



MODELO DE RELACIONAMIENTO DEL PRESTADOR PRIMARIO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS RUTAS INTEGRALES DE ATENCIÓN EN SALUD

Sostenibilidad del Sistema de Salud Local: Comunidades Saludables

Orden de Trabajo I, USAID Sistemas Integrados de Salud IDIQ

Septiembre 2022

Este documento fue elaborado para su examen por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Fue preparado por el proyecto de Sostenibilidad del Sistema de Salud Local: Comunidades Saludables bajo el IDIQ de los Sistemas Integrados de Salud de USAID.

El Proyecto de Sostenibilidad del Sistema de Salud Local: Comunidades Saludables

El Proyecto de Sostenibilidad del Sistema de Salud Local: Comunidades Saludables (LHSS, por sus siglas en inglés), bajo la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID, por sus siglas en inglés), Sistemas Integrados de Salud entrega indefinida/cantidad indefinida (IDIQ, por sus siglas en inglés), ayuda a los países de ingresos bajos y medianos a la transición a sistemas de salud sostenibles y autofinanciados como medio para apoyar la cobertura sanitaria universal. El proyecto trabaja con los países asociados y las partes interesadas locales para reducir los obstáculos financieros a la atención y el tratamiento, garantizar un acceso equitativo a los servicios de salud esenciales para todas las personas y mejorar la calidad de los servicios de salud. Dirigido por Abt Associates, el proyecto de cinco años desarrollará la capacidad local para mantener un funcionamiento fuerte del sistema de salud, apoyando a los países en su camino hacia la autosuficiencia y la prosperidad. En Colombia, este proyecto se conoce como "Comunidades Saludables."

USAID Contract No: 7200AA18D00023 / 7200AA19F00014

Citación recomendada: Blanco, Jorge, Marcela Valencia, Angie López, Sebastián Bedoya, Juan Alzate, Ana Cadavid, Mauricio Moreno, Felipe Turizo, Tatiana Díaz, y Rosa Cárdenas. Septiembre 2022. *Modelo de relacionamiento del prestador primario para la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud.* El Proyecto de Sostenibilidad del Sistema de Salud Local (LHSS) bajo el IDIQ de los Sistemas Integrados de Salud de USAID. Rockville, MD: Abt Associates.

INDICE

1. RESUMEN	2
2. INTRODUCCIÓN	2
3. ANTECEDENTES / CONTEXTO	3
4. MARCO DE REFERENCIA	5
4.1 MARCO NORMATIVO	5
4.2 RUTAS INTEGRALES DE ATENCIÓN EN SALUD Y SUS ACTORES	7
4.2.1 RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN PARA LA PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD - ELEMENTOS CENTRALES:	7
4.2.2 RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD MATERNA PERINATAL ELEMENTOS CENTRALES	8
4.2.3 RESPONSABILIDADES DE LOS ACTORES PARA LAS RIAs	8
4.3 REFERENTES CONCEPTUALES	11
4.3.1 DEFINICIÓN DE RELACIONAMIENTO	11
4.3.2 MODELO/MARCO DE PROCESOS DE CONOCIMIENTO PARA LA ACCIÓN	11
5. MODELO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LAS RELACIONES INSTITUCIONALES QUE CONTRIBUYA A LA IMPLEMENTACIÓN DE LA RPMS Y LA RIAMP	14
5.1 OBJETIVO DEL MODELO	14
5.2 EL RELACIONAMIENTO ENTRE LOS ACTORES DE LAS RIAs	14
5.2.1 PRINCIPIOS GENERALES DEL RELACIONAMIENTO	15
5.2.2 PILARES FUNDAMENTALES	15
5.2.3 PUNTOS CRÍTICOS PARA EL RELACIONAMIENTO DE LOS ACTORES	16
5.3 COMPONENTES DEL MODELO DE RELACIONAMIENTO ENTRE LOS ACTORES DEL SGSSS 18	
5.3.1 COMPONENTES OPERACIONALES	18
5.3.2 COMPONENTES ESTRUCTURALES	28
5.4 RUTA DE IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO	30
5.5 HERRAMIENTAS	44
5.6 LECCIONES APRENDIDAS / BUENAS PRÁCTICAS	44
5.7 RECOMENDACIONES	44
5.7.1 PARA EL ACTOR - PRESTADOR PRIMARIO	44
5.7.2 PARA EL ACTOR - EAPB	45
5.7.3 PARA EL ACTOR – SECRETARÍAS DE SALUD	46
5.7.4 PARA EL ACTOR – MSPS	47

6. ANEXOS	48
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49

ACRÓNIMOS

APS	Atención Primaria en Salud
DTS	Dirección Territorial de Salud
EAPB	Empresa Administradora de Planes de Beneficios
IPS	Institución Prestadora de Servicios de Salud
IVC	Inspección Vigilancia y Control
MIAS	Modelo Integral de Atención en Salud
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAIS	Política de Atención Integral en Salud
PP	Prestador Primario
PPSS	Política de Participación Social En Salud
PSPIC	Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas
RIAMP	Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal
RIAS	Ruta Integral de Atención en Salud
RNAO	Registered Nurses' Association of Ontario
RPMS	Ruta Integral de Atención para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud
SGP	Sistema General de Participaciones
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SIVIGILA	Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública
SNS	Superintendencia Nacional de Salud
SOGCS	Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en Salud
SS	Secretarías de Salud
UPC	Unidad de Pago por Capitación

1. RESUMEN

Este documento presenta la propuesta de un modelo para mejorar el relacionamiento de los actores involucrados en la implementación de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud (RPMS) y la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal (RIAMP). El propósito de este esfuerzo es asegurar la implementación exitosa de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), fortaleciendo el sistema de salud colombiano para proveer los servicios de salud adecuadas a las comunidades migrante y de acogida. Se hace énfasis en las necesidades del Prestador Primario (PP), pues es la puerta de entrada del sistema y del que se espera lidere y sea el eje articulador del proceso de atención. El Modelo se construyó con una metodología participativa en la que fueron consultados actores del orden nacional como el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y la Superintendencia Nacional de Salud (SNS), así como del orden territorial de seis regiones del país, incluyendo Direcciones Territoriales de Salud (DTS), Secretarías de Salud (SS), Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).

El modelo propuesto parte de una identificación de desafíos y necesidades para un relacionamiento efectivo. A partir de ese diagnóstico, se hace la construcción de un arquetipo teórico-práctico en el que se definen los fundamentos del modelo, sus componentes y estrategias de implementación. Las estrategias se enfocan en generar un ambiente de confianza, respeto y propósito común entre los actores a cargo de la atención en salud de la población. Finalmente, basado en un proceso de priorización realizado con diversos actores del sistema, el documento presenta unas recomendaciones para la implementación del Modelo y se acompaña de una serie de herramientas operacionales que pueden ser usadas para facilitar la ejecución de las RIAS de una manera articulada y eficiente.

2. INTRODUCCIÓN

El sistema de salud colombiano ha transitado un largo camino buscando ajustarse a las necesidades de las personas, los recursos existentes y a los retos que van surgiendo. Desde el año en que fue conformado, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) ha sido objeto de cambios, adendas o ajustes cuyos resultados se han podido evidenciar un tiempo después de cada implementación. El cambio más reciente obedece a la inclusión de la salud como derecho humano fundamental en la Constitución Política de Colombia.

En el año 2015 se formula la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), la cual propone un Modelo de Atención en Salud para ser operativizado a través de las RIAS. Estas RIAS son un instrumento de política pública que buscan lograr mejores resultados en la salud de las personas, las familias y las comunidades. Cada RIAS dispone una serie de atenciones o intervenciones que dan respuesta a las necesidades en salud, de acuerdo con unas condiciones específicas de vulnerabilidad.

El MSPS, tras realizar un análisis de la situación de salud de y con la población colombiana, identificó varias diferencias en cuanto a los territorios, entornos, prevalencia de enfermedades y factores de riesgo; y definió tres tipos de RIAS: la primera, considerada como la universal, dado que llega a todas las personas, tiene un enfoque promocional y de gestión del riesgo que se ordena de acuerdo con el continuo vital o

momentos de curso de vida; a la segunda hacen parte varias RIAS ordenadas por grupos de riesgo; y la tercera tipología como respuesta a situaciones o condiciones de salud especiales.

Para cada RIAS están claramente definidas una serie de actividades e intervenciones individuales y/o colectivas, con los respectivos responsables. En su implementación intervienen todos los actores del SGSSS y, como en todo sistema, el funcionamiento depende de la acción de cada parte y una adecuada relación entre ellas. Si bien los roles están claramente definidos en cada una de las RIAS, es una condición indefectible que la articulación de esos actores sea fluida y armónica. Este fenómeno, al que se le denomina relacionamiento, se convierte en factor clave de éxito para la implementación de las RIAS, por lo tanto, fortaleciendo el sistema de salud para mejorar la salud de las comunidades migrante y de acogida.

Los seres humanos intuitivamente nos relacionamos y establecemos convenios no explícitos con aquellos con quienes tenemos un interés común. Sin embargo, más que identificarlo como un elemento clave, es necesario comprender el relacionamiento como una práctica intencionada, a la que puede hacerse una construcción teórico-práctica que describa los factores claves y las mejores estrategias en una articulación efectiva para el logro de mejores condiciones de salud del individuo, la familia y la comunidad. Las RIAS requieren entonces un modelo de relacionamiento específico, que conquiste el compromiso de todos los actores, determine unas reglas de juego transparentes, con trabajo colaborativo.

En vista de que en el sistema de salud aún no existía una bitácora para el relacionamiento, fue necesario partir de las definiciones existentes, los modelos propuestos para otros sectores y las experiencias de las instituciones y los individuos que participan de él.

En este documento se propone un Modelo de Relacionamiento entre los actores del SGSSS que están involucrados en la implementación de dos RIAS: la RPMS y la RIAMP. Se partió de una fase diagnóstica en la que se hizo: (1) una revisión documental, que incluyó revisión normativa y de documentos técnicos y (2) una serie de entrevistas con actores clave del sistema de salud colombiano, que en teoría están involucrados en la implementación de las RIAS. Fueron incluidas las IPS, EAPB, Secretarías de Salud de Salud- ET del orden departamental, distrital y municipal, y autoridades del orden nacional como la SNS y el MSPS.

La fase diagnóstica permite la comprensión del fenómeno del relacionamiento, desde la mirada de los actores, los puntos críticos que lo ponen en riesgo y los elementos claves para su éxito. Con esta información y el marco de referencia de la metodología de gestión del conocimiento, se construyó el modelo que se describe a continuación.

3. ANTECEDENTES / CONTEXTO

La PAIS, expedida el 9 de junio de 2015 por el MSPS (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016), propone una reorientación estratégica del sistema de salud, que se operacionaliza inicialmente a través del Modelo Integral de Atención en Salud MIAS y luego del Modelo de Acción Integral Territorial MAITE. Una de las estrategias operativas son las RIAS; con lo cual se espera que mejoren los atributos y la capacidad de respuesta de todos los actores del sistema y, por ende, la situación de salud de la población (Moreno Gomez GA, 2016). Se propone iniciar con la implementación de una ruta común a todos los ciudadanos llamada la RPMS y una RIAS para el grupo de riesgo priorizado, la RIAS - RIAMP. Se contaba con un cronograma para la gradual implementación, el cual se ralentizó por la necesidad inminente de afrontar la pandemia por COVID-19.

Actualmente, varias instituciones y entidades refieren haber iniciado el proceso de implementación de estas dos RIAS, por lo que resulta conveniente hacer un diagnóstico del estado de implementación, analizar cuáles han sido las dificultades en su implementación y proyectar el camino a seguir, teniendo en cuenta los principios y elementos constitutivos de un sistema de salud con enfoque de Atención Primaria en Salud (APS), las particularidades por tipo de territorio y lo que se espera de cada uno de los actores. Una manera integral para abordarlo es desde el relacionamiento de los actores, pues allí se identifican las bondades y oportunidades de cumplimiento de cada uno, y su relación con los demás, en busca de los resultados esperados (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

En la lógica de la estructura y funcionamiento del sistema de salud colombiano, el prestador primario juega un papel fundamental en el desarrollo de la PAIS. Esto quedó debidamente consignado y validado en 2021, año en el que a través del Programa Comunidades Saludables de USAID, se formuló una propuesta de un *Modelo funcional del prestador primario con enfoque de atención integral en salud y enfoque territorial* en el que se define que:

“El prestador primario es una unidad funcional y administrativa que organiza y gestiona integralmente los servicios de salud definidos en el componente primario para las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud. Es la puerta de entrada al SGSSS para las personas, familias y colectivos y es el eje fundamental para el desarrollo de las diferentes estrategias de atención integral para el lograr el mejoramiento de la situación de salud de la población objeto”.

En consecuencia, el fortalecimiento del prestador primario para que juegue el rol de eje articulador de la atención integral es un imperativo hacia el que se debe avanzar (Blanco et al., 2021).

Bajo esta perspectiva, el prestador primario tiene que estructurarse y cumplir con unas funciones específicas y desarrollar por supuesto unas capacidades para cumplirlas, mejorando su resolutivez. Adicionalmente, debe articularse efectivamente con los otros actores, participando con ellos en acciones de tipo intersectorial e intrasectorial. En este contexto, el prestador primario se considera un actor clave para lo cual debe ejercer un liderazgo efectivo constituyéndose en el eje/motor para mejorar el acceso de la población con la implementación de la PAIS, sus estrategias y enfoques en el ámbito territorial (Blanco et al., 2021).

