINAL	EXPLICACIÓN DE EXCLUSIÓN	HITO PROPUESTO EL PROCESO DE ADAPTACIÓN	EXPLICACIÓN DE SU INCLUSIÓN	INDICADOR PROPUESTO PARA LA MEDICIÓN DEL HITO INCLUIDO

• **Establecer acuerdos sectoriales para la gestión de las barreras identificadas en la implementación de las RIAS, en el marco de sus competencias:** La gestión de las barreras de implementación de las RIAS requiere de la adaptación de procesos estructurales y operativos a cargo de los agentes del sector salud tanto en el nivel nacional como territorial, por lo tanto, se hace necesario un proceso de concertación entre los mismos que permita establecer el alcance de la gestión de cada actor de acuerdo a su competencia y la identificación de aquellos aspectos que no están a su alcance para escalarlos al nivel de gestión correspondiente.

Las barreras de implementación identificadas en la actualidad tendrán un abordaje progresivo que sugiere modificaciones y adaptaciones en las funciones y capacidad de gestión de los actores del sector salud y entre tanto son reguladas, se debe establecer acuerdos para alcanzar los objetivos comunes propuestos, como la coordinación de la respuesta, optimización de los recursos, intercambio y flujo de información, complementariedad de las acciones y gestión de las mismas entre otros, que en todo caso repercuten en la operación de la RIAS.

• **Establecer acuerdos intersectoriales que resulten pertinentes:** Los resultados en salud esperados superan la capacidad de respuesta del sector y requieren de la afectación positiva de los determinantes sociales de salud que son responsabilidad de los demás actores y sectores que hacen presencia en el territorio, por ende y dado que el fin último de las RIAS es alcanzar un óptimo nivel de salud, mantenerlo y contribuir al desarrollo humano es indispensable hacer partícipes a estos actores y sectores en la gestión y operación de cada una de las intervenciones y acciones que integran la RIAS de manera tal que se logre un abordaje integral de las condiciones de salud de la población y de acuerdo a las características del territorio.

• **Plan territorial para la implementación de las RIAS:** El plan territorial para la implementación de las RIAS debe estar compuesto por las actividades y roles que desarrollará cada actor (EAPB, Entidad Territorial y Prestadores de Servicios de Salud).

Las acciones incluidas en el plan deben ser coordinadas en términos de las acciones a realizar, actores responsables y tiempos para la realización de las mismas.

El plan deberá tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Habrá un periodo de seis (6) meses que deberá ser usado para la planeación de la implementación de las RIAS, en el cual se realizará el análisis de necesidad para la implementación, priorización de las mismas y aprestamiento de la red de prestación de servicios.
- Durante este periodo se deberán seguir prestando los servicios e intervenciones consignados en las normas técnicas y guías de práctica clínica. Los actores deberán ir haciendo los ajustes pertinentes en frecuencias u otros aspectos contenidos en las RIAS.
- La implementación de la RIAS, implica la determinación de los mecanismos para que un usuario fluya en la red de acuerdo a la RIA correspondiente.

- Procesos para la eliminación de barreras administrativas.
 - Los aspectos de la implementación de RIAS, relacionados con intervenciones nuevas, insuficiencia de red o falta de disponibilidad de algunas tecnologías, deberán ser la base del plan de implementación, con un periodo que no supere los dieciocho (18) meses contados a partir de la publicación de la presente resolución. Estos aspectos no pueden ser objeto de adaptación en las RIAS.
 - Los aspectos de operación de la RIAS, los cuales ser harán explícitos en los anexos técnicos de las mismas.
 - Los requerimientos y procesos del sistema de información.
 - Los aspectos de monitoreo y evaluación del proceso de implementación de las RIAS en cuanto a:
 - Seguimiento al plan de acción territorial para la implementación de las RIAS.
 - Seguimiento y evaluación de los hitos y los resultados en salud.
- 3.10.2.3. Actualización de las RIAS
- La actualización de las RIA, deberá considerar las siguientes variables:
- Cambio en la práctica clínica.
 - Cambios en la evidencia que soporta las intervenciones poblaciones, colectivas o individuales.
 - Actualización de las GPC que soportan las RIAS.
 - Modificación de la situación del ambiente y los entornos.

Se considera un tiempo de 3 años para la actualización de la evidencia y de la estructura de los procesos de prestación. Lo anterior puede ser variable de acuerdo al conocimiento de los expertos. Este tiempo se considera prudente para obtener resultados de la evaluación de la implementación y resultados en salud.

4. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN A LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS RIAS

Este proceso comprende el seguimiento a las acciones derivadas de la adopción de las RIAS, con el objetivo de mejorar la salud de la población, a través de un ejercicio adecuado de planeación, implementación y evaluación de las RIAS.

En este proceso se propone realizar el seguimiento y la evaluación en dos vías:

1. La gestión territorial para la implementación de las RIAS: hace referencia al seguimiento y evaluación del ejercicio de las competencias por parte de los integrantes del sistema de salud a nivel territorial, que incluye los procesos de gestión para el desarrollo de capacidades funcionales, individuales, institucionales, técnicas y sociales así como la adecuación administrativa, organizativa y de la prestación de servicios.

2. Seguimiento y evaluación de los hitos y resultados en salud: propone nuevas mediciones e indicadores en salud que den cuenta del bienestar y la calidad de vida de las personas, familias y comunidades, trasciende a una propuesta de medición que incluye las relaciones, la autonomía, la resiliencia, el desarrollo de capacidades, la generación de potencialidades, capital social y riqueza (entendida no solo como poder adquisitivo, sino a educación y salud).

En ese sentido, la RIAS generan la necesidad de adecuar el sistema de información dado que incorporan información adicional como la concerniente a algunas intervenciones e hitos, los cuales serán monitoreados periódicamente para verificar su desarrollo y gestión por parte de los actores responsables. Esta adecuación permitirá evaluar el desempeño de los actores del sistema de salud, generando un ambiente transparente y confiable en el sistema, entre sus actores y entes externos del mismo. Así mismo, el Sistema Integral de Información de la Protección Social (Sispro), se convierte en la herramienta necesaria para la toma de decisiones que apoya la elaboración de políticas, el monitoreo regulatorio y la gestión de servicios en cada uno de los niveles y en los procesos esenciales del sector: aseguramiento, financiamiento, oferta, demanda y uso de servicios.

