

## **Elementos para la construcción de un modelo de atención integral en salud para poblaciones rurales dispersas: Un estudio de caso en Vichada Colombia 2017**

Ocampo Cañas, Jovana Alexandra<sup>1</sup>

Hernández Flores, Luis Jorge<sup>2</sup>

Bernal Acevedo Oscar<sup>3</sup>

Ríos Oliveros, Diana Sofia<sup>4</sup>

Pinilla Alfonso, Maria Yaneth<sup>5</sup>

García Sierra Andrés Mauricio<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Los Andes/Facultad de Medicina, Bogotá, Colombia, ja.ocampo@uniandes.edu.co

<sup>2</sup>Universidad de Los Andes/Facultad de Medicina, Bogotá, Colombia, luishern@uniandes.edu.co

<sup>3</sup>Universidad de Los Andes/Facultad de Medicina, Bogotá, Colombia, obernal@uniandes.edu.co

<sup>4</sup>Secretaría Distrital de Salud/Subsecretaría Salud Pública, Bogotá, Colombia, ds.rios10@uniandes.edu.co

<sup>5</sup> Universidad de Los Andes/Facultad de Medicina, Bogotá, Colombia, hialina1@yahoo.com

<sup>6</sup>Universidad de Los Andes/Facultad de Medicina, Bogotá, Colombia, am.garcia987@uniandes.edu.co

**Resumen:** El Modelo de atención integral de Salud (MIAS) es una apuesta nacional que busca garantizar el derecho a la salud y cuyo eje central es el individuo, la familia y la comunidad, sin embargo, para el caso departamento del Vichada considerada zona rural dispersa, con una gran predominancia de población indígena (67%), las condiciones existentes obligan a plantear un modelo cuyos ejes centrales sean *el derecho a la salud, la interculturalidad y el enfoque de género*. Objetivo: Identificar los elementos esenciales para la construcción de un modelo de atención integral en salud para poblaciones rurales dispersas para el departamento de Vichada. Materiales y métodos: A través de un proceso de investigación en el marco de la Investigación-Acción-Participación, se identificaron los elementos esenciales para la construcción de un modelo de atención integral en salud para esto se desarrollaron las siguientes fases: diagnóstico-exploración, grupos focales y entrevistas semiestructuradas dirigido actores clave. Resultados Los elementos esenciales identificados son: Disponer de una historia de salud de cada uno de los habitantes, Gobernanza que incluye la movilización social y participación comunitaria: En el caso de construcción de rutas integrales de Atención RIAS se recomiendan que sean construidas con la comunidad indígena y los demás grupos poblacionales. Conclusiones: El caso de Vichada que es la zona del país que nos ocupó, considerada zona rural dispersa, y las condiciones existentes, obligan a plantear un modelo cuyos ejes centrales sean *el derecho a la salud, la interculturalidad y el enfoque de género*.

**Palabras clave:** salud universal, Cobertura Universal, APS, Salud indígena

## I. INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud a partir de la Política de Atención en Salud establece pautas para la implementación del Modelo de Atención en Salud MIAS a nivel nacional, reconociendo la singularidad de los territorios urbano, rural y rural disperso, en este proceso se ha realizado un apoyo desde los diferentes organismos y organizaciones de índole internacional y nacional así como de la academia representada en algunas universidades con el fin de hacer experiencias demostrativas que permitan generar evidencia. Estas experiencias se han llevado a cabo en los departamentos de Guaina, Choco, Vaupés y el departamento objeto de este documento Vichada. Actualmente se está llevando a cabo la evaluación a la implementación desarrollada en el departamento de Guianía, sin embargo, no se cuenta aún con informes oficiales que puedan dar herramientas de mejora en los departamentos que apenas están en fase de pre-diseño.

El MIAS involucra la integralidad en la atención, estas palabras toman fuerza cuando se hace referencia a un departamento como Vichada, en el que se cuenta con un 53% de población dispersa y en donde se han evidenciado barreras geográficas y culturales para el acceso a la salud. Es por esto que este proyecto debe estar suficientemente consolidada desde el cómo se implementarían las herramientas de Atención Primaria renovada, hasta la inclusión de la gobernanza de la salud, teniendo en cuenta que el pilar del MIAS es el individuo, y que para este departamento tiene una condición diferencial que lo identifica como un departamento indígena, lo que conlleva a repensar el modelo en términos de interculturalidad.