Desde el punto de vista poblacional, la acción articulada de los actores se hace necesaria para dar respuesta a desafíos que se dan por los procesos de la dinámica epidemiológica y demográfica. Es importante destacar que el sistema de salud colombiano ha tenido que absorber un impacto importante generado por el fenómeno migratorio de población venezolana en los últimos 5 años. Este fenómeno no solo es significativo por el aumento de la población a atender, sino por la carga de enfermedad con que llega ella. Acorde con los compromisos internacionales, el sistema de salud debe hacer ajustes para garantizar el derecho de la población migrante a servicios de salud integrales. Es por eso que la inserción de la población migrante en las dinámicas regulares del sistema, desde el aseguramiento hasta la atención en las redes de servicios de salud, se hace necesario, incluyendo la atención en las RIAS.

Para aportar a la respuesta a los desafíos planteados y a la sostenibilidad del sistema de salud colombiano, Comunidades Saludables propone un Modelo de Relacionamiento para el prestador primario en salud. El presente documento sintetiza el proceso realizado para la elaboración del Modelo de relacionamiento, partiendo de la identificación de las necesidades específicas para mejorar la articulación entre los actores del sistema de salud colombiano. Basado en ese diagnóstico, se formuló el documento maestro que recoge el modelo de relacionamiento propuesto, incluyendo componentes, estrategias y herramientas para operacionalizarlo. El documento se sometió a un proceso de validación con diferentes actores del sistema

en seis territorios I previamente seleccionadas por el Comunidades Saludables y el MSPS. Como subproductos del proyecto se diseñó una herramienta, tipo tablero de mando, para el monitoreo y evaluación de los compromisos de relacionamiento, para uso de los prestadores primarios y se diseñó la estructura de un curso virtual autogestionable para la capacitación de líderes y gerentes de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

4. MARCO DE REFERENCIA

4.1 MARCO NORMATIVO

En la construcción del Modelo de Relacionamiento, la normatividad vigente se considera punto de partida, pues allí se expresan las intenciones del Gobierno Nacional, en sus propuestas de ajuste al sistema de salud colombiano. La línea de tiempo presentada a continuación señala lo que se podrían denominar “Normas Hito” que fundamentan el relacionamiento en el marco de las RIAS a partir de la expedición de la Ley Estatutaria de Salud que reafirma la salud como un derecho fundamental, continúa con las normas para su perfeccionamiento, y culmina en la más reciente, que orienta específicamente el relacionamiento en el marco contractual entre los actores. Para ampliar la información se anexa un Normograma en el que se recogen las principales normas clasificadas de acuerdo a la jerarquía de las normas (Presidencia de la República, 2022), ver Anexo I. Normograma.

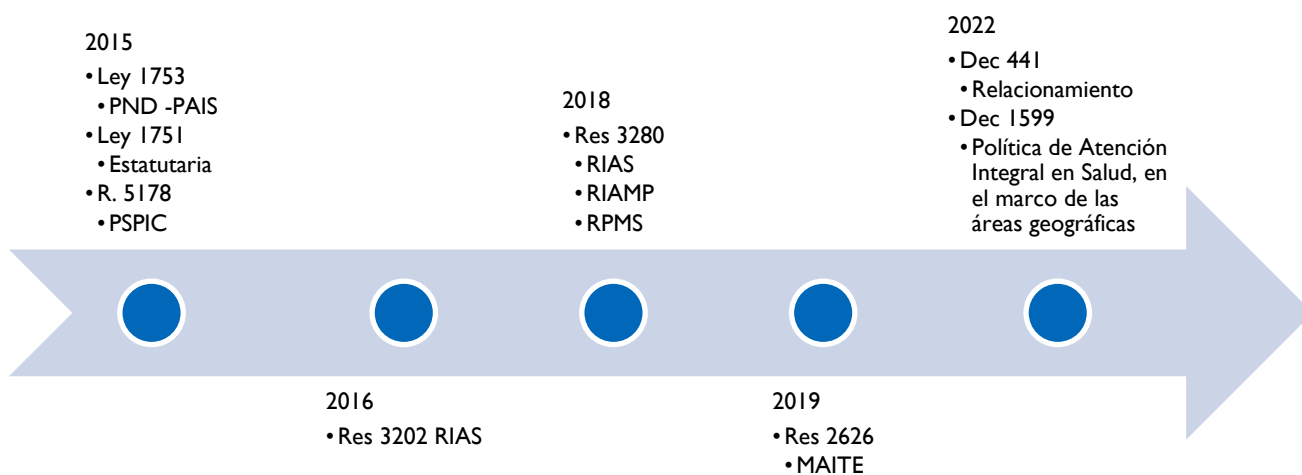
En este contexto normativo vale la pena destacar la evolución del concepto de acuerdo de voluntades como una expresión concreta del relacionamiento. En el año 2007 (Rodríguez Jiménez, 2007), el Decreto 4747 definió las reglas principales para el relacionamiento contractual entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago.

Más recientemente (Ministerio de Salud y Protección Social, Decreto 441 de 2022, 2022), en pro de mejorar el relacionamiento, y con la finalidad de estimular una adecuada gestión de la contratación y el seguimiento de su ejecución acorde con las necesidades particulares, se ha dictaminado una regulación en la contratación entre prestadores y aseguradores; la obligación de buscar contratación no fragmentada, es decir que, las actividades e intervenciones de cada RIAS sean prestadas en una misma institución, para que disminuyan los tiempos de desplazamiento, mejore la integración entre disciplinas y se evite la solicitud de autorizaciones para cada actividad.

Las EAPB tienen a su cargo la presentación de los modelos de atención en salud, la caracterización de la población y demás información que requiera el prestador para ofertar los servicios; mientras que los prestadores deben presentar su modelo de prestación de servicios de salud, los servicios habilitados y su capacidad instalada. Entre tanto, ambos deberán integrar indicadores del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS).

I Los territorios seleccionados para el proceso de diseño y pilotaje de este modelo son: Barranquilla, Bucaramanga, Cartagena, Cúcuta, Medellín y Riohacha.

Figura 1. Línea de tiempo normativo



Fuente: Elaboración propia

Así mismo en el proceso de contratación, se incluyen las notas técnicas, como documento susceptible de actualización periódica, y que contiene la caracterización de la población sujeto, la frecuencia de uso de las tecnologías en salud, el modelo de atención, los costos acordados y la periodicidad de monitoreo y evaluación.

Los elementos que debe contener el acuerdo de voluntades son los siguientes:

- Información general de la población objeto con los datos sobre su ubicación geográfica y perfil demográfico.
- Servicios contratados.
- Mecanismos y forma de pago.
- Tarifas que deben ser aplicadas a las unidades de pago.
- Proceso y operación del sistema de referencia y contrarreferencia.
- Periodicidad en la entrega de información de Prestaciones de Servicios de Salud, RIPS.
- Periodicidad y forma como se adelantará el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad y la revisoría de cuentas.
- Mecanismos de interventoría, seguimiento y evaluación del cumplimiento de las obligaciones, durante la vigencia del acuerdo de voluntades.
- Mecanismos para la solución de conflictos.
- Mecanismos y términos para la liquidación o terminación de los acuerdos de voluntades, teniendo en cuenta la normatividad aplicable en cada caso.

La comprensión de las disposiciones normativas que orientan el hacer de los actores de sistemas garantes del derecho fundamental a la salud y de la atención integral en salud es fundamental para el diseño de una propuesta de modelo de relacionamiento viable y sostenible

4.2 RUTAS INTEGRALES DE ATENCIÓN EN SALUD Y SUS ACTORES

Las RIAS se definen como herramientas que integran a los actores del sector salud y sus responsabilidades, y determinan las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo y acciones del sistema para promover el bienestar de las personas en los entornos en los cuales se desarrollan. Las RIAS definen las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

La RPMS y la RIAMP se enmarcan en el concepto de atención integral en salud como medio para alcanzar los resultados en salud de las personas, familias y comunidades. Son herramientas operativas de obligatorio cumplimiento en todo el territorio nacional, que indican a los integrantes del sector salud (Dirección Territorial de Salud, aseguradores, entidades a cargo de regímenes especiales o de excepción y prestadores) las condiciones necesarias para garantizar la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la generación de una cultura del cuidado para todas las personas, familias y comunidades, como parte de la garantía del derecho fundamental a la salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

En las siguientes secciones se presentan, sin el ánimo de ser exhaustivos, ni de transcribir todos los contenidos de los marcos normativos, los elementos centrales que orientan la implementación de las RIAS. Estos elementos deben constituir el eje conductor en su diseño y ejecución. Además, se identifican las responsabilidades claves que tienen los diferentes actores: Direcciones Territoriales de Salud del orden departamental, distrital y municipal; las EAPB y las IPS. En el Anexo 2 se presentan en detalle esas responsabilidades de acuerdo con las normas.

4.2.1 RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN PARA LA PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD - ELEMENTOS CENTRALES:

- Reconocer como sujetos de la atención en salud a las personas, familias y comunidades que viven y se desarrollan en un ámbito territorial (urbano, rural y rural disperso) con particularidades, condiciones y situaciones que deben considerarse como ejes contextuales del proceso de atención en salud.
- Concretar las atenciones por momentos del curso de vida, recalcando que cada momento es interdependiente y las exposiciones o experiencias se convierten en ventajas o desventajas que se acumulan con el tiempo e impactan la salud y el desarrollo en momentos posteriores.
- Reconocer los entornos como: i) escenarios propicios para promover el bienestar y el desarrollo humano a nivel individual y colectivo y ii) como unidad de gestión donde se materializan las atenciones sectoriales y de los demás actores que participan en el bienestar y el desarrollo de los sujetos.
- Identificar las necesidades territoriales y alinear las respuestas que ofrecen los planes de beneficios (individual y colectivo) logrando obtener una oferta complementaria y suficiente que potencie la respuesta integral en salud durante todo el curso de vida.

- Organizar la gestión y la prestación de los servicios en una lógica centrada en las personas, familias y comunidades, lo cual implica trascender la gestión por programas o estrategias temáticas para avanzar hacia la gestión de la atención integral.
- Conformar una red de prestación de servicios, completa y suficiente, que garantice la entrega de las intervenciones de la RPMS, en el componente primario de la red.
- Articular las acciones de la RPMS requeridas por los individuos y familias de acuerdo con sus necesidades y los hallazgos realizados por el equipo multidisciplinario de salud a través del plan integral de cuidado primario.
- Cumplir con los estándares de calidad, trato amable y respetuoso, generando espacios de diálogo sobre las inquietudes y expectativas de las personas, familias y comunidades respecto a la salud y su cuidado, garantizando la confidencialidad de la información.
- Realizar el seguimiento nominal y longitudinal de los resultados en salud que permita evaluar las potencialidades y la exposición a riesgos físicos o sociales que inciden en la condición de salud de la población.

4.2.2 RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD MATERNA PERINATAL ELEMENTOS CENTRALES

- Reconocer a las mujeres en edad fértil como sujetos de la atención en salud, en el marco de la garantía de los derechos consagrados en los tratados internacionales de derechos humanos específicamente encaminados a proteger la salud y garantizar el derecho a una vida libre de violencias.
- Prestar los servicios de salud a la mujer en etapas del ciclo reproductivo sin incurrir en conductas que configuren violencia contra la mujer; ello implica erradicar conductas institucionales como el trato indigno, violencia psicológica, omisión en la atención, negligencia, discriminación por razones de género, clase social, etnia, discapacidad u otra condición o situación.
- Organizar la gestión y la prestación de los servicios en una lógica centrada en las gestantes y sus familias, lo cual implica trascender de una gestión por estrategias temáticas atomizadas, a una integrada para garantizar el continuo de la atención.
- Conformar una red de prestación de servicios completa y suficiente, que garantice la entrega de las intervenciones de la RIAMP (Ministerio de Salud y Protección Social, -2016), en el componente primario y complementario de la red, con criterios de proximidad, disponibilidad y accesibilidad, que faciliten el recorrido por las intervenciones incluidas en la ruta sin autorización adicional de servicios.
- Desarrollar el plan integral de cuidado primario como instrumento que concreta las diferentes intervenciones en salud requeridas por las gestantes y sus familias de acuerdo con sus necesidades y los hallazgos realizados por el equipo multidisciplinario de salud.

4.2.3 RESPONSABILIDADES DE LOS ACTORES PARA LAS RIAs

Para llevar a cabo la gestión de las RIAS se hace necesario la determinación de los actores, sus funciones y responsabilidades. Las Rutas requieren para su funcionamiento un trabajo colaborativo de los participantes. Las responsabilidades generales de los integrantes del sistema para la operación de las RIAS se enmarcan en las competencias y funciones definidas en la Resolución 3280 de 2018, las principales responsabilidades son las siguientes para cada uno de los actores del sistema (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, 2018) (ver en anexo 2 un listado completo):

MSPS

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

Direcciones Territoriales de Salud - Departamentos y Distritos:

- 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.
- Vigilar y supervisar la adopción, adaptación, implementación y evaluación de las RIAS, 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.

Direcciones Territoriales de Salud - Municipales:

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

Entidades Administradoras de Planes de Beneficios:

- 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.
- 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.

Instituciones Prestadoras de Servicios Salud:

- 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.
- Garantizar a los usuarios el acceso efectivo a los servicios y tecnologías en salud dispuestas en las RIAS. En la medida de lo posible deben revisar y adecuar su modelo de atención en salud para acoplarlo a la RIAS.
- Establecer con las EAPB 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.

La SNS:

- Vigilar y controlar el cumplimiento de las disposiciones previstas en la Resolución 3202 del 2016. 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 SNS, con el fin de que ésta 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 MSPS y a las Secretarías de Salud del orden Departamental y Distrital.