4.1. Evaluación de la gestión territorial para la implementación de las RIAS

El proceso de la implementación de las RIAS debe tener una evaluación a fin de garantizar que las mismas, sean instauradas en los territorios, en los términos establecidos en la normatividad vigente. Para este proceso se propone evaluar las fases de implementación propuestas. Formato 11.

Formato 11. Seguimiento al proceso de implementación de las RIAS

FASES DE IMPLEMENTACIÓN	100%		100%					
	3 MESES	6 MESES	9 MESES	12 MESES	15 MESES	18 MESES	21 MESES	24 MESES
APROPIACIÓN DE LAS RIAS								
PLANIFICACIÓN DE LAS RIAS								
CONFORMACIÓN DE UN EQUIPO TERRITORIAL PARA LA GESTIÓN DE LAS RIAS								
MAPEO DE ACTORES Y SECTORES INVOLUCRADOS								
SOCIALIZACIÓN DE LAS RIAS A LOS ACTORES Y SECTORES								
IDENTIFICACIÓN DE LAS RIAS A IMPLEMENTAR EN EL TERRITORIO								
DETERMINACIÓN DE LOS GRUPOS DE RIESGO A PARTIR DEL ASIS Y CARACTERIZACIÓN DE LAS EAPB								

FASES DE IMPLEMENTACIÓN	100%		100%					
	3 MESES	6 MESES	9 MESES	12 MESES	15 MESES	18 MESES	21 MESES	24 MESES
IDENTIFICACIÓN Y GESTIÓN DE BARRERAS Y FACILITADORES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS RIAS								
ADECUACIÓN DE LA RIAS DE ACUERDO AL TIPO DE ÁMBITO TERRITORIAL								
DISPONIBILIDAD DE OFERTA DE SERVICIOS								
ANÁLISIS DE SUFICIENCIA DE RED								
PERFILES Y COMPETENCIAS DEL TALENTO HUMANO								
ACTORES Y SECTORES QUE INCIDEN EN LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD EN EL TERRITORIO								
REQUERIMIENTOS Y PROCESOS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN								
FUENTES DE FINANCIAMIENTO								
MECANISMOS DE CONTRATACIÓN Y PAGO								
SEGUIMIENTO AL PLAN DE ACCIÓN TERRITORIAL PARA IMPLEMENTACIÓN DE LAS RIAS								

4.2. Seguimiento y evaluación de los resultados en salud

Las RIAS a través de los hitos contienen los indicadores de seguimiento a su ejecución, los cuales permitirán establecer líneas de base y observar la evolución de los mismos en el tiempo, en términos de su eficacia, impacto, sostenibilidad y contribución al óptimo nivel de salud y al desarrollo integral.

Los indicadores propuestos en cada una de las RIAS, en un 70% pueden ser implementados en su medición y seguimiento, de acuerdo a la validación realizada por el MSPS. El 30% restante serán sujetos de un plan de gestión, implementación y estandarización de fuentes.

Se propone hacer el seguimiento a los hitos y sus desenlaces a través de un tablero de control o el mecanismo que se defina en cada territorio. Figura 12.

Figura 1. Tablero de control para el seguimiento y evaluación de los hitos y los resultados en salud

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS RIAS									
NOMBRE DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD:									
HITO	INDICADORES	PORCENTAJE DE AVANCE							
		3 MESES	6 MESES	9 MESES	12 MESES	15 MESES	18 MESES	n... MESES	n... MESES
HITO 1	INDICADOR DE PROCESO DE LA ATENCIÓN EN SALUD								
	INDICADOR DE RESULTADO EN SALUD INTERMEDIO								
	INDICADOR DE RESULTADO EN SALUD DE IMPACTO								
HITO 2	INDICADOR DE PROCESO DE LA ATENCIÓN EN SALUD								
	INDICADOR DE RESULTADO EN SALUD INTERMEDIO								
	INDICADOR DE RESULTADO EN SALUD DE IMPACTO								
HITO n...	INDICADOR DE PROCESO DE LA ATENCIÓN EN SALUD								
	INDICADOR DE RESULTADO EN SALUD INTERMEDIO								
	INDICADOR DE RESULTADO EN SALUD DE IMPACTO								

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social.

Los hitos y resultados relacionados en cada RIAS contiene los indicadores para el seguimiento y evaluación a la implementación de las mismas, sin perjuicio de ello, para el seguimiento de la implementación de las RIAS se podrán desarrollar indicadores adicionales de acuerdo al plan de implementación elaborado por cada actor en forma específica para cada territorio; dicho seguimiento y evaluación será desarrollada por cada Entidad Territorial en articulación con el Ministerio de Salud y Protección Social.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguilar, L. (2010). *Gobernanza: El nuevo proceso de gobernar*. México: Fundación Fredrich Naumann para la Libertad.

Alcaldía Mayor de Bogotá. (2011). *Política pública de y para la adultez*. Bogotá.

Barker, D., & Clark, P. (1997). *Fetal undernutrition and disease in later life*. *Rev. Reprod.* (2), 105-112.

Blanco, M. (2011). El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo. En: *Revista Latinoamericana de Población*; 5 (8), pp. 5-31.

Burton-Jeangros, C., Cullati, S., Sacker, A. & Blane, D. 2015. *A Life Course Perspective on Health Trajectories and Transitions*. New York: Springer Open.

Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia. (2013). *Fundamentos políticos, técnicos y de gestión de la estrategia de atención integral a la primera infancia*. Bogotá: Imprenta Nacional.

Comité Regional Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes- UNFPA. (2010). *Barreras para el acceso de adolescentes y jóvenes a los servicios de salud. Propuesta para su identificación y superación*.

DANE (2005). *Proyecciones departamentales de población por sexo y edad, 2005-2020 a partir del censo 2005*. Bogotá.

Documento Conpes Social 109. *Política pública nacional de primera infancia “Colombia por la primera infancia”*. Bogotá: 3 de diciembre de 2007.

Domínguez, L. (2008). La adolescencia y la juventud como etapas del desarrollo de la personalidad. Distintas concepciones en torno a la determinación de sus límites y regularidades. *Boletín electrónico de investigación de la Asociación Oaxaqueña de Psicología*. 4 (1), pp. 69-76. Disponible en: http://www.conductitlan.net/50_adolescencia_y_juventud.pdf

Elder, G. (1999)]. *Children of the great depression: Social change in life experience*. Chicago: The University of Chicago Press.