El departamento del Vichada es el más extenso y uno de los departamentos del territorio nacional que cuenta con predominancia de población indígena es por esto que el ejercicio de identificación de los elementos para la construcción del modelo de atención integral tiene unas características que probablemente no serán replicables en otros departamentos del país, sin embargo, la puesta que se hizo en este proyecto va permitir tener una visión más amplia de las particularidades a tener en cuenta desde el planteamiento del buen vivir y el goce efectivo del derecho de la salud.

## II. MÉTODOS

A través de un proceso de investigación en el marco de la Investigación-Acción-Participación, se identificaron los elementos esenciales para la construcción de un modelo de atención integral en salud para esto se desarrollaron las siguientes fases: diagnóstico-exploración, grupos focales y entrevistas semiestructuradas dirigido actores clave. Se tuvo presente las siguientes fases:

### *A. Desarrollo de estrategia participativa y construcción participativa del MIAS departamental.*

- Mapeo de actores institucionales y comunitarios según enfoque poblacional.
- Mecanismos y espacios de participación
- Definición de estrategias de promoción y prevención.
- Generar espacios de participación social efectivos y definir las zonas donde se realizará la consulta y sus respectivas fases.

### *B. Análisis de situación de salud y calidad de vida del departamento*

- Diagnóstico de la situación, teniendo en cuenta el ASIS 2015 de Vichada
- Definición de problemas y necesidades focalizadas y priorizadas, utilizando el modelo de determinantes sociales y ambientales.
- Análisis de servicios de salud y aseguramiento según enfoque poblacional e interculturalidad: accesibilidad, suficiencia, oportunidad del talento humano.
- Análisis de situación de la gestión del riesgo y las acciones de salud pública: Analizar la situación de salud del departamento de Vichada y elaborar una propuesta de adaptación del MIAS en el territorio.
- Realizar un diagnóstico de la situación, teniendo en cuenta el ASIS 2015 de Vichada; así como la Planeación en salud (PASE A LA EQUIDAD); la caracterización de EPS; y estudios elaborados por diferentes actores.
- Definir prioridades de programas y rutas de atención integral -RIAS a implementar, precisando las acciones a intervenir por el sector salud y las intervenciones colectivas a desarrollar con la articulación con otros sectores del desarrollo.
- Analizar en el territorio, la movilidad de las personas, el estado de las vías, el transporte, definición de micro territorios con énfasis en el enfoque poblacional (intercultural) y adaptar el Modelo integral de atención con enfoque poblacional y diferencial a la realidad del departamento.
- Analizar la situación de la gestión del riesgo y las acciones de salud pública del departamento y los municipios. Ejecución recursos PIC y los de otros sectores aplicados a los determinantes en salud
- Realizar, análisis de suficiencia y oportunidad de los servicios de salud que se prestan en la actualidad en la zona, determinar número, causa de referencias lugar de remisión, donde se realizan y, numero de contra-referencia.
- Proponer los ajustes a la red teniendo en cuenta las redes primarias y complementarias, posibilitando las organizaciones de Redes Integrales de prestación de servicios existentes (Público y Privado) y las deficiencias de oferta de servicios del departamento.
- Adecuar los requerimientos y procesos de información tanto a nivel del SISPRO, como a nivel de la entidad territorial.

*C. Diseño de estrategia de gestión de la salud para el departamento.*

- Formulación de metas poblacionales intermedias y de resultado e impacto a partir del insumo del Plan de Desarrollo y Plan de salud Territorial ya formulados.
- Definición de redes primarias y complementarias y necesidades en infraestructura, equipamiento y talento humano
- Elaboración de propuesta de desarrollo de capacidades y competencias para el MIAS para el talento humano departamental.
- Formulación de una propuesta de gestión de salud departamental que adapte el MIAS. Establecimiento de los costos de pre-inversión y el presupuesto de gastos de la implementación del MIAS en el Vichada en los primeros 3 años.
- Elaborar el diagnóstico de desarrollo de capacidades de los integrantes del sistema para lo cual se aplicará el instrumento diseñado por el Ministerio “Diagnostico de desarrollo de Capacidades”.
- Desarrollar una guía a seguir para la implementación del Modelo.