En el Anexo 2 se pueden ver las responsabilidades, funciones de cada actor y las interacciones de los otros actores, de acuerdo con lo establecido en la Resolución 3280 del 2016 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

La definición de las prioridades territoriales se realizó de manera conjunta y concertada entre las Direcciones Territoriales de Salud, EAPB y demás agentes territoriales, en concordancia con sus competencias y responsabilidades, de manera tal, que dichas prioridades y resultados orienten las acciones que garanticen la entrega efectiva de las intervenciones poblacionales, colectivas e individuales dispuestas en las RIAS, así como los mecanismos para garantizar la complementariedad entre dichas intervenciones. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

Para el adecuado relacionamiento y cumplimiento de las funciones de cada uno de los actores del sistema, las EAPB deben adelantar procesos de contratación para garantizar la atención en salud de la población frente a la cual son responsables de su aseguramiento, lo que se realiza a través de la articulación de los servicios, el acceso efectivo y la garantía de la calidad en la prestación.

Es de resaltar la importancia del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC) en la implementación de las RIAS, especialmente en la RPMS. La elaboración del PSPIC y su ejecución es responsabilidad de las Secretarías de Salud, y usualmente es contratado con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, con prioridad en las instituciones públicas. La ejecución del PSPIC está regulada por dos normas, la Resolución 518 de 2015, que define la línea estratégica de gestión en salud pública, y la Resolución 3280 de 2018, que define el conjunto de intervenciones, procedimientos o actividades para la promoción de la salud y la gestión del riesgo dirigidas a grupos poblacionales. El PSPIC se debe planear y definir de acuerdo con las prioridades poblacionales y territoriales en coherencia con el Plan de Desarrollo Territorial y el Plan Territorial de Salud.

Las intervenciones colectivas se deben ejecutar acorde con los entornos en los que transcurre la vida: hogar, centros educativo, comunitario, laboral e institucional. En cada uno de estos entornos se hacen una serie de actividades para poder dar cumplimiento al anexo técnico planteado en la Resolución, entre las que se encuentran:

- Caracterización social y ambiental en entornos de la vida cotidiana

- Información en salud
- Educación y comunicación para la salud
- Prevención y control de enfermedades
- Conformación de redes familiares
- Tamizajes
- Jornadas de salud
- Vacunación
- Adquisición y suministro de medicamentos o insumos de uso masivo para la prevención, control o eliminación de eventos de interés en salud pública.

En el desarrollo de los principios de sostenibilidad y eficiencia definidos en la Ley 1751 de 2015 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015), se establecen reglas que mejoran las relaciones de los agentes del sistema en la contratación de los servicios y tecnologías de salud, orientados hacia la calidad en la prestación de estos y la obtención de resultados en la salud de los afiliados, la ley estableció la integralidad en la atención y la prohibición correlativa de fragmentar la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en deterioro de la salud del usuario.

4.3 REFERENTES CONCEPTUALES

4.3.1 DEFINICIÓN DE RELACIONAMIENTO

El relacionamiento es la capacidad para crear, mantener y expandir la propia red de contactos con base en relaciones de valor y confianza, permitiendo forjar iniciativas planeadas y estructuradas que permiten la consulta, el encuentro, diálogo y la generación de compromisos. Si se analiza como un proceso, se convierte en un tema cíclico, donde cada vez que hay interacción entre dos o más actores se genera una retroalimentación y mejora constante del proceso.

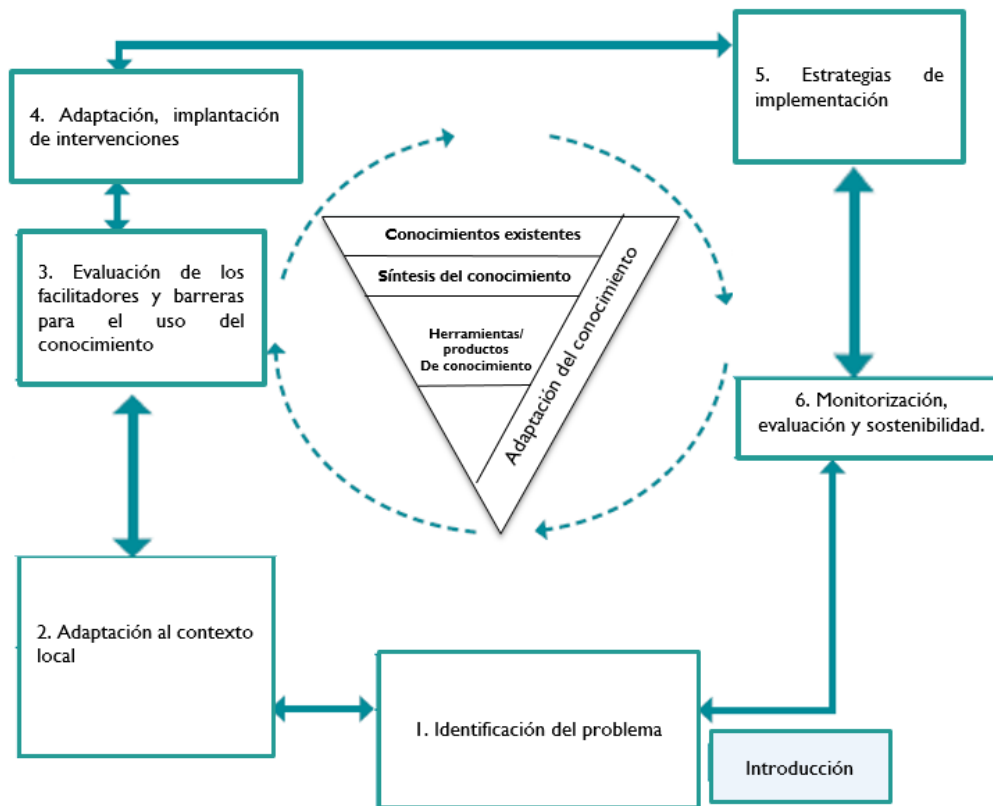
4.3.2 MODELO/MARCO DE PROCESOS DE CONOCIMIENTO PARA LA ACCIÓN

La mejor forma de comprender un fenómeno es a través de las experiencias de quienes lo han vivido. La perspectiva de cada actor y la de todos en conjunto, permite representar el fenómeno a través de un modelo o arquetipo (Carvajal Villaplana, 2002; Granados Oliveros & Esparza Bohorquez, 2020). El fenómeno “relacionamiento” requiere un abordaje teórico-práctico que permita identificar su alcance conceptual, describir sus elementos constitutivos y las estrategias de intervención para el cumplimiento final del objetivo.

Con el mejoramiento de la situación de salud de la población que habita en el territorio nacional incluida la población migrante, como máximo propósito, las RIAS son concebidas como la vía expedita para su logro. Tras comparar varios modelos con el paradigma expuesto por los actores de las RIAS se identificó que, el que mejor puede explicar sus dinámicas y una representación operativa del fenómeno de relacionamiento para la implementación de las RIAS, es el Marco o Modelo de Procesos de Conocimiento

para la Acción (MCA), de la *Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)*. Usado para la formulación y adaptación de buenas prácticas, este modelo incluye dos componentes: la creación de conocimiento a partir de la identificación de evidencia crítica, dando lugar a productos de conocimiento; y la acción, esto es, la aplicación del conocimiento en el ámbito de la práctica (Granados Oliveros & Esparza Bohorquez, 2020). El ciclo completo del MCA consiste en identificar conocimiento relevante, validarlo y adaptarlo al área específica, en seis fases (Figura 2).

Figura 2. Herramienta de la RNAO procesos de conocimiento para la acción



Fuente: Herramienta de la RNAO (en Granados Oliveros & Esparza Bohorquez, 2020)

Fases del Modelo RNAO (en Granados Oliveros & Esparza Bohorquez, 2020):

1. Identificación de la teoría y el conocimiento clave del fenómeno que se quiere intervenir
2. Adaptación del conocimiento al contexto, identificación de los actores y sus intereses
3. Identificación de facilitadores y barreras para el adecuado proceso
4. Selección, adaptación e implantación de intervenciones
5. Monitorización del uso del conocimiento y evaluación de resultados
6. Sostenibilidad del uso del conocimiento.

El modelo de Proceso de Conocimiento para la Acción se usó para el diseño del modelo de relacionamiento de los actores del sistema que intervienen en las RIAS, se sigue la teoría del modelo RNAO y se desarrolla el proyecto haciendo una adecuación a sus pasos de implementación.

Fases del Modelo de Relacionamiento:

1. Identificación de necesidades de los actores del sistema en cuanto a relacionamiento
 - Entrevistas
 - Búsqueda bibliográfica
2. Propuesta de modelo de relacionamiento
 - Diseño de un modelo de relacionamiento
 - Determinación de puntos críticos
 - Conceptualización
 - Definición de los componentes
 - Determinación de estrategias para cada componente
 - Formulación de una estructura de capacitación
 - Diseño de una herramienta de monitoreo y evaluación
3. Pilotaje en territorios
 - Presentación y validación del modelo con sus componentes y estrategias
 - Validación de la estructura de capacitación
 - Validación de la herramienta de monitoreo
4. Capacitación
 - Curso: “*Curso presentación del modelo de relacionamiento del prestador primario con los demás actores para la implementación de las rutas de atención integral en salud (RIAS)-RPMS Y RIAMP*” y herramientas para monitoreo
 - Curso: “*Proceso de capacitación a Gerentes y Líderes de los Prestadores Primarios en el modelo de relacionamiento para la implementación de las RIAS*”
5. Definición de relacionamiento
 - Conjunto de interacciones articuladas entre los diferentes actores del sistema de salud, que permite una atención continua e integral de las personas y una administración eficiente de los recursos con el fin de mantener o mejorar su situación de salud.
 - Principios:
 - Ambiente de confianza
 - Relación basada en el respeto
 - Propósito común
 - Pilares:
 - Transparencia
 - Concertación
 - Trabajo colaborativo
 - Componentes:
 - Estructurales
 1. Gestión de las RIAS con enfoque territorial
 2. Unificación e interoperabilidad de los sistemas de información
 - Operativos
 1. Desarrollo de capacidades institucionales y del talento humano en salud
 2. Gestión eficiente del proceso de contratación
 3. Fortalecimiento de la participación social
 4. Coordinación y comunicación efectiva
 5. Monitoreo y evaluación

5. MODELO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LAS RELACIONES INSTITUCIONALES QUE CONTRIBUYA A LA IMPLEMENTACIÓN DE LA RPMS Y LA RIAMP

5.1 OBJETIVO DEL MODELO

Fortalecer las relaciones institucionales entre el PP de servicios de salud y los demás actores de las RPMS y RIAMP, ya sean otros Prestadores de servicios de salud (públicos o privados), Secretarías de Salud o entidades responsables de pago, a fin de contribuir al logro de mejores resultados en salud de sus usuarios.

5.2 EL RELACIONAMIENTO ENTRE LOS ACTORES DE LAS RIAs

El relacionamiento se entiende como el conjunto de interacciones articuladas entre los diferentes actores del sistema de salud, que permite una atención continua e integral de las personas y una administración eficiente de los recursos con el fin de mantener o mejorar su situación de salud.

Un adecuado relacionamiento permite procesar y dar acceso a información, generar espacios de diálogo directo con los demás actores del sistema, realizar procesos constantes de mejora y ajustes, ampliar la oportunidad de colaboración conjunta, y maximizar el valor de las alianzas tanto con personas naturales como jurídicas. En la práctica se presenta por mandato o por mecanismos voluntarios.

Los acuerdos de voluntades se formalizan a través de mecanismos que protocolizan esa relación. La modalidad más frecuente es el contrato, a través del cual un agente (contratista) se compromete a cumplir unas obligaciones para con otro agente (contratante). Esta forma de relacionamiento tiene implicaciones administrativas, económicas y jurídicas para las partes. También existen formas asociativas para la prestación de servicios como los consorcios, las uniones temporales, los convenios de asociación. Las relaciones generadas por las líneas de autoridad, en ejercicio de las formas de estructuración del sistema de salud de la organización político-administrativa del país y de las mismas organizaciones.

Se consideran mecanismos voluntarios a las formas de relacionamiento que no se enmarcan en una obligación de carácter jurídico o administrativo, sino que responden a la expresión de acuerdo de voluntades para el logro de objetivos comunes; por ejemplo, la suscripción de actas de compromiso, la definición de mecanismos para la coordinación o resolución de conflictos, tales como las reuniones de consenso y concertación.

En todas las formas de relación existe un factor humano que hace realidad esas relaciones. El relacionamiento aún entre las instituciones tiene un componente interpersonal que es fundamental. Si las personas que crean relaciones institucionales no se relacionan a nivel humano, la relación institucional se ve amenazada.

Un modelo de relacionamiento debe basarse entonces, no solo en crear las condiciones para que los actores del sistema de salud se relacionen efectivamente, sino que debe considerar el factor humano como componente esencial y fundamental del modelo. Ese modelo de relacionamiento debe basarse en unos principios básicos, que tienen como fundamento un comportamiento ético de cada uno de los actores, que se revisarán en la siguiente sección.

5.2.1 PRINCIPIOS GENERALES DEL RELACIONAMIENTO

Las RIAS se constituyen en una herramienta fundamental para lograr una atención con calidad, oportunidad e integralidad, centrada en el usuario. En la implementación de las RIAS es fundamental la acción articulada entre los diferentes actores que están involucrados en su desarrollo. La articulación se logra en la medida que haya un relacionamiento fluido. Se entiende por relacionamiento al establecimiento de un vínculo entre personas u organizaciones para propósitos comunes o complementarios entre sí. En los sistemas de salud se puede decir que son realmente obligatorios entre las partes, en la medida en que se quiera tener como propósito común la calidad de la atención, la integralidad y la resolución de las necesidades de salud de la población objeto.

En las consultas realizadas con diferentes actores del sistema de salud, se resaltan tres condiciones que son fundamentales para lograr un buen relacionamiento:

1. Ambiente de confianza: la confianza es la creencia, esperanza y fe persistente que alguien tiene hacia otra persona, entidad o grupo, de que será idóneo para actuar de forma apropiada en una situación o circunstancia determinada; la confianza se verá más o menos reforzada en función de las acciones realizadas.