Irwin L., Siddigi A. & Hertzman, C. (2007). *Desarrollo de la primera infancia: Un potente ecualizador*. Informe final para la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/publications/early_child_dev_ecdkn_es.pdf

Kuh, D.; Ben-Shlomo, Y.; Lynch, J.; Hallqvist, J.; Power, C. (2003). Life course epidemiology. *Journal of Epidemiology & Community Health*; 57, pp. 778–783.

Krieger, N. A glossary for social epidemiology. En: *Journal of Epidemiology and Community Health* 2001; 55:693-700.

Ley 1098 de 2006, por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia. Congreso de la República de Colombia. Bogotá: 8 de noviembre de 2006.

Ley 1438 de 2011, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Congreso de la República de Colombia. Bogotá: 19 de enero de 2011.

Ley 1753 de 2015, por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país”. Congreso de la República de Colombia. Bogotá: 9 de junio de 2015.

Ley 715 de 2001, por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. Congreso de la República de Colombia. Bogotá: 21 de diciembre de 2001.

Ley Estatutaria 1751 de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Congreso de la República de Colombia. Bogotá: 16 de febrero de 2015.

Marshall, V. & Mueller, M. (2003). *Theoretical roots of the life-course perspective*. En: Heinz, W., Marshall, V. (Editores). *Social dynamics of the life course*. New York: Aldine de Gruyter. pp. 3–32.

Méndez, E. & Lloret, M. (2004). Comparación internacional: El índice de desarrollo humano para 20 países latinoamericanos (1980-2005). En: *Observatorio de la Economía Latinoamericana*, No. 30. Disponible en: www.eumed.net/cursecon/ecolat/la/emd-idhal.doc

Martínez, J. (2010) ¿Qué hay más allá de la juventud? Una lectura desde las políticas del acontecimiento. Bogotá: Antropos.

Mayorga, F. & Córdova, E. (2007). *Gobernabilidad y Gobernanza en América Latina*. Working Paper NCCR Norte-Sur IP8, Ginebra. No publicado.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 “La salud en Colombia la construyes tú”*. Bogotá: Imprenta Nacional.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Documento de apropiación del enfoque de curso de vida*. Bogotá.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Metodología para la definición de grupos de riesgo*. Documento de trabajo. Bogotá.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Documento de trabajo para definición de los resultados en salud de las RIAS*. Bogotá.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Estrategia entornos saludables*. Bogotá.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2010). *Intervenciones poblacionales en factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles*. Bogotá.

Muñoz, S. & Alvarado, S (2011). Autonomía en movimiento: reflexión desde las prácticas políticas alternativas de jóvenes en Colombia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 1 (9), pp.115-128.

Organización de Naciones Unidas. (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. París.

Organización de Naciones Unidas. (2006). *Preguntas frecuentes sobre el enfoque de derechos humanos en la cooperación para el desarrollo*. Nueva York y Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (2011). *Cerrando la brecha: La política de acción sobre los determinantes sociales de la salud*. Río de Janeiro.

Organización Mundial de la Salud (s/f). *Enfoque de la salud basado en los derechos humanos*. Disponible en: http://www.who.int/hhr/news/hrba_to_health_spanish.pdf

OMS (2011). *Cerrando la brecha: La política de acción sobre los determinantes sociales de la salud*. Río de Janeiro.

Parodi, J. (s/f). *El Curso de Vida: renovando el enfoque y buscando oportunidades para la salud pública*.

Pavez, I. (2012). Sociología de la Infancia: las niñas y los niños como actores sociales. *Revista de Sociología*, 27, pp. 81-102

Pineda, S. Aliño, M. (2002). *El Concepto de adolescencia*. En: Manual de prácticas clínicas para la atención integral de la salud en la adolescencia. MINSAP. La Habana. Capítulo 1.

PNUD (2015). *Informe sobre desarrollo humano 2015. Trabajo al servicio del desarrollo humano*. Nueva York: PBM Graphics.

Reguillo, R. (2007). *Emergencia de culturas juveniles: estrategias del desencanto*. Buenos Aires: Editorial Norma. Capítulos 1 y 2.

Resolución 1841 de 2013, por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá: 28 de mayo de 2013.

Resolución 429 de 2016, por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá: 17 de febrero de 2016.

Resolución 518 de 2015, por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC. Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá: 24 de febrero de 2015.

Sen, A. (1998). *Bienestar, justicia y mercado*, Barcelona, Ediciones Paidós Ibérica.

Vélez, A. (2009). Construcción de subjetividad en jóvenes raperos y raperas. Más allá de la experiencia mediática. *Revista latinoamericana de ciencias sociales, niñez y juventud*, pp. 289-320.

Villa, M. (2011). Del concepto de juventud al de juventudes y al de lo juvenil. *Revista Educación y Pedagogía*, 23 (60).

Villar, F. (1998). *Representación social del envejecimiento en el ciclo vital*. Tesis doctoral. Capítulo 10: El desarrollo adulto y el envejecimiento como psicología evolutiva. Universitat de Barcelona. Consultado en febrero de 2015. Disponible en: http://www.ub.edu/dppsed/fvillar/principal/pdf/proyecto/cap_10_psi_evolutiva_envej.pdf.

Villar, F. (2005). *El enfoque del ciclo vital: hacia un abordaje evolutivo del envejecimiento*. En: Pinazo, S. y Sánchez, M. (Eds.) Gerontología y ciclo vital. Actualización, innovación y propuestas. Madrid: Prentice Hall (Pearson Educación), pp. 147-181.

Zapata, R.; Canno, A.; Moyá, J. (2002). Tareas del desarrollo de la edad adulta. *Psiquis*, 23 (5), pp. 185-197.