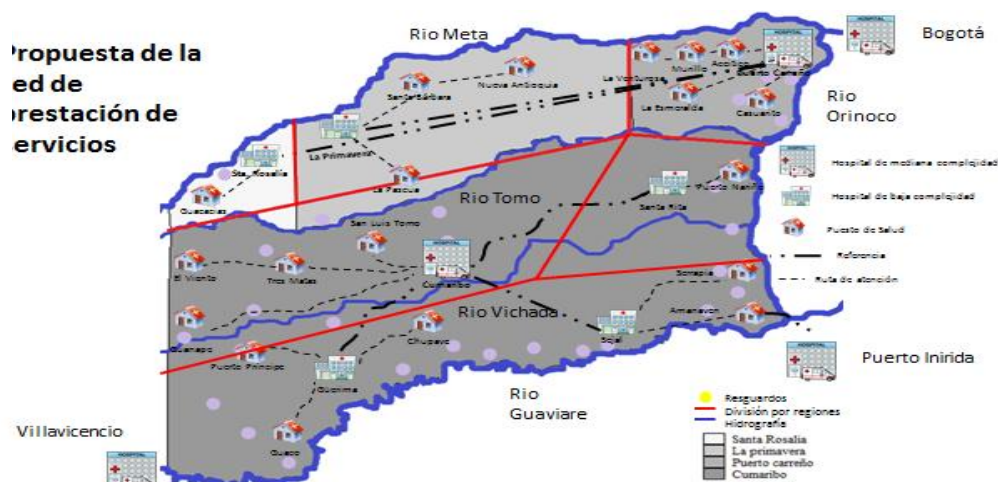
- Redefinir el modelo de planeación, seguimiento y evaluación Objetivos, prioridades, metas y cuadro de mando con indicadores y métodos de seguimiento.
- Elaborar recomendaciones para el desarrollo del proceso de evaluación del MIAS, definido por el MSPS y el DNP.
- Elaborar recomendaciones para el desarrollo de capacidades de los integrantes del SGSSS del territorio.

### III. RESULTADOS

#### *A. Propuesta de ajuste a la red teniendo en cuenta las redes primarias y complementarias, para una red integral de prestación de servicios (público -privada)*

Según el último documento (Redes y Prestación de Servicios, Julio 2017) presentado por la Secretaría Departamental de Vichada se propone que el departamento realice una división del territorio para atención en salud por subregiones. Estas se definirían a partir de la agrupación de municipios según la ubicación geográfica, la posición de los resguardos indígenas y la dispersión de la población, con lo que se busca organizar de forma funcional y operativa la red servicios de salud y facilitar la articulación, gestión e integralidad de la misma, según la capacidad instalada actual del departamento. En las consideraciones para la división territorial también están las vías de acceso que facilitan en el tiempo de invierno el transporte fluvial, (ríos Meta, Vichada, y Guaviare) y en verano las vías terrestres que cruzan de igual forma cada subregión. El territorio para la organización de los servicios de salud se dividió en tres regiones que, a su vez, se subdividen en 5 microrregiones.

Mapa 1. Escenario para organización de red



Fuente: Elaboración ESP Facultad De Medicina Universidad de los Andes 2017

Se propone organizar la prestación de servicios a través de la readecuación de puntos fijos de atención de acuerdo con las regiones y microrregiones; con prestación de atenciones básicas de acuerdo con su capacidad y complementarias con equipos móviles extramurales para garantizar la cobertura total de la población.

### *B. Propuesta de redefinición del rol del asegurador*

El Modelo Integral de Atención en Salud, MIAS, propone una redefinición del rol del asegurador en tres funciones: i) la protección financiera; ii) como agencia y iii) en acceso y resultados. Esto implica que las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo, Medicina Prepagada y Servicio de Ambulancia Prepagada, EAPB, tienen la obligación explícita no sólo con el manejo del riesgo financiero y operacional, sino también con el riesgo en salud. Se propone que, en el Vichada, las EAPB interesadas, compitan por asumir todo el aseguramiento y no por la afiliación de forma individual. La existencia de un único asegurador que cumpla con las condiciones financieras descritas anteriormente, podría fortalecer el rol del asegurador dentro del departamento como un monopolio natural. La implementación de este monopolio natural tiene la ventaja de crear economías de escala, facilitar la supervisión y rendición de cuentas, pues la misma sólo recae sobre un asegurador y reduce el riesgo de selección adversa, especialmente en una población tan dispersa y difícilmente observable como es la de Vichada.

La existencia de un único asegurador plantea también retos que deben establecerse explícitamente y para los cuales se deben diseñar estrategias de mitigación. El primer reto, es la potencial reducción en la calidad de la atención derivada de la reducción en la competencia. La propuesta que sugiere la Universidad de los Andes, consiste en establecer tres estrategias de mitigación: i) fortalecer el cumplimiento de los criterios de habilitación; ii) establecer criterios precisos de calidad para el asegurador -entre ellos la oportunidad, tasas de mortalidad materna e infantil-; iii) hacer remisiones al tercer nivel de atención por causas prevenibles y actividades de prevención y promoción.