2. Relación basada en el respeto: con el cual las partes pueden escucharse entre sí como pares que tienen que jugar un rol en la relación frente a un objetivo común.

3. Propósito común: es uno de los elementos más claves que deben tener ambas partes, es el punto de verdadera unión. En el caso de las RIAS el propósito común está enfocado en el logro de los resultados en el sujeto de atención (persona, familia y comunidad).

5.2.2 PILARES FUNDAMENTALES

El resultado de un relacionamiento eficaz y sostenible se basa sin lugar a duda en el cumplimiento de las condiciones enunciadas, pero en especial la generación de confianza entre las partes. La construcción de la confianza es un proceso complejo, y debe basarse en la construcción progresiva de un ambiente fundamentado en tres pilares generales:

- **Transparencia:** en todas las fases del relacionamiento, se entiende como “poner las cartas sobre la mesa”. Cada actor tiene claras sus responsabilidades y pone en el escenario todas sus capacidades y conocimientos.

- **Concertación:** se expresa como acuerdos de voluntades que son materializados en relaciones de diferente tipo: contratos, convenios, etc. La concertación se fundamenta en desdibujar las relaciones de poder.
- **Trabajo colaborativo:** una vez se logra materializar la concertación en acuerdos, el logro del propósito común requiere trabajo articulado y consensuado. Cada una de las partes, aporta sus capacidades para potencializarse y superar debilidades en conjunto.

El propósito es poner en el centro del sistema la persona y su familia para que se materialice el derecho fundamental a la salud de una manera integral e integrada. El propósito común se convierte en el factor unificador para el trabajo colaborativo de los actores. En el mundo empresarial la confianza es el vector que sustenta las relaciones entre las organizaciones y el valor que permite una relación fluida entre todos los integrantes de ellas. De la misma manera, en el sistema de salud, el trabajo colaborativo deberá fundamentarse en la confianza y cada actor debe generarla y esforzarse por mantenerla en pro de ese objetivo común.

En el marco de la implementación de las RIAS en la construcción de ese propósito común es importante que entre las partes se tenga claro:

- La población para atender, basada en una adecuada caracterización demográfica, epidemiológica y socioeconómica.
- Una sólida información sobre siniestralidad, frecuencias de usos, y costos de atención.
- Acuerdo sobre estándares de calidad y resultados esperados.
- Análisis y compromisos con la eficiencia.

Finalmente, de las voluntades de las personas que representan las organizaciones y de su nivel de relacionamiento personal y confianza mutua, dependerá el logro de los resultados en salud de la población a cargo.

Figura 3. Principios generales en los que se fundamenta el modelo de relacionamiento



Fuente: Elaboración propia

5.2.3 PUNTOS CRÍTICOS PARA EL RELACIONAMIENTO DE LOS ACTORES

Desde la perspectiva de diferentes actores se han identificado una serie de puntos críticos que deben ser superados para mejorar el relacionamiento entre los mismos, entre ellos vale la pena destacar:

1. Desconfianza entre los actores
2. Falta de articulación y de enfoque territorial en la implementación de las RIAS
3. Cambios normativos que generan confusión
4. Déficit de espacios para construcción colectiva
5. Asimetría de información entre prestadores y aseguradores
6. Déficit de capacidades institucionales y de gestión del prestador primario
7. Deficiencias en sistemas únicos de información costos y facturación
8. Desarticulación de las acciones individuales y colectivas
9. Deficiencias específicas en la formación del talento humano
10. Alta frecuencia de rotación del talento humano
11. Carencia de sistemas de monitoreo y evaluación de los compromisos de relacionamiento
12. Incumplimiento a los compromisos de pago
13. Deficiencias en los procesos de información y comunicación a la ciudadanía

Con herramientas de investigación cualitativa, entrevistas a expertos y grupos focales regionales, se determinaron los puntos críticos para el relacionamiento, información que fue triangulada para la validación de los grupos de expertos y posterior agrupación por categorías emergentes.

1. La **contratación**: se identificó una deficiencia o falta de herramientas que ayuden a la toma de decisiones en todo el proceso, con especial énfasis en herramientas de costeo, concertación para el pago oportuno, procesos ágiles de facturación, realización de notas técnicas y su adecuado manejo con sistemas de información interoperables.
2. La necesidad de una **mayor divulgación y capacitación para la implementación de las RIAS**: si bien las normas están disponibles, el comprender en su integralidad todos estos documentos se hace muy dispendioso.
3. La **gestión financiera**: se identifica una debilidad en los procesos de gestión, específicamente en el manejo de los recursos, debilidad en la articulación de los recursos de las atenciones colectivas con las individuales, la gestión de la cartera o pago de los dineros que se les adeuda.
4. El **fortalecimiento de las capacidades del prestador primario** en aspectos tales como la dotación, infraestructura y el talento humano en salud son fundamentales: se identifican problemas como la alta rotación del talento humano en salud, debilidad en la formación respecto a las RIAS y la necesidad de creación de incentivos.
5. La **capacitación y asistencia técnica** es necesario realizarlas con el personal idóneo, de manera estructurada y organizada bajo el liderazgo de las Secretarías de Salud y de los Ministerios de Salud y Protección Social y de Educación.
6. **Redes integrales e integradas** con enfoque territorial y fortalecimiento de los procesos de inspección, vigilancia y control.
7. **Mecanismos efectivos de coordinación y comunicación**, fomento del trabajo colaborativo, implantación de mesas de trabajo que busquen la concertación para el logro de mejores resultados en salud, generando espacios de confianza entre cada uno de los actores.
8. **Liderazgo efectivo de las Secretarías de Salud**: se plantea la necesidad de reorganización y adaptación de los servicios bajo la gestión de EAPB de carácter regional.
9. **Sistemas de información interoperables** que manejen bases de datos en tiempo real para la toma de decisiones en salud. Sistemas que favorezcan el monitoreo y la evaluación, con repositorios integral, confiables y oportunos. Los sistemas de información surgen como un

elemento transversal a todos los temas, representando un insumo para el mejoramiento de los procesos en las organizaciones.

10. Un punto crítico transversal a todos es la **confianza**; todos los actores deben trabajar por generarla y recuperarla, muy particularmente la confianza que proyecta cada uno de los actores hacia la comunidad.

Estas diez categorías emergentes fueron analizadas en un trabajo colaborativo entre Comunidades Saludables y el MSPS, como resultado de las reuniones y un taller de análisis, se concertó una agrupación de los criterios emergentes en siete componentes, que hoy hacen parte del modelo de relacionamiento.

5.3 COMPONENTES DEL MODELO DE RELACIONAMIENTO ENTRE LOS ACTORES DEL SGSSS

La confianza como eje nuclear del modelo se entiende como un aspecto fundamental en las relaciones interpersonales y del bienestar. La falta de confianza es la base para que surjan todo tipo de conflictos, se acaben relaciones y se obstaculice el avance en la dirección deseada. Es un llamado a la franqueza en la comunicación.

Identificada la confianza como el eje articulador del proceso de relacionamiento, el modelo debe estructurarse en función de la identificación y fortalecimiento de aquellos factores que generan y consolidan la confianza. En la fase de construcción colectiva se identificaron factores que inciden en un buen relacionamiento, estos se pueden agrupar en siete subconjuntos generadores de confianza, que para los efectos del modelo se denominarán *componentes*. Estos son:

1. Fortalecimiento de la gestión territorial
2. Unificación e interoperabilidad de los sistemas de información
3. Gestión eficiente del proceso de contratación
4. Coordinación y comunicación efectivos
5. Fortalecimiento de la participación social
6. Desarrollo de capacidades y competencias
7. Monitoreo y evaluación

Los componentes pueden a su vez ser clasificados en dos grandes categorías.

5.3.1 COMPONENTES OPERACIONALES

Son una serie de factores generadores de confianza que se pueden desarrollar en el corto y mediano plazo y como parte del proceso normal de planeación y ejecución de las RIAS, en el marco de operación actual del sistema de salud.

Figura 4. Componentes del modelo de relacionamiento



Fuente: Elaboración propia

5.3.1.1 DESARROLLO DE CAPACIDADES INSTITUCIONALES Y DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

La necesidad de fortalecer la capacidad técnica, administrativa y gerencial del prestador primario emerge como uno de los requerimientos básicos para lograr un buen relacionamiento. El desarrollo de las competencias del talento humano en salud no solo en competencias duras (técnicas), sino también blandas (liderazgo, gestión, capacidad de negociación, etc.), sobre todo en el personal de nivel directivo y administrativo, es fundamental. Por otro lado, es importante el fortalecimiento de la capacidad de resolución de las instituciones prestadoras de servicios de salud, tanto públicas como privadas en el nivel primario. Un buen relacionamiento, primero con el usuario y luego con la entidad contratante, depende del cumplimiento de la promesa de servicio. En la medida en que el prestador primario se fortalece en

todos estos aspectos, su relacionamiento con las entidades contratantes se equilibra y se modifican las condiciones de poder.

En el proceso de identificación de las necesidades con cada uno de los actores, el componente de desarrollo de competencias, el cual consiste en un proceso de construcción de conocimiento orientado a la solución específica de temas de interés, siendo este un proceso a través del cual cada uno de los actores aumenta su capacidad de actuar, resolver problemas, definir objetivos, comprender y atender las necesidades de desarrollo para lograr objetivos de manera sostenibles en el tiempo; requiere tener una visión y marco general de toda la organización. Se requiere entonces identificar los requerimientos de competencias específicamente desde lo individual (competencias técnicas y funcionales), organizacional (identificación del personal y fortalecer la capacidad de supervisión y de gestión) y sistémico (mejorar la capacidad estructural y de los sistemas operativos).

Se deben fortalecer los procesos de comunicación, liderazgo, influencia, interpersonal, personal, fomentar la creatividad y trabajar en el profesional, fomentando de manera integral las competencias funcionales “blandas” y disminuir los roles de poder. Así mismo, como parte del fortalecimiento de los procesos de gestión financiera y actualización normativa, se requiere fortalecer los procesos de asesoría y asistencia técnica. Para el desarrollo de las competencias se proponen cuatro pilares en los que se deben de fundamentar los procesos de desarrollo de capacidades: aprender a conocer, aprender a hacer, aprender a ser y aprender a vivir juntos (Uribe et al., s.f.). Este proceso supone que el aprendizaje se debe estar cuestionando permanentemente, independientemente del periodo, para introducir cambios positivos que generen y refuercen la capacidad y mejoren la confianza en las organizaciones. Por lo tanto, se puede inferir que el aprendizaje se puede medir por el desarrollo de nuevas aptitudes y perspectivas mentales, tanto individuales como colectivas, que orientan al individuo hacia sus auténticos intereses y a cambiar porque lo desea y no por necesidad (Uribe et al., s.f.).

Tabla I. Estrategias para el desarrollo de capacidades institucionales

Estrategias para el desarrollo de capacidades institucionales	PP	EAPB	SECRETARÍAS DE SALUD	MSPS
Creación de un programa para el desarrollo profesional permanente del talento humano en salud. Esta escuela debe crearse orientada a complementar el proceso formativo del talento humano en salud, en lo relacionado con su actuar en el sistema de salud, acorde con las necesidades específicas y elementos del contexto. Deben acogerse las nuevas metodologías de educación como la virtualidad y se debe orientar no solo al desarrollo de competencias duras, sino también blandas tanto en lo técnico, como o administrativo				x
Fortalecimiento de la asistencia técnica como herramienta complementaria al proceso de capacitación. La asistencia técnica debe orientarse al mejoramiento de los procesos en el terreno y debe ser responsabilidad tanto de las EAPB, como de las Secretarías de Salud que deben fortalecerse para ejercer esta labor. La asistencia técnica debe ser fruto de un proceso de planificación con una visión integral de las problemáticas territoriales. En la medida de lo posible el MSPS debe bien de manera virtual o presencial en ocasiones, estar presente para la orientación de todos los actores y no dejar desviar el rumbo.		x	x	
Fortalecimiento de las condiciones de infraestructura física y tecnológica de los prestadores primarios. Esto significa hacer un inventario de las necesidades que tiene el prestador primario, para garantizar una adecuada resolución en el marco de los			x	x

Estrategias para el desarrollo de capacidades institucionales	PP	EAPB	SECRETARÍAS DE SALUD	MSPS
requerimientos para la implementación de las RIAS y hacer un plan de financiamiento y desarrollo de los prestadores primarios. Ese plan debe incluir no solo el fortalecimiento de tecnologías en salud, sino también de apoyo logístico y administrativo, incluyendo garantía de conectividad.				
Articulación con el Ministerio de Educación y las Instituciones de Educación Superior formadoras de talento humano en salud, para revisar los perfiles profesionales y acordar estrategias conjuntas para mejorar las competencias de los egresados para operar bajo los requerimientos del contexto sectorial y social del país. Esto debe hacerse desde el contexto de la planificación territorial basado en la identificación de necesidades y articulación intersectorial.				x
Desarrollar una política integral de incentivos para el talento humano en salud que propicie la disminución de la alta rotación existente. La política debe contemplar la estabilización de las relaciones laborales, la política salarial y otros tipos de incentivos no centrados en lo económico que incida, en la distribución permanencia y disponibilidad de talento humano en todas las regiones del país.				x
La conformación y mantenimiento de los gestores comunitarios es una estrategia fundamental en el marco del modelo de atención centrado en el usuario y con la Atención Primaria en Salud (APS) como eje fundamental. Una política de identificación, selección, formación y soporte a los gestores comunitarios siendo estos “una persona de la comunidad que en zonas dispersas podrá apoyar el desarrollo de intervenciones específicas de las RIAS”, por lo que se hace necesario definir el rol, perfil y participación en la atención integral en salud desde un contexto técnico y normativo.	x			
Actualizar el inventario de Herramientas para apoyo de la gestión del prestador primario y para la implementación de las RIAS, hacer un consolidado de estas herramientas y desarrollar un plan de socialización, validación, capacitación y entrenamiento en el uso de ellas.			x	x
Desarrollar un plan de capacitación enfocado en el personal directivo de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, orientado al desarrollo de competencias para la negociación.	x		x	
Fortalecer la capacidad de gestión de las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales. En el contexto del Plan Decenal de Salud de Salud Pública 2022-2031, sus ejes estratégicos y su enfoque en gestión territorial, desarrollar un plan de evaluación de las capacidades, identificación de brechas y desarrollo de un plan de fortalecimiento de las capacidades de los territorios con énfasis en la capacidad del ejercicio de funciones de: Inspección Vigilancia y Control (IVC) y asistencia técnica a los actores del sistema para la implementación de las RIAS.				x

Fuente: Elaboración propia

5.3.1.2 GESTIÓN EFICIENTE DEL PROCESO DE CONTRATACIÓN

Este es uno de los componentes más importantes que contiene el modelo de relacionamiento, pues existe una relación directa entre la confianza y la contratación. Además de cumplir con los mandatos

estrictamente legales y procedimentales, es fundamental desarrollar empatía entre los dos actores que se encuentran en este proceso. La firma de un contrato debe considerarse una inversión en el relacionamiento, dado que el del mismo implica que se haya desarrollado suficiente confianza y se haya definido un propósito común (Bart, 2010).