6. ANEXOS

6.1. ANEXO 1. HERRAMIENTAS PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA

Se presenta en este anexo una serie de tópicos que buscan apoyar a los equipos desarrolladores de las RIAS. Se puede acotar la búsqueda de la literatura por los siguientes tipos de términos:

TIPO DE TÉRMINO	DEFINICIÓN	SIGLA	EJEMPLO
Título	Acotara la búsqueda de la literatura por términos que se encuentren únicamente en el título	ti	health system[ti]
Palabras clave	Acota la búsqueda solamente a las palabras que se encuentren en las palabras clave del resumen de cada uno de los estudios	MeSH	Health services[MeSH]
Operadores booleanos	Poder relacionar diferentes términos en una búsqueda donde los dos términos tienen que estar simultáneamente mencionados en los estudios	AND	Health system AND governance
	Poder relacionar diferentes términos en una búsqueda donde uno o ambos términos pueden estar mencionados en los estudios	OR	Health system OR governance
	Relación de exclusión de un término de manera explícita	NOT	Health system NOT governance
Comillas antes y después del término	El uso de comillas indica que se requiere buscar la frase o el término textual en todo el cuerpo de los estudios se requiere buscar la frase o el término textual en todo el cuerpo de los estudios	"" ""	“Health service and practice”

Uso de estrategias de búsqueda por tipos de pregunta de investigación

La universidad de McMaster en el año 2000 estandarizó las estrategias de búsqueda por tipos de pregunta de investigación (diagnóstico, tratamiento, pronóstico, etiología, economía de la salud), en términos de búsquedas sensibles, específicas o balanceadas.

Se recomienda utilizar estas herramientas para acotar la búsqueda de la literatura. Puede consultarlas en el siguiente link:

http://hiru.mcmaster.ca/hiru/HIRU_Hedges_MEDLINE_Strategies.aspx

Uso de la herramienta Clinical Queries

En la plataforma Medline existe una herramienta denominada Clinical Queries que permite realizar búsquedas eficientes con términos puntuales de búsqueda, ya sea mediante palabras de texto o con la utilización de términos MeSH, All Fields o Subheading. Esta herramienta reporta de manera prioritaria las revisiones sistemáticas y estudios primarios relevantes para los términos de búsqueda definidos.

Posterior al desarrollo de la búsqueda de la literatura, se recomienda tener la ruta de las búsquedas realizadas, así como también, los términos de búsqueda utilizados para cada una de las intervenciones/acciones identificadas dado que son relevantes para garantizar la reproducibilidad del proceso, se propone el diligenciamiento del formato que se presenta a continuación.

Formato 2. Estrategias de búsqueda

Intervención/acción	Fecha de búsqueda	Base de datos consultadas	Términos de búsqueda	Número de referencias identificadas
Actividad física	24 de febrero de 2016	Medline	Physical activity[ti] OR motor activity[ti] OR activity[ti]	325
		Embase	Motor activity	1834
		LILACS	Actividad física	45

Se recomienda que al terminar de desarrollar las búsquedas de la literatura se utilice un software de manejo de referencias (p.e. EndNote, Reference Manager, Jabref), para administrar de mejor manera el proceso de selección por título y resumen; texto completo, asimismo, para realizar la referenciación de los documentos propios de la RIAS.

Selección de las referencias por título y resumen

Posterior a la búsqueda de referencias bibliográficas se procede a realizar la selección (tamización) por título y resumen de los estudios identificados. En este punto se propone verificar en el título y resumen de los contenidos de los componentes de la estrategia PICOT; este proceso deberá hacerse de manera pareada e independiente por dos expertos del grupo desarrollador de la RIAS. En dado caso que se encuentren disparidades en la selección, se solucionará por consenso, o por la intervención de un tercer revisor.

Selección por texto completo

Posterior a la selección por título y resumen, se realiza una selección por texto completo, la cual se realizará de manera pareada e independiente, teniendo en cuenta criterios de inclusión y exclusión con referencia a la población objeto de la intervención, la prescripción de la acción/intervención y los desenlaces que se quieren evaluar, en términos de prestación de servicios de salud y de resultados en salud.

Evaluación de la calidad científica

La evaluación de la calidad científica de los estudios seleccionados por texto completo se realizará utilizando el sistema de listas de chequeo validadas internacionalmente por los desarrolladores de dichos instrumentos. A continuación, se referencian los instrumentos que se deben utilizar para la evaluación de la calidad científica por tipo de diseño epidemiológico.

Evaluación de la calidad científica

TIPO DE ESTUDIO	INSTRUMENTO	LINK
Guías de práctica	AGREE 2	http://www.agreetrust.org
Revisiones sistemáticas de la literatura	AMSTAR	http://amstar.ca/Amstar_Checklist.php
Ensayos clínicos controlados	CONSORT	http://www.consort-statement.org
	Riesgo de sesgo de Cochrane	http://www.revcolanest.com.co/es/evaluacion-del-riesgo-sesgo-los/articulo/S0120334712000172/
Estudios de cohorte	STROBE	http://www.strobe-statement.org
Estudios de casos y controles	STROBE	http://www.strobe-statement.org
Estudios de prueba diagnóstica	QUADAS	http://annals.org/article.aspx?articleid=474994

La evaluación de la calidad científica no será un criterio de exclusión de la evidencia. Esta actividad se realiza con el objetivo de conocer el soporte de las intervenciones/acciones propuestas por la evidencia científica y de esta manera acercarse a definir el nivel de confianza con el que se cuenta en la misma, en relación con los resultados reportados.

Extracción de las características de la intervención (definición, dosis, medio de aplicación, eventos adversos)

Ya teniendo los estudios seleccionados y evaluados en términos de calidad metodológica, se procederá a la extracción de información de los estudios seleccionados. Se extraerá información relacionada con la definición, prescripción (mecanismo de uso, medio de aplicación, características de las acciones e intervenciones) y en dado caso que requiera un equipo humano o infraestructura especial, se deberá extraer esa información. Se sugiere usar el formato presentado a continuación.

Formato 2. Extracción de datos

Acción / Intervención	Prescripción	Talento humano requerido	Infraestructura requerida	Tipo de intervención (Poblacional, colectivo, individual)	Categorías del continuo de la atención

6.2 ANEXO 2. INSTRUCTIVO MATRIZ DE INTERVENCIONES

En este documento se incluyen las instrucciones para la lectura de la matriz de atenciones específicas definidas para la intervención de los grupos de riesgo, a partir de los cuales se pretende intervenir, lo más anticipatoriamente posible, los factores de riesgo comunes que dan lugar a la presencia de los eventos priorizados en cada grupo.

La matriz consta de 5 hojas con la siguiente denominación:

- Hoja 1: Análisis de la situación de salud
- Hoja 2: Soporte de la evidencia científica
- Hoja 3: Intervenciones
- Hoja 4: Hitos
- Hoja 5: Implementación

A continuación, se indica la información requerida en cada una de las variables que componen las 5 hojas de la matriz.