Un reto adicional, es la reducción de la capacidad de negociación de los hospitales (la mayoría de ellos IPS públicas o indígenas) con una única aseguradora. Una propuesta de mitigación es la negociación con la aseguradora como red integrada departamental, de manera que no se genere un desbalance en el poder de negociación de ninguna de las dos partes.

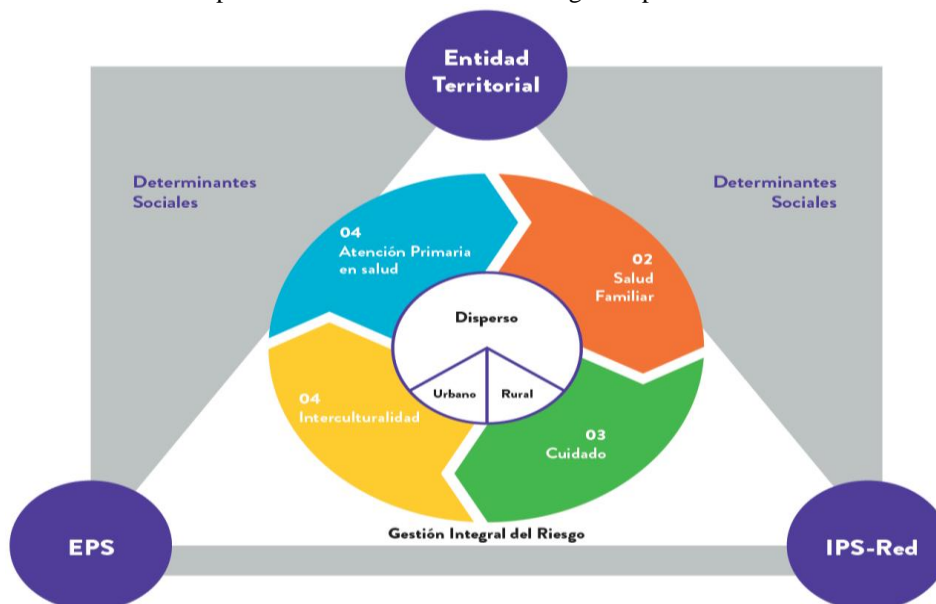
Las EAPB pueden competir en una licitación abierta y pública, siempre que demuestren capacidad técnica y financiera para trabajar en Vichada. Se puede escoger por un periodo de 5 años, con base en una convocatoria competitiva y revocable antes del término acordado, si se presentara incumplimiento de las condiciones del contrato.

El asegurador puede ser una alianza entre el departamento y una EAPB habilitada en el país, o cualquier asegurador público o privado habilitado, previo cumplimiento de requisitos. Idealmente el asegurador debe afiliar a toda la población, tanto la del régimen contributivo como la del subsidiado.

#### IV. CONCLUSIONES

El Modelo Integral de Atención en Salud, MIAS, es un modelo de aseguramiento y prestación de servicios de salud, diseñado para ser implementado en los territorios. La propuesta, está fundamentada en garantizar el derecho a la salud de todas las personas que habitan un territorio, en este caso, el departamento de Vichada, por lo que se centra en las personas, concebidas bajo un enfoque de diversidad étnica y cultural, cuyos entornos de vida cotidiana se desarrollan en un ámbito territorial que modula sus determinantes sociales en salud. De acuerdo con lo anterior, se ha planteado para el departamento de Vichada, el siguiente modelo:

Gráfica 1. Adaptación Modelo de Atención Integral departamento del Vichada



Fuente: Tomado de Modelo de Atención Integral en Salud MIAS. Ministerio de Salud y Protección Social

El Modelo de Atención Integral de Salud, MIAS, es una apuesta que combina tanto un enfoque ético como metodológico que parte del individuo y que surge de la necesidad del país de garantizar el derecho a la salud, en este caso, en zonas de población rural muy dispersa y con serias dificultades de acceso a la atención en salud.