Como elementos sustanciales para una gestión eficiente del proceso de contratación, se identifican unas condiciones que deben darse para que haya transparencia, equilibrio en la relación y que efectivamente surja el contrato como acuerdo de voluntades, fundamentalmente los prestadores deben contar con: sistemas de información, costos y facturación adecuados y con las competencias gerenciales tanto duras como blandas para una adecuada negociación y gestión contractual.

Tabla 2. Estrategias para la gestión eficiente del proceso de contratación

Estrategias para la gestión eficiente del proceso de contratación	PP	EAPB	SECRETARÍAS DE SALUD	MSPS
Desarrollar herramientas sencillas que apoyen al prestador primario en el proceso contractual en sus tres fases: precontractual, contractual y post contractual, tales como listas de chequeo, guías.				x
Avanzar en el análisis de la pertinencia de contar con manuales únicos tarifarios para las RIAS, normogramas, minutas modelo o instructivos.				x
Fortalecer los sistemas de costos y facturación de los prestadores primarios.	x			
Desarrollar estudios para generar propuestas de modificación de los mecanismos de financiamiento del prestador primario: subsidio a la oferta, fondos únicos locales u otros mecanismos que permitan corregir la fragmentación en el uso de los recursos y las atenciones.		x	x	x

Fuente: Elaboración propia

5.3.1.3 FORTALECIMIENTO DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL

La población es la razón de ser del sistema y, por lo tanto, una atención integral centrada en la persona exige que existan objetivos, canales y mecanismos de participación efectivos. El usuario debe ser el eje sobre el que debe darse el relacionamiento. Surge entonces como un factor generador de confianza el hecho de tener a los usuarios involucrados en las distintas etapas del proceso de implementación de las RIAS, desde la planeación hasta el monitoreo y evaluación.

Los espacios de participación que están definidos en el sistema, tales como las asociaciones de usuarios, los comités de participación, las veedurías deben ser fortalecidos. El Servicio de Información y Atención al Usuario, como herramienta fundamental para aproximarse a entender la visión del usuario frente a la atención, debe alimentar discusiones conjuntas entre prestadores y aseguradores para formular estrategias de mejoramiento.

La participación de otros actores sociales de orden sectorial como extra sectorial en espacios de concertación permiten adecuar la atención a las realidades sociales y geográficas del territorio. En la interacción con los diferentes actores surgió también la necesidad de desarrollar procesos de educación a los usuarios para que haya una comprensión de las RIAS y la forma de discurrir en la ruta como usuario del sistema. Un adecuado uso minimiza los conflictos y facilita las relaciones.

Las estrategias para fortalecer la participación social y comunitaria se deben enmarcar en la política de participación social en salud (PPSS), reglamentada por la Resolución 2063 del 2017 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017). Esta política da cumplimiento al mandato legal de direccionar y garantizar la participación social en el sector salud en el marco de la Ley 1438 de 2011, la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015 y la Ley Estatutaria de Participación 1757 de 2015.

Para que el modelo de relacionamiento funcione adecuadamente es necesario orientar la participación ciudadana, con énfasis en los ejes dos, tres y cuatro de la PPSS, enfocados en la RIAMP y la RPMS.

1. Empoderamiento de la ciudadanía y las organizaciones sociales en salud: es necesario el desarrollo de capacidades por parte de la ciudadanía para que logre cumplir un rol activo y el desarrollo pleno de la ciudadanía en salud. Se deben fortalecer todas las instancias formales y autónomas que desarrollen procesos participativos para impulsar la incidencia, exigencia y decisión en el marco de la gestión de las políticas, planes y programas en salud.
2. Impulso a la cultura de la salud: fomentar el desarrollo de la apropiación de la salud en la vida cotidiana y en el ejercicio del cuidado (colectivo) y del autocuidado (individual) como elemento esencial para el cumplimiento del derecho a la salud.
3. Control social en salud: el control ciudadano sobre los recursos públicos, las instituciones y los actores del sistema es un elemento crucial para la garantía del derecho a la salud y para que la ciudadanía apropie de manera significativa la construcción social de la salud. Por ende, se requiere el fortalecimiento explícito del control social y las veedurías ciudadanas en salud.

Tabla 3. Estrategias fortalecimiento de la participación social

Estrategias fortalecimiento de la participación social	PP	EAPB	SECRETARÍAS DE SALUD	MSPS
Desarrollar una estrategia masiva de información y capacitación a los usuarios orientado a mejorar su participación en la implementación de las RIAs, no solo como usuarios de las mismas, sino como gestores, veedores y garantes del buen funcionamiento.	x		x	
Crear espacios comunitarios específicos, como subcomisiones de los comités de participación enfocados a la participación de la comunidad en la gestión integral de las RIAs.	x			
Formular estrategias de implementación de las RIAs con enfoque diferencial, dando participación efectiva a los diferentes grupos poblacionales en la planeación y operación de las RIAs con adecuación sociocultural.	x	x	x	
Utilización de las tecnologías de la información y la comunicación, incluidas las redes sociales para mantener un contacto permanente con los usuarios, para escuchar su voz y tomar acciones de mejoramiento basados en las necesidades reales de los usuarios.	x	x	x	

Fuente: Elaboración propia

5.3.1.4

COORDINACIÓN Y COMUNICACIÓN EFECTIVA

Este componente fortalece el proceso de relacionamiento y especialmente en los espacios de concertación, como por ejemplo las mesas de trabajo entre diferentes actores, en los cuales se deben potenciar las habilidades de liderazgo de cada uno.

La comunicación es la base del entendimiento. Juega un papel muy importante lograr lo que se conoce como “las cinco C de la comunicación efectiva”: comunicación, coordinación, complementariedad, confianza y compromiso. Si se analiza con detenimiento cada una de estas, el resultado final sería lograr reglas claras de trabajo y herramientas para cada uno de los actores.

La primera comunica los pilares del trabajo colaborativo, para que los objetivos se hagan de la manera correcta, eficiente y con buen ambiente. Con la segunda se da una articulación armónica entre los actores; la figura de liderazgo se encarga de la coordinación de los objetivos conociendo con profundidad cada uno de ellos. La tercera busca fomentar las habilidades blandas de los integrantes y fortalecerlas para poder lograr los objetivos propuestos. La cuarta facilita la agilidad, transparencia y ganancia en el tiempo para cada actor; y la quinta genera que todas las personas crezcan unidas mejorando así la comunicación entre todas las partes.

La coordinación entre los actores es imprescindible para el logro de los resultados en salud, razón por la cual es imperativo conocer el proceso general de la gestión de las RIAS, como se ve en la figura 5 que se presenta más adelante. Las interacciones entre los actores durante las etapas de planeación, formulación y adopción, ejecución, monitoreo y plan de ajuste son complejas y requieren por lo tanto una coordinación muy efectiva.

El objetivo de la Figura 5 es ejemplificar de forma simple las interacciones que se dan entre los actores durante el proceso requerido para que las atenciones lleguen a las personas. En la etapa de planeación, formulación y adopción, participa el MSPS en el desarrollo de las RIAS, los actos administrativos y la asistencia técnica a los demás actores del sistema. Los entes territoriales deben hacer análisis de la situación en cada uno de sus territorios, identificando las características de la población, se deben identificar las atenciones complementarias, realizar la adecuación sociocultural e identificar las ofertas de servicios requerida de forma conjunta con las EAPB.

Las EAPB también participan en la etapa de planeación. Estas instituciones tienen a su cargo la caracterización de riesgo de la población afiliada por cada uno de los territorios, la identificación de las necesidades de la población y, con base a lo anterior, definir las redes de servicios que se van a utilizar. En un trabajo conjunto entre las EAPB y las IPS se deben hacer los acuerdos de voluntades para las atenciones. Las IPS deben tener habilitados los servicios ofertados y deben contar con las condiciones técnico científicas requeridas para la atención según los acuerdos pactados con las EAPB. Para garantizar una buena planeación desde las IPS, es necesario que las EAPB compartan información de la caracterización de los usuarios, la cantidad, las redes de apoyo y los flujos de información que se deben mantener con las EAPB.

En la ejecución de las RIAS, las IPS son las encargadas de la prestación de los servicios, brindar información a las EAPB, las ET y MSPS. Además, deben direccionar a las personas, familias y comunidades para la prestación de servicios, por lo cual deben contar con procesos de referencia y contra referencia o canalización las atenciones descritas en las RIAS.

Durante la ejecución de las RIAS se llevan a cabo procesos de monitoreo y evaluación que buscan identificar brechas entre lo esperado y lo ejecutado, el cumplimiento de las metas en indicadores en salud y seguimiento de los datos.

El actor que más datos genera son los prestadores de servicios de salud. Sin embargo, todos los actores deben hacer evaluación de estos indicadores. En este proceso de monitoreo y evaluación se deben realizar mesas de trabajo, asesorías técnicas de parte del MSPS, las Secretarías de Salud, las EAPB y los Prestadores de Salud. El objetivo de estas es realizar trabajos colaborativos para identificar causas y que ajustes se requieran para el proceso.

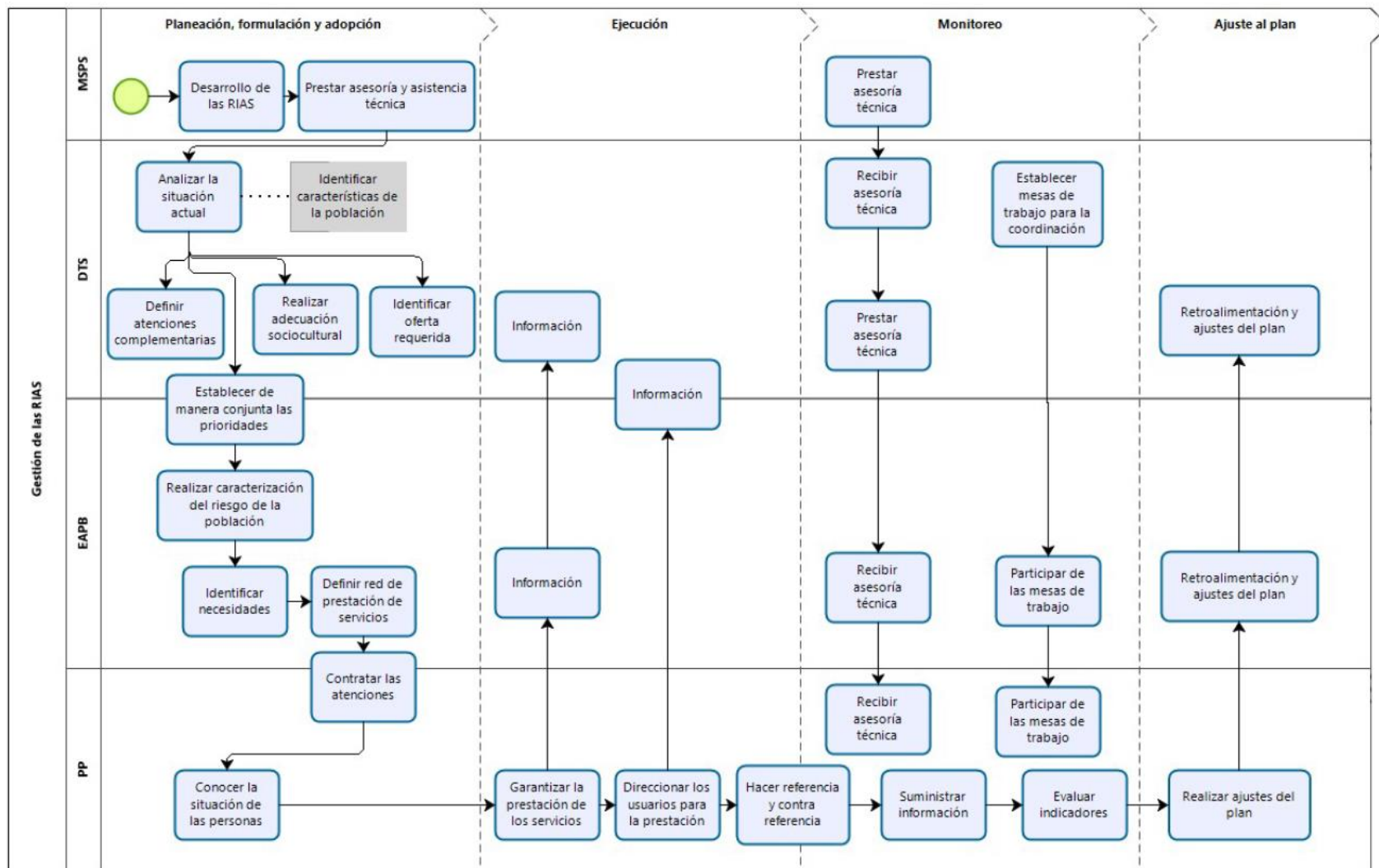
La última etapa es realizar ajustes. Esta fase, como todas las anteriores son cíclicas y vuelven a la planeación. Esto generará un mejoramiento continuo de la implementación de las RIAS y al mejoramiento continuo de los indicadores en salud de la Población.