HOJA 1: ANÁLISIS SITUACIONAL:

Busca realizar la caracterización en términos de definición, carga de enfermedad y características de la población que hace parte del grupo de riesgo abordado. El objetivo es dar información relevante sobre el estado del arte del grupo de riesgo a nivel global, regional y local. De igual manera, pretende describir y poner en contexto aquellos referentes nacionales e internacionales relacionados con la medición del impacto.

Nombre del grupo de riesgo: Registre el nombre del grupo de riesgo al que corresponde la Ruta Integral de Atención en Salud.

Descripción del grupo de riesgo: Describa los factores comunes que desencadenan los eventos que hacen parte del grupo de riesgo, e identifique sus características individuales, colectivas y poblacionales.

Descripción de los eventos priorizados en el grupo de riesgo: Identifique cuáles son los eventos que se priorizaron en el grupo de riesgo, susceptibles de ser intervenidos.

Caracterización epidemiológica en el contexto colombiano: Realice la descripción del grupo de riesgo teniendo en cuenta sus características epidemiológicas, el comportamiento de la morbilidad asociada a este grupo de riesgo y su aporte a la carga de enfermedad en Colombia.

Identificación de la distribución geográfica del grupo de riesgo: Describa los departamentos o municipios con mayor presencia de los eventos que conforman el grupo de riesgo.

Identificación de las metas establecidas en el PDSP relacionadas con el grupo de riesgo: Identifique cuáles son las metas del Plan Decenal de Salud Pública para el grupo de riesgo objeto de la RIAS.

Identificación de las estrategias establecidas en el PDSP para el grupo de riesgo: Identifique cuáles son las estrategias del Plan Decenal de Salud Pública para mitigar la exposición al riesgo y/o intervenir los eventos que conforman el grupo de riesgo objeto de la RIAS.

Identificación de compromisos nacionales e internacionales relacionados con el grupo de riesgo: Enuncie los compromisos nacionales e internacionales vinculantes para intervenir el grupo de riesgo (Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), Plan Nacional de Desarrollo (PND), Convención de derechos, autos y sentencias de las Altas Cortes, entre otros).

HOJA 2. ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA:

Para cada una de las intervenciones propuestas en la RIAS se debe realizar una búsqueda rápida de la literatura, que soporte en términos de evidencia científica las intervenciones que hacen parte de la misma. Se debe tener en cuenta que si existe una guía de práctica clínica (GPC) o lineamiento técnico vigente, se deberán adoptar las recomendaciones a las que haya lugar y la evidencia de las mismas dentro de la RIAS. En caso de que no se tengan dichos documentos se deberá realizar una búsqueda rápida de la literatura con la metodología descrita previamente. El grupo desarrollador deberá enunciar la, o las referencias bibliográficas que seleccionó para proponer la intervención en la Ruta Integral de Atención en Salud.

Identificación numérica y secuencial de las actividades (Id): Registre secuencialmente el número de la intervención. Recuerde que el Id de la intervención deberá conservarse en las demás hojas del archivo en Excel.

Intervención: Formule las intervenciones dirigidas a los sujetos, familias y comunidades necesarias para la atención de los eventos que conforman el grupo de riesgo, teniendo en cuenta el continuo de la atención (promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad).

Se debe tener en cuenta la definición presentada en el descriptor de esta hoja y la siguiente estructura: verbo + objeto / sujeto.

Verbo: Se refiere a la acción concreta a realizarse. Ejemplo: Clasificar (¿qué es lo que se hace?).

Objeto / Sujeto: Es sobre lo que recae la acción del verbo. Ejemplo: Riesgo materno (¿qué es lo que se inicia?). Intervención: Clasificar el riesgo materno.

Las intervenciones deben estar basadas en evidencia científica y han de ser ordenadas de acuerdo con la secuencia lógica de la atención.

Evidencia de guía de práctica clínica (SÍ o NO): Si la intervención es sugerida por una guía de práctica clínica (GPC) Colombiana, coloque Sí o No según sea el caso. En caso de que la respuesta sea afirmativa, no coloque datos en la columna palabras claves o bases.

Palabras Clave: Registre las palabras utilizadas en los buscadores para encontrar la evidencia que dio lugar a la intervención recomendada.

Bases: Registre las bases de datos electrónicas en las que realizó las búsquedas. Para identificar publicaciones indexadas, deben consultarse las siguientes fuentes: MEDLINE, EMBASE (Elsevier), Cochrane Database of Systematic Reviews (plataforma Wiley), LILACS (Biblioteca Virtual en Salud BVS, interfaz iAHx), EVIPNET (EvidenInformedPolicyNetwork).

Referencia bibliográfica (Vancouver). Escriba la referencia bibliográfica según normas Vancouver. Al respecto, consulte la página <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/histologia/normas-vancouver-buma-2013-guia-breve.pdf>

Link del documento (Si se encuentra en medio virtual): Escriba el link de internet donde encontró la evidencia de la recomendación (versión electrónica).

Intervención planteada por panel de experto: Si una intervención no cuenta con evidencia científica, es necesario realizar un panel de expertos. Registre en esos casos, en la casilla correspondiente, el nombre de cada uno de los expertos que participaron para la toma de la decisión. Deje la casilla en blanco si no se realizó este panel.

HOJA 3. INTERVENCIONES:

Las intervenciones o atenciones en salud se conciben como acciones, o como un conjunto de acciones intencionadas y efectivas, encaminadas a la promoción de la salud, a la detección temprana, la protección específica: el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación, la paliación y la educación para la salud, dirigidas a las personas, familias y comunidades, en cada uno de los entornos en los que transcurre su vida. Estas intervenciones pueden desarrollarse a nivel individual o colectivo; a través de las modalidades de prestación de los servicios intramurales o extramurales, dependiendo de sus características y del contexto en el cual se aplique la RIAS.

ID: Coloque el número secuencial de la intervención, teniendo en cuenta la secuencia lógica del proceso de atención de la RIAS. Recuerde que la secuencia de la intervención debe ser la misma para las hojas, 2, 3 y 5.

Intervención/Acciones de Gestión de Salud Pública (GSP): Formule las intervenciones dirigidas a los sujetos, familias y comunidades necesarias para la atención de los eventos que conforman el grupo de riesgo, teniendo en cuenta el continuo de la atención (promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad).

Se debe tener en cuenta la definición presentada en el descriptor de esta hoja y la siguiente estructura: verbo + objeto / sujeto.

Verbo: Se refiere a la acción concreta a realizarse. Ejemplo: Clasificar.