El caso de Vichada que es la zona del país que nos ocupó, considerada zona rural dispersa, y las condiciones existentes, obligan a plantear un modelo cuyos ejes centrales sean *el derecho a la salud, la interculturalidad y el enfoque de género*. Estos tres elementos serán los pilares para el diseño e implementación del modelo. Sin embargo, para que puedan ser tal, es necesario garantizar previamente condiciones necesarias para la implementación de dicho modelo. Estas son:

- *El registro total de la población:* El ente territorial deberá gestionar, de manera estratégica, el involucramiento de otras entidades que favorezcan los procesos de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo, Medici-

na Prepagada y Servicio de Ambulancia Prepagada, EAPB. Adicionalmente es crucial la participación de la Registraduría y notarías para el desarrollo de la identificación, registro y afiliación de la población.

- *La movilización social y participación comunitaria:* En el caso de construcción de Rutas Integrales de Atención, RIAS, se recomienda que sean construidas con la comunidad indígena y los demás grupos poblacionales. Es necesaria una consulta sobre su implementación con el saber indígena y que sean explícitas sus posturas conceptuales y de intervención y también deben incluir itinerarios para intervenir positivamente los determinantes sociales estructurales e intermedios

Con respecto al modelo de aseguramiento planteado para la implementación del Modelo Integral de Atención en Salud en Vichada, se requiere una de estas tres opciones:

- *Cobertura Universal de Salud -Aseguramiento Universal:* Aseguramiento sin participación de EPS.
- *Financiación del sistema por medio de un Fondo Departamental:* Con participación de actores nacionales y comunitarios y funciones de recaudador y pagador único. Es decir, un fondo sin la intermediación financiera de las EPS o gestores.
- *Único Asegurador bajo convocatoria y licitación de los interesados:* El periodo propuesto será de 5 años y podrá revocarse en caso de incumplimientos de condiciones contractuales. Implica realizar una convocatoria pública nacional para la selección de la entidad promotora de salud para operar el aseguramiento y el Modelo Integral de Atención en Salud de la población residente en el departamento de Vichada.

En los tres casos, la red de prestación de servicios que propone la Universidad de los Andes busca organizar la prestación de servicios a través de la readecuación de puntos fijos de atención, de acuerdo con las regiones y microrregiones. Además, que haya prestación de atenciones básicas de acuerdo con su capacidad y complementarias con equipos móviles extramurales que garanticen cobertura total de la población.

## REFERENCIAS

1. Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. República de Colombia. Diciembre 23 de 1993. Diario Oficial. 1993; 41.
2. Política de Atención Integral en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.. 2016. p. 6.
3. Amaya Lara JL, Ruíz Gómez F. Determining factors of catastrophic health spending in Bogota, Colombia. Int J Health Care Finance Econ. junio de 2011;11(2):83-100.
4. Ayala García J. La Salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso. Vol. 204, Documento de trabajo sobre Economía Regional. Cartagena de Indias; 2014.
5. Congreso de la República. 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. Colombia; 2001 p. 1-69.
6. Congreso de la República. Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Colombia; 2007 p. 1-18.
  7. Congreso de la República. Ley 1438 de 2011. Por la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud. 2011;(4):1-51.
  8. Franco - Giraldo Á. La última reforma del sistema general de seguridad social en salud colombiano. Red Salud Pública. 2012;14(5):865-77.
  9. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 1973 de 2013. Por el cual se crea la Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente de Concertación con los Pueblos y Organizaciones Indígenas. Colombia; 2013 p. 1-7.
  10. Congreso de la República de Colombia. Ley Estatutaria 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. 2015;13.
  11. Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018: Todos por un Nuevo País. Departamento Nacional de Planeación de Colombia; 2014 p. 653-710.
  12. Secretaría Departamental de Salud del Vichada. Análisis de situación de salud con el modelo de los determinantes sociales de salud del departamento del Vichada. Puerto Carreño, Vichada; 2016. p. 1-142.
  13. Suárez-Mutis MC, Mora Cárdenas CM, Pérez Reyes LDP, Peiter PC. Interacciones transfronterizas y salud en la frontera Brasil-Colombia-Perú. Mundo Amaz. 2010;1(0):243-66.
  14. Nubia P. Género, desplazamiento y refugio frontera Colombia y Venezuela. 2005;87.
  15. Fundación Etnollano. Diagnóstico económico del departamento del Vichada y guía informativa para la población indígena, minería, petróleo, infraestructura y agroforestería. Panorama actual, actores y procedimientos. 2013. p. 1-55.
  16. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de situación de salud según regiones de Colombia. 2013. p. 1-160.
  17. Ministerio de Salud y Protección Social. Envejecimiento Demográfico. Colombia 1951-2020 Dinámica demográfica y estructuras poblacionales. Bogotá, Colombia; 2013. p. 48.
  18. Dirección Territorial de Salud de Caldas. Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud del departamento de Caldas, 2015 [Internet]. Puerto Carreño, Vichada: Gobernación del Vichada; 2015. Disponible en: <http://observatorio.saluddecaldas.gov.co/desca/asis/asis-departamental-caldas-2015.pdf>
  19. Presidencia de la República de Colombia. Decreto 2164 de 1995. Por el cual se reglamenta parcialmente el Capítulo XIV de la Ley 160 de 1994 en lo relacionado con la dotación y titulación de tierras a las comunidades indígenas para la constitución, reestructuración, ampliación y saneamiento de los Resguardos Indígenas en el territorio nacional. Colombia; 1995. p. 2-8.
  20. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía conceptual y metodológica para la caracterización de la población afiliada a las EAPB. Bogotá, 2016.
  21. Gobernación del Vichada, Geospatial Ltda. Fase II Subregionalización y Prospectiva. En: Lineamientos departamentales de ordenamiento territorial del Vichada. Puerto Carreño, Vichada;