Tabla 4. Estrategias para la coordinación y comunicación asertiva

Estrategias para la coordinación y comunicación asertiva	PP	EAPB	SECRETARÍAS DE SALUD	MSPS
Creación de espacios de coordinación formales para la planeación, implementación y evaluación de las RIAS (mesas de trabajo, comités de seguimiento, mesas de resolución de conflictos, etc). En estos espacios deben participar los prestadores, las EAPB, la comunidad y la Secretaría de Salud. Debe haber canales de comunicación explícitamente definidos, con reglas claras y mecanismos de operación concertados.	x			
Desarrollar una estrategia masiva de información y capacitación a los usuarios orientado a mejorar su participación en la implementación de las RIAS, no solo como usuarios de las mismas, sino como gestores, veedores y garantes del buen funcionamiento.	x			
Fortalecer el liderazgo de las Direcciones Territoriales de Salud para que ejerzan con competencia su responsabilidad de articular las acciones en el territorio, lograr consensos y solucionar conflictos entre los actores.			x	x
Desarrollar matrices de comunicación en donde se establezcan por cada actor lo que se debe comunicar, cuándo, a quién, cómo y qué se comunica específicamente. Esta matriz, permitirá tener claro los aspectos relacionados con los envíos de la información, los tiempos y la forma de hacerlo. Los actores pueden desarrollar las matrices de forma conjunta para estandarizar el proceso de comunicación y evitar reprocesos en el tráfico de información. En el Anexo 3, se presenta un ejemplo de la matriz que se puede llegar a estandarizar entre los actores para el buen funcionamiento de las RIAS.	x			

Fuente: Elaboración propia

Figura 5. Gestión de las RIAS



Fuente: Elaboración propia

5.3.1.5 MONITOREO Y EVALUACIÓN

El proceso de relacionamiento entre los actores del sistema debe contar con herramientas objetivas de seguimiento a los compromisos acordados. En ese sentido, contar con un sistema de monitoreo y evaluación a procesos y resultados es fundamental. El monitoreo permite hacer seguimiento al proceso y al cumplimiento de las metas, identificar oportunamente situaciones conflictivas y generar sugerencias de ajuste de manera oportuna.

La evaluación, por su parte, permite la formulación de conclusiones acerca de lo que se observa a una escala mayor, del diseño y sus impactos (Milburn, 2010). La evaluación es un instrumento clave para la mejora continua de la calidad de la atención y para posibilitar que la toma de decisiones incorpore elementos propios de la provisión de servicios, como la capacidad para identificar problemas, la capacidad diagnóstica, la gestión de pacientes y la utilización de servicios y recursos terapéuticos, así como su conformidad con los criterios de referencia, la aceptación por parte de la población de la atención recibida, la comprensión por los pacientes de su situación y perspectivas y el grado de concordancia entre sujetos de atención y profesionales (Villalbí et al., 2003). Específicamente, frente al relacionamiento, permite evidenciar el cumplimiento final de los compromisos tanto de gestión como de resultados.

Como elemento de relacionamiento efectivo, el proceso de monitoreo y evaluación es el lugar en el que las partes se encuentran para determinar el ajuste o no que se debe dar al proceso, y frente al cumplimiento de lo establecido en los acuerdos de voluntades. Un proceso de monitoreo y evaluación debe tener como objetivo el mejoramiento permanente de la gestión y, por lo tanto, debe basarse en metodología acordadas entre las partes y basada en estándares previamente definidos. El monitoreo y evaluación no pueden basarse en proceso punitivos, pues estos no crean confianza. Por supuesto, la gestión implica cumplimiento de responsabilidades y compromisos, pero en una relación de confianza el análisis de logros y resultados debe hacerse con base en información objetiva y evidencias debidamente soportados que propicien respuestas orientadas al mejoramiento continuo.

Es necesario crear metodologías, desarrollar instrumentos y fortalecer capacidades que faciliten la interacción entre las partes comprometidas en el proceso de implementación de las RIAS de manera que el proceso de monitoreo y evaluación sea un punto de encuentro entre las partes alrededor de un propósito común y no un punto de conflicto y confrontaciones de poder.

Tabla 5. Estrategia para el monitoreo y evaluación

Estrategia para el monitoreo y evaluación	PP	EAPB	SECRETARÍAS DE SALUD	MSPS
Implementación de una sala situacional de relacionamiento territorial, entendiendo esta como una metodología inserta en un proceso social para generar un proceso de análisis en el que se involucran diferentes actores del territorio y tendiente a promover decisiones y soluciones respecto al tema analizado. Se desarrolla en 4 momentos: <ul style="list-style-type: none"> • Momento 1: preparatorio (diagnóstico, observación o inventario de las necesidades y priorización) • Momento 2: Deliberativo de análisis con actores claves (priorización y capacitación) • Momento 3: deliberativo de construcciones de soluciones (propuesta y convocar) • Momento 4: monitoreo (acciones, mejora y retroalimentación) 			X	

Estrategia para el monitoreo y evaluación	PP	EAPB	SECRETARÍAS DE SALUD	MSPS
Revisar el menú de indicadores de las RPMS y RIAMP y evaluar no solo su pertinencia sino las fuentes de información para viabilizar la operacionalización y uso de los mismos.	x	x	x	x
Desarrollar herramientas tecnológicas, tipo tablero de mando, para uso de los prestadores que apoye el proceso de seguimiento a los acuerdos y compromisos tanto asistenciales, como administrativos, teniendo en cuenta que la calidad de los datos dependerá del prestador primario	x	x	x	x

Fuente: Elaboración propia

5.3.2 COMPONENTES ESTRUCTURALES

5.3.2.1 FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN TERRITORIAL

Desde la intencionalidad que se plantea de la PAIS, el enfoque territorial es una condición fundamental. La gestión territorial implica crear condiciones que no son solo de carácter operacional. En el análisis que se realizó con distintos actores surgieron dos temas muy álgidos que deberían ser resueltos para lograr un enfoque de la gestión con enfoque territorial. Como podrá observarse, son alternativas que requieren largos períodos de discusión y modificaciones en el orden legislativo.

El tema del reordenamiento territorial para salud es necesario para optimizar no solo las formas de intervención, sino para adecuar esas intervenciones a contextos de homogeneidad territorial. El MSPS viene desarrollando propuestas normativas de orden gubernativo que podrían iniciar esas transformaciones. Adicionalmente, habría que tramitar reformas de carácter legislativo, lo que tomaría un tiempo. Temas como la regionalización, la revisión de la capacidad de los municipios para gestionar la salud y la necesidad de fortalecer las capacidades de IVC de los entes departamentales.

En el diagnóstico realizado durante la primera etapa del proyecto, los actores consideraron que la forma en que se asignan los recursos y su efectiva utilización son factor clave para lograr una adecuada operación de las RIAS. Surge como una necesidad revisar las fuentes y mecanismos de asignación de recursos a los territorios y a los prestadores para la operación de las RIAS. Es reconocida la necesidad de apalancar los recursos de las acciones colectivas y las individuales, sobre todo en el nivel del prestador primario y en el territorio municipal. Se deben evaluar las diversas alternativas que se han propuesto y hacer los ajustes que sean requeridos.

Tabla 6. Estrategias para fortalecimiento de la gestión territorial

Estrategias para fortalecimiento de la gestión territorial	PP	EAPB	SECRETARÍAS DE SALUD	MSPS
Desarrollar una propuesta vía gubernamental o legislativa (si es del caso) de revisión del ordenamiento territorial para el sector salud, que incluya entre otras medidas orientadas a mejorar la gestión con enfoque territorial, la revisión de responsabilidades y competencias de las Secretarías de Salud, creación y operación de regiones y subregiones sanitarias, fortalecimiento de fuentes de financiamiento de las intervenciones colectivas y de promoción y prevención.				x

Estrategias para fortalecimiento de la gestión territorial	PP	EAPB	SECRETARÍAS DE SALUD	MSPS
Implementación efectiva de las redes integradas e integrales de prestación de servicios, con enfoque territorial, bajo la coordinación de EAPB que tengan también ese carácter.		x		

Fuente: Elaboración propia

5.3.2.2 UNIFICACIÓN E INTEROPERABILIDAD DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN

La información es esencial para lograr un relacionamiento efectivo entre los actores, haciéndose necesario un sistema único e interoperable. Como lo define la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2022), “el acceso y la cobertura universal en salud, se deben fortalecer mediante sistemas interconectados, integrados e interoperables, que garanticen el acceso eficaz y eficiente a datos de calidad, información estratégica y herramientas de TIC para la toma de decisiones y el bienestar”.

Unificar un sistema de información es integrar datos provenientes de diferentes fuentes, estandarizar los flujos de información, evitar duplicidades y contar con ellos en tiempo real. La unificación permite contar con una información fiable con la que se puedan establecer objetivos comunes, planificar y evaluar.

De igual manera, como lo define la Ley 2015 de 2020 (Presidencia de la República, 2020), la interoperabilidad es la capacidad que tienen varios sistemas o componentes para hacer un intercambio de información, que esté disponible y que sea accesible desde cualquier punto de la red asistencial en la que sea requerida, que se garantice la coherencia y calidad de los datos y el subsecuente beneficio para la continuidad asistencial y la seguridad del paciente. Es necesaria la interoperabilidad de todas las bases de datos que permita contar con la información disponible para hacer la planificación efectiva de las acciones de salud y hacer el monitoreo y evaluación en tiempo real, poniendo a disposición de todos los actores, la misma información.

La información confiable es la base de un equilibrio en los procesos de negociación, concertación y posteriormente en la fase de seguimiento a compromisos frente a procesos y resultados. Se debe, además, fortalecer a los equipos de trabajo, actualizar la infraestructura tecnológica, garantizar la conectividad, fomentar una cultura de análisis de datos, asegurar la calidad, seguridad y disponibilidad de los datos, todos estos elementos son esenciales en la gestión de la información, que apoye a la toma de decisiones confiables.

Para esto se desarrollan las siguientes estrategias:

Tabla 7. Estrategias de unificación e interoperabilidad de los sistemas de información

Estrategias de unificación e interoperabilidad de los sistemas de información	PP	EAPB	SECRETARÍAS DE SALUD	MSPS
Interoperabilidad de la historia clínica. Esta es un asunto que se reguló en la ley 2015 del 2020, por medio del cual se crea la historia clínica electrónica interoperable y se dictan otras disposiciones. La ley determina que el plazo para la implementación es de cinco (5) años contados a partir del 31 de mayo del 2020 y es de obligatorio cumplimiento en los requisitos de habilitación para las IPS. Para poner en marcha esta estrategia, es menester que se regulen algunos puntos tales como: datos relevantes, términos de implementación, reglamentación de la historia clínica y financiamiento.				x
Construir un sistema de información que se pueda implementar de manera offline, permitiendo la captura de información de diferentes formas tanto físico como web. Esta herramienta deberá integrar todos los entornos en los que transcurre la vida (comunitario, familiar, educativo, laboral e institucional), así como los procesos gestión en las diferentes áreas, actas de IVC, historia clínica, RIPS, SIVIGILA, y demás bases de datos que se puedan consolidar, con el fin de tener todo en un solo sistema. Esto permitirá una gestión oportuna de indicadores, generación de informes, seguimiento en tiempo real, oportunidad en la atención, basados en un sistema de gestión del riesgo.				x
Estructurar una mesa nacional interinstitucional, con apoyo de la cooperación internacional, para la creación de un sistema único de información en salud. Se deben asignar recursos específicos para esto y definir una meta no mayor a cinco años para tener el sistema funcionando				x
Apoyar la transición en los prestadores hacia el uso de sistemas de información escalables para el manejo de la información interna, con el fin de facilitar la gestión, integralidad y generación de informes, pasar de usar herramientas tipo Excel a sistemas de información o administradoras de bases de datos		x	x	x
Fortalecimiento del prestador primario para la generación de datos con calidad y confiables de manera oportuna	x			

Fuente: Elaboración propia

5.4 RUTA DE IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO

Poner en ejecución el Modelo de Relacionamiento propuesto implica el compromiso de todos los actores involucrados. Por lo tanto, el desarrollo del conjunto de estrategias propuestas debe obedecer a una acción intencionada liderada desde el MSPS, como cabeza del sistema de salud.

En las discusiones con los actores tanto del orden nacional, como territorial, hubo consenso sobre la pertinencia de las estrategias que deben desarrollarse. Sin embargo, en un ejercicio de priorización 18 de ellas fueron categorizadas como las de mayor prioridad, lo que no significa que las otras no deban desarrollarse. En ese sentido, el concepto de prioridad debe entenderse como la identificación de un conjunto de estrategias, que en un ejercicio de análisis de viabilidad y factibilidad hubiese que decidir por cuáles empezar, esas seleccionadas deberían ser las priorizadas.