Objeto / Sujeto: Es sobre lo que recae la acción del verbo. Ejemplo: Riesgo materno. Intervención: Clasificar el riesgo materno.

Las intervenciones deben estar basadas en evidencia científica, de acuerdo con la priorización realizada en la hoja 2 y han de ser ordenadas de acuerdo con la secuencia lógica de la atención.

Una vez finalizada la secuencia de intervenciones para la atención del respectivo grupo de riesgo, se deben formular las acciones de gestión de la salud pública.

Definición: Realice una breve descripción de la intervención que contenga:

Qué: Numere y enuncie las actividades que están comprendidas en la intervención. Separe cada actividad en una fila, teniendo en cuenta combinar las celdas correspondientes a la variable intervención.

Cómo: Caracterice las actividades que hacen parte de la intervención incluyendo la tecnología, población objeto, características individuales (edad, sexo y condiciones para realizar la intervención).

Mecanismo de entrega: Mencione el escenario en donde se pone a disposición la acción/intervención, el perfil de quien la realiza, e identifique si la intervención es de primera vez o de control, de acuerdo con la frecuencia de uso (Ej.: Consulta médica de primera vez, consulta de control por enfermería, consulta de control por odontología, entre otros). Registre esta información para las intervenciones a las que aplique.

Frecuencia de uso: Enuncie el número de veces en que se hace necesario realizar la acción/intervención y el intervalo requerido entre las mismas. En caso de requerirse la acción/intervención en más de una oportunidad en el continuo de atención, especifique qué perfil profesional debe realizar cada una (Ej.: En la intervención atención preconcepcional, la consulta inicial estará a cargo de profesional de Medicina o Enfermería).

Entrada / decisión / atención: Clasifique si la intervención es una entrada a la RIAS, una decisión o una atención.

Líneas del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP): Identifique la línea operativa del PDSP que incluye la intervención: 1) Promoción de la salud, 2) Gestión del riesgo en salud y 3) Gestión de la salud pública. Tenga en cuenta la definición del Plan Decenal de Salud Pública en sus páginas 41 y 42.

Entorno: Seleccione el entorno, o entornos en donde se entrega o materializa la intervención: i) Entorno hogar; ii) Entorno comunitario; iii) Entorno educativo; iv) Entorno laboral; v) Entorno institucional. Tener en cuenta que el entorno denominado institucional corresponde a los servicios intramurales de salud.

Destinatario: Identifique el sujeto a quien va dirigida la acción/intervención: persona, familia o comunidad. Una acción/intervención puede estar dirigida a uno o varios sujetos de atención.

Tipo de intervención: Identifique si la intervención es individual, colectiva o poblacional.

Las intervenciones individuales hacen referencia a aquellas tecnologías en salud cubiertas por el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC.

Las intervenciones colectivas hacen referencia al “conjunto de intervenciones, procedimientos o actividades para la promoción de la salud y la gestión del riesgo dirigidas a grupos poblacionales a lo largo del curso de la vida, definidas con fundamento en la evidencia disponible y en las prioridades de salud de cada territorio” (Res. 518/2015).

Las intervenciones poblacionales hacen referencia a “el uso de métodos científicos para producir conocimiento sobre intervenciones de políticas y programas que operan dentro o fuera del sector salud y que tienen un potencial de impactar la salud a nivel poblacional (...) se entiende por impacto poblacional el que modifica las condiciones

de riesgo para toda la población en cohortes sucesivas” También: Se entiende por intervenciones poblacionales aquellas que “(...) se aplican en grupos poblacionales, áreas, jurisdicciones o instituciones con el fin de modificar los contextos sociales, físicos, económicos o legislativos para que estos favorezcan los cambios de comportamientos deseados” (MSPS, 2010. Intervenciones poblacionales en factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles).

Momento del curso de vida: Identifique para qué momento del curso de la vida aplica la intervención, de acuerdo con la clasificación adoptada por el MIAS: Primera infancia, Infancia, Adolescencia, Juventud, Adulthood y Vejez.

Responsable sectorial: Identifique los actores responsables de la materialización de las intervenciones dirigidas a personas, familias y comunidades; es decir, identifique el tipo de prestador (primario o complementario) que será responsable de su ejecución.

Por otra parte, identifique los agentes del sistema de salud responsables de las acciones de gestión de la salud pública: Ministerio de Salud y Protección Social (MPS,) Dirección Territorial de Salud (DTS), Empresa Administradora de Planes de Beneficios (EAPB) Administradora de Riesgos Laborales (ARL), INVIMA, Instituto Nacional de Salud (INS), Supersalud.

Responsable intersectorial: Esta variable aplica únicamente para las acciones de gestión de la salud pública. Seleccione los sectores de la administración pública que se consideran responsables o que contribuyen en el proceso de gestión formulado.

Talento humano: Identifique los perfiles del talento humano que se requieren para realizar la acción/intervención, de acuerdo con la siguiente clasificación de la Dirección de Desarrollo del Talento Humano del MSPS:

- Profesiones
- Ocupaciones (Auxiliares y Técnicos)
- Especialidades
- Agentes comunitarios

HOJA 4. HITOS:

Busca identificar los resultados esperados que se convierten en trazadores del proceso de atención, a los cuales se realizará medición, seguimiento y evaluación. A partir de la identificación de los hitos se realiza el seguimiento a los integrantes del sistema de salud y se convertirán en un insumo para la definición del plan de incentivos.

ID: Enumere secuencialmente los hitos según el orden en el que serán encontrados en la RIAS.

Acción/ Intervención: Nombre la o las acciones/intervenciones que contribuyen a alcanzar el hito.

Hito: Representan resultados esperados en distintos momentos del proceso de atención. Pueden referirse a coberturas, accesibilidad, pertinencia técnica y cultural, oportunidad, entre otros; de las intervenciones individuales o colectivas y de las acciones de gestión de la salud pública.

Desenlace evaluado: Hace referencia a los resultados en salud esperados en la población a corto, mediano y largo plazo, y que son atribuibles al conjunto de acciones/intervenciones que contribuyen a alcanzar los hitos.

Indicador: Liste los indicadores que evalúan tanto los hitos como los desenlaces de la RIAS. En la columna correspondiente, sepárelos con un subtítulo.