2000. p. 1-58.
22. Secretaría Seccional de Salud del Vichada. Análisis de situación de salud con el Modelo de los Determinantes Sociales del departamento del Vichada. 2013. p. 182.
  23. Ministerio de Salud y Protección Social. Potencialidades y oportunidades de Plan de Salud Territorial al Plan Decenal de Salud Pública 2012-2015. 2015. p. 1-46.
  24. Revista Semana. Vichada y los frutos de cambiar coca por cacao. Semana sostenible: Información que lleva a la acción. 2016. p. 12.
  25. Secretaría Departamental de Salud de Vichada. Reorganización de la red pública de servicios de salud del departamento del vichada. Puerto Carreño, Vichada; 2017.
  26. Ministerio de Salud y Protección Social. Sispro: consultas RUAF [Internet] /. 2017. p. 1. Disponible en: <http://www.sispro.gov.co>.
  27. Canela-Soler J, Elvira-Martínez D, Labordena-Barceló MJ, Loyola-Elizondo E. Sistemas de información en salud e indicadores de salud: una perspectiva integradora. *Med Clin (Barc)*. 2010;134 (Supl 1):3-9.
  28. Organización Panamericana de la Salud. Metodología de gestión productiva de los servicios de salud. ISBN: 978-92-75-33151-4. Washington D.C. 2010. p.44.
  29. Salaverry O. Interculturalidad en salud. Vol. 27, *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*. 2010. 80-93 p. 26.
  30. Ministerio de Salud y Protección Social, Grupo Curso de Vida. Enfoque diferencial étnico en la atención integral en salud con pertinencia cultural. Bogotá 2015. p. 1-43.
  31. Votano JR, Parham M, Hall LH, Kier LB, Hall LM. Interculturalidad y salud: recursos adecuados para población indígena. *Propuestas para desigualdad social*. Chem Biodivers [Internet]. 2004;1(11):1829–1841. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cbdv.200490137/abstract>
  32. Almaguer González JA, Vargas Vite V, García Ramírez HJ. Interculturalidad en salud. 3.<sup>a</sup> ed. República G de la, editor. Vol. 27, *Biblioteca Mexicana del Conocimiento*. México; 2014.p. 80-93.
  33. Díaz Cuervo MD, Hernández Guayacán A. El Modelo de aseguramiento en salud ¿Salud y estado social de derecho o competencia y economía de mercado? Pontificia Universidad Javeriana; Bogotá, 2004.
  34. Madies CV, Chiarveti S. Aseguramiento y coberturados temas críticos en las reformas del sector de la salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2000. 8:33-42.
  35. Flórez Pinilla K. La competencia regulada en el sistema de salud colombiano. Le Bret. Universidad Santo Tomas. Bucaramanga, Santander. 2010. 2:85-121
  36. Londoño de la Cuesta JL, Frenk J. Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. Banco Interamericano de Desarrollo; Colombia, 1997. p.33. (Working paper series).
  37. Perry, Guillermo; Zapata, Juan; Santamaría, Mauricio et al. Colombia 2010-2014: Propuestas de Política Pública. 2010. p. 476.
  38. Ministerio de Salud y Protección Social. Aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud. 2014.
  39. Estado Plurinacional de Bolivia. Plan Nacional de Desarrollo: Bolivia digna, soberana, productiva y democrática para vivir bien. 2007. p. 290.