La priorización se realizó durante el pilotaje en los territorios. Para realizar esta priorización se entregó a los asistentes un instrumento que incluye el listado de las 30 estrategias distribuidas en los 7 componentes del modelo. Los asistentes debían poner una x en el actor que consideraran era el responsable de implementar la estrategia y debían calificar de 0 a 5 el nivel de importancia que consideraran tiene esta estrategia.

La matriz de priorización fue diligenciada por 31 grupos de participantes. Con el diligenciamiento de esta matriz se identificaron los actores que deberían participar en el desarrollo de cada estrategia y además el grado de importancia que tenía ese actor en su implementación. Para llegar a los resultados, los grupos de trabajo determinaron a cuál de los actores le aplica la estrategia y calificaron de 0 a 5 cada estrategia, siendo 0 la calificación más baja y 5 la más alta. Una vez se obtuvieron las respuestas de los 31 grupos de trabajo, se consolidaron en una matriz (Anexo 4) y se priorizaron las estrategias siguiendo dos criterios: i) que más del 70% de los grupos consideren que le aplica a un actor y ii) que el promedio de calificación sea superior o igual a 4.

De acuerdo con los criterios anteriores, de 30 estrategias presentadas quedaron priorizadas 18. Como se dijo al inicio de esta sección, el concepto de prioridad debe entenderse como la identificación de un conjunto de estrategias, que en un ejercicio de análisis de viabilidad y factibilidad hubiese que decidir por cuáles empezar, las 18 seleccionadas deberían ser las priorizadas.

Para facilitar el proceso de implementación del Modelo de Relacionamiento, en las tablas que se presentan a continuación (Tabla 1 y Tabla 2), se ordenan las estrategias en dos categorías: Estrategias prioridad 1 y Estrategias prioridad 2. La primera categoría corresponde a las que, en el proceso de priorización, fueron identificadas como aquellas cuya implementación debe iniciarse de manera inmediata y las de categoría 2, aquellas que pudieran desarrollarse en una fase II.

En las tablas se presentan las estrategias en orden de priorización, y para cada una, el punto crítico a resolver, el componente al que hace referencia, el actor responsable, y el espacio de tiempo que se estima para su ejecución. Se propone una categorización del plazo de ejecución de la siguiente forma:

1. Corto plazo Menos de un año
2. Mediano plazo Entre uno y dos años
3. Largo plazo Más de dos años

Se recomienda que para la implementación del Modelo de Relacionamiento se lleve a cabo mediante las siguientes acciones:

1. Formalización del documento Modelo de Relacionamiento por parte del MSPS, como un documento técnico tipo: *Lineamientos para el relacionamiento de los actores, con énfasis en el prestador Primario, para la implementación de las Rutas de Atención Materno Perinatal y de Promoción y Mantenimiento de la Salud.*
2. Designación de una dependencia que lideré el proceso de implementación del Modelo al interior del MSPS.
3. Socialización del Modelo con las Secretarías de Salud, EAPB y Prestadores de Servicios de Salud.
4. Formulación de un plan de implementación del modelo, de acuerdo con la priorización y plazos de ejecución propuestos. Este plan, siguiendo la lógica de la estructura del sistema de salud, deberá desplegarse en el ámbito nacional, territorial e institucional (EAPB e IPS). Es importante considerar la posibilidad de implementar el modelo por fases territoriales, iniciando con un pilotaje en las

ciudades que hicieron parte del proceso de diagnóstico y diseño de este Modelo, y a partir de las lecciones aprendidas hacerle ajustes para la posterior expansión al territorio nacional.

5. Identificación y asignación de recursos para la implementación del plan, con énfasis en aquellos que se requieren para las estrategias de fortalecimiento de capacidades técnicas, tecnológicas, de infraestructura y del talento humano de los prestadores primarios.
6. Desarrollar un plan de capacitación, con énfasis en los prestadores primarios poniendo en ejecución el curso de capacitación para mejoramiento de la gestión de líderes, que se diseñó como parte integral de este modelo.
7. Poner a disposición de los prestadores primarios las diferentes herramientas que acompañan este modelo y que han sido diseñadas previamente por el MSPS o por las agencias de cooperación internacional, incluyendo la herramienta tipo Tablero de Mando para el Monitoreo y Evaluación de los compromisos de relacionamiento, que hace parte de este Modelo.
8. Establecer un mecanismo de seguimiento al plan de implementación del modelo, que permita ir haciendo las adaptaciones requeridas acorde con los cambios que se puedan dar en la estructura, organización y funcionamiento del sistema de salud.

Desde la perspectiva de sostenibilidad es importante que el Modelo quede insertado en el marco normativo y de políticas del sistema de salud. En ese sentido, el modelo de relacionamiento entre los actores del sistema para la implementación de las RIAS que se propone en este documento tiene consonancia con la Visión de Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, en el que se hace énfasis en la articulación entre los actores como un requisito para lograr la acción e incidencia sobre los determinantes sociales de la salud:

“A 2031, con la ejecución del Plan Decenal de Salud Pública, el país habrá avanzado en la garantía del derecho fundamental a la salud y la mejora del bienestar y calidad de vida de los habitantes del territorio colombiano, mediante la incidencia sobre los determinantes sociales de la salud a través de la acción intersectorial, territorial, institucional y social de forma articulada, diferencial y sostenible”.

Por otro lado, independientemente de que se hagan ajustes estructurales al sistema de salud, el relacionamiento entre los actores será la base una atención integral que es un propósito general de todos los sistemas de salud, por lo tanto, el modelo de relacionamiento seguirá siendo pertinente y válido, obviamente su sostenibilidad dependerá de la voluntad del Ministerio, pues los actores territoriales lo encuentran importante y necesario.

Un tema muy sensible que se evidenció en la interacción con los diferentes actores es el contractual. Es importante continuar en el proceso de definición de reglas claras para establecer la relación contractual, en el marco del concepto de “acuerdo de voluntades” en el que ha venido evolucionando este aspecto y que tuvo un avance importante con la formulación del Decreto 441 de 2022, por el cual se regulan los acuerdos de voluntades “entre las entidades responsables de pago y los prestadores de servicios de salud o proveedores de tecnologías en salud[...]”. Este decreto ha generado muchas expectativas en los actores del sistema, especialmente en los prestadores y por lo tanto su reglamentación e implementación debería continuarse.

Finalmente, dado que uno de los objetivos de Comunidades Saludables es apoyar el desarrollo de capacidades del sistema de salud colombiano para atender integralmente a la población migrante, la población colombiana retornada y las comunidades de acogida, es muy importante hacer énfasis en el proceso de inserción de la población migrante venezolana en el SGSSS garantizando su afiliación. Esta es la vía para lograr plenos derechos en la atención. En el proceso de desarrollo de este Modelo de

Relacionamiento, se evidenció que la atención de la población no afiliada está más expuesta a riesgos de tener una atención fragmentada, discontinua o inoportuna.

Se debe por lo tanto avanzar en la implementación de las estrategias definidas en la Circular 035 de 2022 que establece que en el marco de los principios de coordinación, concurrencia, complementariedad y subsidiariedad los departamentos y, distritos generen una hoja de ruta que considere cinco (5) líneas estratégicas para el fortalecimiento de la inclusión y atención de la población migrante venezolana en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, a saber (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022):

1. Inclusión al aseguramiento en salud.
2. Fortalecimiento de la oferta y mejoramiento del acceso a los servicios de salud para garantizar la atención de los migrantes.
3. Inclusión de la población migrante en las estrategias y programas de salud pública e intervenciones colectivas en el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031.
4. Financiamiento.
5. Articulación con la Estrategia de Cooperación y Relaciones Internacionales del Sector Salud y Protección Social de Colombia.

Tabla 8. Estrategias categorizadas en nivel de prioridad I

Estrategias					
Prioridad	Estrategia	Punto Crítico	Componente	Plazo de Ejecución	Actor Responsable
1	Creación de espacios de coordinación formales para la planeación, implementación y evaluación de las RIAS (mesas de trabajo, comités de seguimiento, mesas de resolución de conflictos, etc). En estos espacios deben participar los prestadores, las EAPB, la comunidad y la Secretaría de Salud. Debe haber canales de comunicación explícitamente definidos, con reglas claras y mecanismos de operación concertados	Desconfianza entre los actores Deficiencias en los procesos de información y comunicación a la ciudadanía	Coordinación y Comunicación Efectiva	Corto plazo	PP
2	Actualizar el inventario de Herramientas para apoyo de la gestión del prestador primario y para la implementación de las RIAS. Hacer un consolidado de estas herramientas y desarrollar un plan de socialización, validación, capacitación y entrenamiento en el uso de ellas.	Deficiencias en sistemas únicos de información costos y facturación Déficit de capacidades institucionales y de gestión del prestador primario Deficiencias específicas en la formación del talento humano Alta frecuencia de rotación del talento humano	Desarrollo de Capacidades Institucionales y del talento humano en salud	Mediano plazo	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, SECRETARÍAS DE SALUD
3	Articulación con el Ministerio de Educación y las Instituciones de Educación Superior formadoras de talento humano en salud para revisar los perfiles profesionales y acordar estrategias conjuntas para mejorar las competencias de los egresados para operar bajo los requerimientos del contexto sectorial y social del país. Esto debe hacerse desde el contexto de la planificación territorial basado en la identificación de necesidades y articulación intersectorial.	Deficiencias en sistemas únicos de información costos y facturación Déficit de capacidades institucionales y de gestión del prestador primario Deficiencias específicas en la formación del talento humano Alta frecuencia de rotación del talento humano	Desarrollo de Capacidades Institucionales y del talento humano en salud	Mediano plazo	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Estrategias					
Prioridad	Estrategia	Punto Crítico	Componente	Plazo de Ejecución	Actor Responsable
4	Creación de una escuela para el desarrollo profesional permanente del talento humano en salud. Esta escuela debe crearse orientada a complementar el proceso formativo del talento humano en salud, en lo relacionado con su actuar en el sistema de salud, acorde con las necesidades específicas y elementos del contexto. Deben acogerse las nuevas metodologías de educación como la virtualidad y se debe orientar no solo al desarrollo de competencias duras, sino también blandas tanto en lo técnico, como o administrativo	Deficiencias en sistemas únicos de información costos y facturación Déficit de capacidades institucionales y de gestión del prestador primario Deficiencias específicas en la formación del talento humano Alta frecuencia de rotación del talento humano	Desarrollo de Capacidades Institucionales y del talento humano en salud	Corto plazo	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
5	Desarrollar una política integral de incentivos para el talento humano en salud que propicie la disminución de la alta rotación existente. La política debe contemplar la estabilización de las relaciones laborales, la política salarial y otros tipos de incentivos no centrados en lo económico.	Deficiencias en sistemas únicos de información costos y facturación Déficit de capacidades institucionales y de gestión del prestador primario Deficiencias específicas en la formación del talento humano Alta frecuencia de rotación del talento humano	Desarrollo de Capacidades Institucionales y del talento humano en salud	Mediano plazo	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
6	Fortalecer la capacidad de gestión de las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales. En el contexto del Plan Decenal de Salud de Salud Pública 2022-2031, sus ejes estratégicos y su enfoque en gestión territorial, desarrollar un plan de evaluación de las capacidades, identificación de brechas y desarrollo de un plan de fortalecimiento de las capacidades de los territorios con énfasis en la capacidad del ejercicio de funciones de IVC y asistencia técnica a los actores del sistema para la implementación de las RIAS.	Deficiencias en sistemas únicos de información costos y facturación Déficit de capacidades institucionales y de gestión del prestador primario Deficiencias específicas en la formación del talento humano Alta frecuencia de rotación del talento humano	Desarrollo de Capacidades Institucionales y del talento humano en salud	Mediano plazo	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Estrategias					
Prioridad	Estrategia	Punto Crítico	Componente	Plazo de Ejecución	Actor Responsable
7	Fortalecimiento de la asistencia técnica como herramienta complementaria al proceso de capacitación. La asistencia técnica debe orientarse al mejoramiento de los procesos en el terreno y debe ser responsabilidad tanto de las EAPB, como de las Secretarías de Salud que deben fortalecerse para ejercer esta labor. La asistencia técnica debe ser fruto de un proceso de planificación con una visión integral de las problemáticas territoriales. En la medida de lo posible, el MSPS debe de manera virtual o presencial en ocasiones, estar presente para la orientación de todos los actores y no dejar desviar el rumbo.	Deficiencias en sistemas únicos de información costos y facturación Déficit de capacidades institucionales y de gestión del prestador primario Deficiencias específicas en la formación del talento humano Alta frecuencia de rotación del talento humano	Desarrollo de Capacidades Institucionales y del talento humano en salud	Corto plazo	EAPB SECRETARÍAS DE SALUD
8	Fortalecimiento de las condiciones de infraestructura física y tecnológica de los prestadores primarios. Esto significa hacer un inventario de las necesidades que tiene el prestador primario, para garantizar una adecuada resolutiveidad en el marco de los requerimientos para la implementación de las RIAS y hacer un plan de financiamiento y desarrollo de los prestadores primarios. Ese plan debe incluir no solo el fortalecimiento de tecnologías asistenciales, sino también de apoyo logístico y administrativo, incluyendo garantía de conectividad	Deficiencias en sistemas únicos de información costos y facturación Déficit de capacidades institucionales y de gestión del prestador primario Deficiencias específicas en la formación del talento humano Alta frecuencia de rotación del talento humano	Desarrollo de Capacidades Institucionales y del talento humano en salud	Largo plazo	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y SECRETARÍAS DE SALUD DEPARTAMENTAL Y DISTRITAL
9	La conformación y mantenimiento de los gestores comunitarios es una estrategia fundamental en el marco del modelo de atención centrado en el usuario y con la APS como eje fundamental. Una política de identificación, selección, formación y soporte a los gestores comunitarios siendo estos “una persona de la comunidad que en	Deficiencias en sistemas únicos de información costos y facturación Déficit de capacidades institucionales y de gestión del prestador primario Deficiencias específicas en la formación del talento humano Alta frecuencia de rotación del talento humano	Desarrollo de Capacidades Institucionales y del talento humano en salud	Corto plazo	PP