Los indicadores que evalúan los hitos pueden ser de estructura o de proceso. Un indicador de estructura permite realizar la medición de las características de la intervención o de los recursos usados para la misma; mientras que un indicador de proceso permite evaluar el output (entrega real de la atención, acción o servicio). Por su parte, los indicadores que evalúan los desenlaces hacen referencia a resultados o soluciones esperadas.

Fórmula de cálculo del indicador: Escriba la fórmula del indicador (Ej. numerador/denominador).

Fuente del numerador: Identifique la fuente de información de la cual se obtendrán los datos requeridos para realizar la medición del numerador del indicador. Tenga en cuenta la utilización de fuentes oficiales para la información disponible en cada momento. En caso de ser necesaria la gestión de una nueva fuente de información, es importante tener en cuenta que a dicha fuente sea posible realizar la correspondiente trazabilidad. Si se utiliza esta opción, menciónelas en la casilla “otro – ¿cuál?”

Por otro lado, es importante tener en cuenta que los indicadores que sugieran como fuente la historia clínica, se deben comprender como una fuente a gestionar, ya que actualmente no se cuenta con historia clínica en línea en el país.

Fuente del denominador: Identifique la fuente de información de la cual se obtendrán los datos requeridos para realizar la medición del denominador del indicador. Tenga en cuenta la utilización de fuentes oficiales para la información disponible en cada momento. En caso de ser necesaria la gestión de una nueva fuente de información, es importante tener en cuenta que a dicha fuente sea posible realizar la correspondiente trazabilidad. Si se utiliza esta opción menciónelas en la casilla “Otro – Cuál”.

Por otro lado, es importante tener en cuenta que los indicadores que sugieran como fuente de la historia clínica, se deben comprender como una fuente a gestionar, ya que actualmente no se cuenta con historia clínica en línea en el país.

Responsable del indicador: Identifique el agente del sistema de salud a quien se realizará el seguimiento y evaluación a partir del indicador.

Meta: Enuncie la meta que se fijará para cada indicador formulado, teniendo en cuenta la separación de metas para los indicadores de hitos y los indicadores de desenlace. Las metas establecidas deben ser coherentes con las planteadas en el PDSP y los compromisos nacionales e internacionales vinculantes para el sector salud; asimismo, deberán tener en cuenta las competencias y las responsabilidades de los agentes del sistema de salud, responsables de las metas propuestas.

HOJA 5. IMPLEMENTACIÓN:

Se identificarán los factores facilitadores y las posibles barreras para la implementación de la RIAS. Ambas deben ser analizadas desde el punto de vista de la operativización de la Política de Atención Integral en Salud, a la luz de los demás componentes del MIAS.

ID: Coloque el número secuencial de la intervención identificada en las hojas anteriores de la matriz.

Intervención / Acciones de Gestión de Salud Pública (GSP): Formule las acciones/intervenciones dirigidas a los sujetos, familias y comunidades necesarias para la atención de los eventos que conforman el grupo de riesgo, teniendo en cuenta el continuo de la atención (promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad).

Se debe tener en cuenta la definición presentada en el descriptor de la hoja 3 y la siguiente estructura: verbo + objeto / sujeto.

Verbo: Se refiere a la acción concreta a realizarse. Ejemplo: Clasificar (¿qué es lo que se hace?)

Objeto / Sujeto: Es sobre lo que recae la acción del verbo. Ejemplo: Riesgo materno (¿qué es lo que se inicia?). Intervención: Clasificar el riesgo materno.

Las intervenciones deben estar basadas en evidencia científica de acuerdo con la priorización realizada en la hoja 2 y han de ser ordenadas de acuerdo con la secuencia lógica de la atención.

Una vez finalizada la secuencia de atención del factor de riesgo, se deben formular las acciones/intervenciones de gestión de la salud pública.

Referente operativo: Incluye resoluciones, normas técnicas, protocolos, guías de práctica clínica, lineamientos técnicos y otros documentos técnicos vigentes del MSPS si existen, donde se explicita que se debe prestar la acción/ intervención.

Intervención en ejecución: Identifique si la intervención se está ejecutando en este momento o no. Las opciones de respuesta son SÍ o NO.

Financiamiento: Identifique cuál es el plan de beneficios encargado de financiar la ejecución de la acción/intervención. Si la acción/intervención actualmente no se encuentra cubierta por ninguno de los planes de beneficios, indique en la casilla “Otro – Cuál” la fuente de financiamiento a través de la cual esta se cubrirá.

Factores facilitadores para la implementación: deben ser analizados desde el punto de vista de la operación de la Política de Atención Integral en Salud, a la luz de los demás componentes del MIAS.

Barreras para la implementación: Las barreras deben ser analizadas desde el punto de vista de la operación de la Política de Atención Integral en Salud, a la luz de los demás componentes del MIAS, teniendo en cuenta aspectos como:

- Fuentes de financiamiento
- Definición de perfiles y competencias del talento humano en salud
- Definición de los roles del asegurador
- Definición de las redes integrales de prestadores de servicios de salud (prestador primario y prestador complementario).
- Organización de la respuesta, rectoría y gobernanza.
- Mecanismos de contratación y pago.
- Especificaciones para la territorialización en las zonas establecidas por el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS).
- Costeo de la Ruta Integral de Atención en Salud.
- Sistema de información: Identificación de fuentes, procesos de codificación para el registro y seguimiento.
- Armonización de indicadores para el seguimiento a la atención y a los resultados en salud.
- Referentes normativos y operativos.
- Procesos de gestión de la salud pública.

Facilitadores para la implementación: deben ser analizadas desde el punto de vista de la operación de la Política de Atención Integral en Salud, a la luz de los elementos restantes del MIAS.

Requerimientos para la adaptación en los ámbitos territoriales del MIAS: Identifique las acciones/intervenciones que requieren adaptaciones para su implementación en los tres ámbitos territoriales definidos en el MIAS (urbano, rural y disperso). Describa el tipo de requerimientos en términos de prestación de servicios, talento humano y otros aspectos que se consideren relevantes para cada uno de los ámbitos territoriales.

6.3. ANEXO 3. PROCESO DE DIAGRAMACIÓN DE LA RIAS

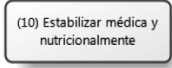
Las rutas están orientadas de manera vertical, teniendo en las columnas los diferentes actores involucrados en el proceso de atención: prestador primario, prestador complementario, EAPB, Entidad Territorial. Y de manera horizontal se representan dos filas: atenciones, y cuidado y autocuidado.



Puntos de entrada

Los puntos de entrada de cada ruta pueden ser identificados desde intervenciones colectivas sectoriales e intersectoriales que se realizan en los entornos, intervenciones individuales, así como también puede ser intervenciones/acciones realizadas por la EAPB y la Entidad Territorial.

Una RIA podrá tener tantos puntos de entrada como se considere pertinente, para cada uno de los actores del ciclo de atención.



Intervención

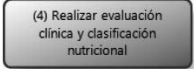
Las intervenciones se representarán en rectángulos. Esta debe ser clara, precisa y concisa. Estas comprenden un conjunto de actividades relacionadas con un propósito común.



Decisión

Las rutas deberán identificar aquellos puntos del ciclo de atención en los cuales se deben tomar decisiones y esto modifique el curso de la atención. Las decisiones solo podrán tener dos salidas.

Una característica importante de las rutas es que las intervenciones y las decisiones siempre están relacionadas, lo que indica la integralidad de la atención.



Hitos

Una vez diagramadas las intervenciones y las decisiones, se identifican los hitos, los cuales hacen referencia al desempeño y a los resultados del proceso de atención. Los hitos deben estar soportados por la evidencia. Se deben identificar y seleccionar los indicadores relacionados con cada hito. La identificación de los hitos en la representación gráfica se realiza a través de diferenciar la actividad por medio del color rojo.



Hitos de aseguramiento

Las RIAs incorporarán hitos relacionados con el aseguramiento y deberán ser señalados con este icono al interior de la misma.



Canalización a otras rutas

Dado que uno de los principios del modelo es la integralidad, se hace necesario que se identifiquen de forma explícita aquellos puntos del ciclo de la atención en donde se deban conectar las diferentes rutas integrales de atención, y este será el símbolo a usar.



Momentos y acciones de cuidado y autocuidado

Las rutas integrales de atención, deberán incorporar de dos formas principalmente las acciones de cuidado y autocuidado. 1. Identificando momentos dentro de la RIA de acciones individuales donde se deba fortalecer el empoderamiento del autocuidado. 2. Identificando en la parte inferior de la ruta intervenciones específicas de autocuidado.



Conectores

Se usarán para conectar intervenciones al interior de la ruta, ejemplo de ello cuando el usuario pasa del nivel primario y continúa en el nivel complementario.



Bases de datos o documentos

Representarán el ingreso o salida de un documento (Ej. referencia/contrarreferencia) que sea relevante en el proceso de atención en salud, o repositorio en bases de datos (Ej. CAC)

6.4. ANEXO 4. VERIFICACIÓN Y VALIDACIÓN DE LAS RUTAS INTEGRALES DE ATENCIÓN EN SALUD

ÍTEM			NO APLICA	CUMPLE	NO CUMPLE
Paso 1 Trazabilidad de la atención y las intervenciones de las rutas en función del Plan Decenal de salud Pública.	Identificación del evento de salud priorizado	Identificación de desenlaces intermedios o finales.			
		Caracterización de la situación de los eventos de interés.			
	Consistencia	Identificación de las metas del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021.			
		Identificación de las estrategias del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021.			
		Identificación de metas de objetivos del desarrollo sostenible			

ÍTEM			NO APLICA	CUMPLE	NO CUMPLE
Paso 2 Planteamiento y desarrollo de las intervenciones poblacionales, colectivas e individuales de manera general o en los entornos particulares.	Identificación de las intervenciones basadas en la evidencia relacionadas con los eventos de interés en salud pública en los entornos	Se identifica si las intervenciones basadas en evidencia tienen aplicación en el entorno de hogar.			
		Se identifica si las intervenciones basadas en evidencia tienen aplicación en el entorno educativo.			
		Se identifica si las intervenciones basadas en evidencia tienen aplicación en el entorno comunitario.			
		Se identifica si las intervenciones basadas en evidencia tienen aplicación en el entorno institucional.			
		Se identifica si la intervención basada en evidencia tiene aplicación en el entorno laboral.			
	Identificación de las intervenciones basadas en la evidencia relacionadas con los eventos de interés en salud pública	Se identifica el tipo de intervención que orienta la actividad recomendada.			
	Identificación de las intervenciones contenidas en el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), el Plan Obligatorio de Salud (POS) y el sistema de riesgos laborales relacionadas con el evento de interés en salud pública	Se identifican claramente las intervenciones, desde el PIC, POS y ARL.			
	Clasificación de cada una de las intervenciones de acuerdo a las líneas operativas del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021	Para cada una de las intervenciones se determina la línea operativa del PDSP a la cual corresponde (Promoción de la salud, gestión del riesgo, gestión de la salud pública).			
	Paso 3 Identificación de los responsables de la gestión de la atención.	En cada una de las atenciones están identificados los actores, y responsables de la gestión de la atención.			
Características generales de calidad	Características generales de calidad	Las acciones/intervenciones recomendadas en la RIA son basadas en una revisión rápida de la literatura o una revisión sistemática de la literatura.			
		Las atenciones individuales y colectivas no soportadas en evidencia científica fueron propuestas a partir de un panel de expertos.			
		La caracterización de las atenciones en salud presenta un referente operativo de la normatividad vigente, el sistema de salud y el modelo de atención y de determinantes de salud.			
		Identificación de la participación intersectorial.			
		Establece un proceso organizado de atención en salud.			
	Momento del curso de vida	Se identifica el momento de curso de vida al o a los cuales aplica la intervención.			
		Diligenciamiento óptimo de la herramienta de documentación y operación de la ruta de atención.			

(C. F.).

MINISTERIO DE MINAS Y ENERGÍA
MINISTERIO DE AMBIENTE
Y DESARROLLO SOSTENIBLE

RESOLUCIONES

RESOLUCIÓN NÚMERO 4 0724 DE 2016

(julio 27)

por la cual se modifica el artículo 1° de la Resolución 9 0963 de 2014, que modificó el artículo 4° de la Resolución 898 de 1995, en relación con los criterios de calidad del combustible diésel (ACPM) y los biocombustibles para su uso en motores diésel como componente de la mezcla en procesos de combustión.

El Ministro de Minas y Energía y el Ministro de Ambiente y Desarrollo Sostenible, en ejercicio de sus facultades legales, especialmente las conferidas por el Decreto 381 de 2012, modificado por el Decreto 1617 de 2013, los numerales 2, 10, 11 y 14 del artículo