Estrategias					
Prioridad	Estrategia	Punto Crítico	Componente	Plazo de Ejecución	Actor Responsable
	zonas dispersas podrá apoyar el desarrollo de intervenciones específicas de las RIAS”				
10	Implementación efectiva de las Redes integradas e integrales de prestación de servicios, con enfoque territorial, bajo la coordinación de EAPB que tengan también ese carácter	Falta de articulación y de enfoque territorial en la implementación de las RIAS Cambios normativos que generan confusión	Fortalecimiento de la Gestión Territorial	Mediano plazo	EAPB
11	Desarrollar una estrategia masiva de información y capacitación a los usuarios orientado a mejorar su participación en la implementación de las RIAS, no solo como usuarios de las mismas, sino como gestores, veedores y garantes del buen funcionamiento.	Déficit de espacios para construcción colectiva	Fortalecimiento de la Participación social	Corto plazo	PP SECRETARÍAS DE SALUD
12	Formular estrategias de implementación de las RIAS con enfoque diferencial, dando participación efectiva a los diferentes grupos poblacionales en la planeación y operación de las RIAS con adecuación sociocultural	Déficit de espacios para construcción colectiva	Fortalecimiento de la Participación social	Corto plazo	PP EAPB SECRETARÍAS DE SALUD
13	Utilización de las tecnologías de la información y la comunicación, incluidas las redes sociales para mantener un contacto permanente con los usuarios, para escuchar su voz y tomar acciones de mejoramiento basados en las necesidades reales de los usuarios	Déficit de espacios para construcción colectiva	Fortalecimiento de la Participación social	Corto plazo	PP EAPB SECRETARÍAS DE SALUD
14	Fortalecer los sistemas de costos y facturación de los prestadores primarios	Desarticulación de las acciones individuales y colectivas Incumplimiento a los compromisos de pago	Gestión Eficiente del Proceso de Contratación	Corto plazo	PP

Estrategias					
Prioridad	Estrategia	Punto Crítico	Componente	Plazo de Ejecución	Actor Responsable
15	<p>Implementación de una sala situacional de relacionamiento territorial, entendiendo esta como una metodología, inserta en un proceso social, para generar un proceso de análisis en el que se involucran diferentes actores del territorio, tendiente a promover decisiones y soluciones respecto al tema analizado, desarrollada en 4 momentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Momento 1: preparatorio (diagnóstico, observación o inventario de las necesidades y priorización) • Momento 2: deliberativo de análisis con actores claves (priorización y capacitación) • Momento 3: deliberativo de construcciones de soluciones (propuesta y convocar) • Momento 4: monitoreo (acciones, mejora y retroalimentación) 	Carencia de sistemas de monitoreo y evaluación de los compromisos de relacionamiento	Monitoreo y evaluación	Mediano plazo	SECRETARÍAS DE SALUD
16	Revisar el menú de indicadores de las RPMS y RIMP y evaluar no solo su pertinencia sino las fuentes de información para viabilizar la operacionalización y uso de los mismos.	Carencia de sistemas de monitoreo y evaluación de los compromisos de relacionamiento	Monitoreo y evaluación	Corto plazo	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, EAPB SECRETARÍAS DE SALUD Y PP
17	Estructurar una mesa nacional interinstitucional, con apoyo de la cooperación internacional para la creación de un sistema único de información en salud. Se deben asignar recursos específicos para esto y definir una meta no mayor a cinco años para tener el sistema funcionando	Asimetría de información entre prestadores y aseguradores	Unificación e interoperabilidad de los sistemas de información	Corto plazo	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Estrategias					
Prioridad	Estrategia	Punto Crítico	Componente	Plazo de Ejecución	Actor Responsable
18	Fortalecimiento del prestador primario para la generación de datos con calidad y confiables de manera oportuna	Asimetría de información entre prestadores y aseguradores	Unificación e interoperabilidad de los sistemas de información	Corto plazo	PP

Fuente: Elaboración propia

Tabla 9. Estrategias categorizadas en nivel de prioridad 2

Estrategias					
Prioridad	Estrategia	Punto Crítico	Componente	Plazo de Ejecución	Actor Responsable
19	Desarrollar matrices de comunicación en donde se establezcan por cada actor lo que se debe comunicar, cuándo, a quién, cómo y qué se comunica específicamente. Esta matriz, permitirá tener claro los aspectos relacionados con los envíos de la información, los tiempos y la forma de hacerlo. Los actores pueden desarrollar las matrices de forma conjunta para estandarizar el proceso de comunicación y evitar reprocesos en el tráfico de información. En el Anexo 3, se presenta un ejemplo de la matriz que se puede llegar a estandarizar entre los actores para el buen funcionamiento de las RIAS	Desconfianza entre los actores Deficiencias en los procesos de información y comunicación a la ciudadanía	Coordinación y Comunicación Efectiva	Corto plazo	PP
20	Fortalecer el liderazgo de las Entidades Departamentales para que ejerzan con competencia su responsabilidad de articular las acciones en el territorio, lograr consensos y solucionar conflictos entre los actores.	Desconfianza entre los actores Deficiencias en los procesos de información y comunicación a la ciudadanía	Coordinación y Comunicación Efectiva	Largo plazo	SECRETARÍAS DE SALUD MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
21	Desarrollar un plan de capacitación enfocado en el personal directivo de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, orientado al desarrollo de competencias para la negociación.	Deficiencias en sistemas únicos de información costos y facturación Déficit de capacidades institucionales y de gestión del prestador primario Deficiencias específicas en la formación del talento humano Alta frecuencia de rotación del talento humano	Desarrollo de Capacidades Institucionales y del talento humano en salud	Mediano plazo	PP SECRETARIAS DE SALUD

Estrategias					
Prioridad	Estrategia	Punto Crítico	Componente	Plazo de Ejecución	Actor Responsable
22	Desarrollar una propuesta vía gubernamental o legislativa (si es del caso) de revisión del ordenamiento territorial para el sector salud, que incluya entre otras medidas orientadas a mejorar la gestión con enfoque territorial, la revisión de responsabilidades y competencias de las Secretarías de Salud, creación y operación de regiones y subregiones sanitarias, fortalecimiento de fuentes de financiamiento de las intervenciones colectivas y de promoción y prevención.	Falta de articulación y de enfoque territorial en la implementación de las RIAS Cambios normativos que generan confusión	Fortalecimiento de la Gestión Territorial	Largo plazo	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
23	Crear espacios comunitarios específicos, como subcomisiones de los comités de participación enfocados a la participación de la comunidad en la gestión integral de las RIAS.	Déficit de espacios para construcción colectiva	Fortalecimiento de la Participación social	Corto plazo	PP
24	Avanzar en el análisis de la pertinencia de contar con manuales únicos tarifarios para las RIAS. normogramas, minutas modelo o instructivos.	Desarticulación de las acciones individuales y colectivas Incumplimiento a los compromisos de pago	Gestión Eficiente del Proceso de Contratación	Largo plazo	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
25	Desarrollar estudios para generar propuestas de modificación de los mecanismos de financiamiento del prestador primario: subsidio a la oferta, fondos únicos locales u otros mecanismos que permitan corregir la fragmentación en el uso de los recursos y las atenciones.	Desarticulación de las acciones individuales y colectivas Incumplimiento a los compromisos de pago	Gestión Eficiente del Proceso de Contratación	Largo plazo	EAPB SECRETARÍAS DE SALUD MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
26	Desarrollar herramientas sencillas que apoyen al prestador primario en el proceso contractual en sus tres fases: precontractual, contractual y post contractual, tales como listas de chequeo, guías.	Desarticulación de las acciones individuales y colectivas Incumplimiento a los compromisos de pago	Gestión Eficiente del Proceso de Contratación	Corto plazo	MSPS
27	Desarrollar herramientas tecnológicas, tipo tablero de mando, para uso de los prestadores que apoye el proceso de seguimiento a los acuerdos y compromisos tanto asistenciales, como	Carencia de sistemas de monitoreo y evaluación de los compromisos de relacionamiento	Monitoreo y evaluación	Corto plazo	EAPB SECRETARÍAS DE SALUD MINISTERIO DE SALUD Y

Estrategias					
Prioridad	Estrategia	Punto Crítico	Componente	Plazo de Ejecución	Actor Responsable
	administrativos, teniendo en cuenta que la calidad de los datos dependerá del prestador primario.				PROTECCIÓN SOCIAL PP
28	Apoyar la transición en los prestadores hacia el uso de sistemas de información escalables para el manejo de la información interna, con el fin de facilitar la gestión, integralidad y generación de informes, pasar de usar herramientas tipo Excel a sistemas de información o administradoras de bases de datos	Asimetría de información entre prestadores y aseguradores	Unificación e interoperabilidad de los sistemas de información	Mediano plazo	EAPB SECRETARÍAS DE SALUD MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
29	Construir un sistema de información que se pueda implementar de manera offline, permitiendo la captura de información de diferentes formas tanto físico como web. Esta herramienta deberá integrar todos los entornos en los que transcurre la vida (comunitario, familiar, educativo, laboral e institucional), así como los procesos gestión en las diferentes áreas, actas de IVC, historia clínica, RIPS, SIVIGILA, y demás bases de datos que se puedan consolidar, con el fin de tener todo en un solo sistema, esto permitirá una gestión oportuna de indicadores, generación de informes, seguimiento en tiempo real, oportunidad en la atención, basados en un sistema de gestión del riesgo.	Asimetría de información entre prestadores y aseguradores	Unificación e interoperabilidad de los sistemas de información	Largo plazo	MSPS
30	Interoperabilidad de la historia clínica. Esta es un asunto que se reguló en la Ley 2015 del 2020, por medio del cual se crea la historia clínica electrónica interoperable y se dictan otras disposiciones. La Ley determina que el plazo para la implementación es de cinco (5) años contados a partir del 31 de mayo del 2020 y es de obligatorio cumplimiento en los requisitos de habilitación para las IPS. Para poner en marcha esta estrategia es menester que se regulen algunos puntos tales como; datos relevantes,	Asimetría de información entre prestadores y aseguradores	Unificación e interoperabilidad de los sistemas de información	Corto plazo	MSPS

Estrategias					
Prioridad	Estrategia	Punto Crítico	Componente	Plazo de Ejecución	Actor Responsable
	términos de implementación, reglamentación del a historia clínica y financiamiento.				

Fuente: Elaboración propia

5.5 HERRAMIENTAS

Desde el punto de vista operativo, la implementación de RIAS plantea una serie de desafíos operacionales y prácticos que exigen contar con instrumentos sencillos y prácticos que faciliten el quehacer institucional. Estos instrumentos van desde contar con formatos unificados para el registro y consolidación de información, hasta herramientas que permitan de manera fácil consultar la normatividad vigente o conocer los costos de producción de las intervenciones, para poder determinar tarifas o mecanismos para la contratación y poder hacer una adecuada concertación con las entidades contratantes.

El MSPS ha diseñado numerosas herramientas de diferente tipología como lineamientos, aplicaciones tecnológicas, documentos técnicos, entre otras que han sido desarrolladas con recursos propios o con el apoyo de la cooperación internacional. Es necesario que estas herramientas sean difundidas y puesta disposición de los actores del sistema, acompañadas de capacitación y asistencia técnica para lograr el uso efectivo por parte de ellos.

En el Anexo 5 se presenta un compilado de herramientas de apoyo al proceso de implementación del Modelo de Relacionamiento, que se hace a partir de un inventario realizado en el MSPS, incluyendo algunas que se están desarrollando a través de proyectos de cooperación internacional. El compilado no es exhaustivo y debe ser actualizado permanentemente, porque además las Secretarías de Salud, las EAPB y las IPS, tienen desarrollos que deberían difundirse a modo de fertilización cruzada para el Sistema.

5.6 LECCIONES APRENDIDAS / BUENAS PRÁCTICAS

Durante la construcción del modelo de relacionamiento, la estructuración de las capacitaciones y la construcción de la herramienta de monitoreo se ha identificado lo siguiente:

1. Es muy importante tener claridad sobre el producto esperado por todos los involucrados en el proyecto. El objetivo común es el principio fundamental para lograr el resultado del proyecto.
2. La importancia de un ambiente de confianza para la construcción colectiva.
3. Concertación para poder lograr los objetivos propuestos.
4. La estructura de todos los productos debe ser sencilla, amigable y concisa para que se convierta en una herramienta útil para los prestadores primarios. Si se hace muy compleja y larga, por las múltiples ocupaciones de las personas encargadas de la implementación se podría llegar a subutilizar.
5. Los encuentros presenciales de los actores son una estrategia de relacionamiento que genera confianza y cercanía.

5.7 RECOMENDACIONES

Las recomendaciones van enfocadas a incentivar el trabajo colaborativo, velando por un propósito común que es la atención de los usuarios en el marco de las RIAS.

Las recomendaciones por actor son producto de la priorización realizada en los 6 territorios y se recomienda que los actores trabajen en estas para mejorar el relacionamiento con los demás actores del sistema.

5.7.1 PARA EL ACTOR - PRESTADOR PRIMARIO

Desarrollo de Capacidades Institucionales y del talento humano en salud

- La conformación y mantenimiento de los gestores comunitarios es una estrategia fundamental en el marco del modelo de atención centrado en la persona y con la APS como eje fundamental. Una política de identificación, selección, formación y soporte a los gestores comunitarios siendo estos “una persona de la comunidad que en zonas dispersas podrá apoyar el desarrollo de intervenciones específicas de las RIAS”.

Fortalecimiento de la Participación social

- Desarrollar una estrategia masiva de información y capacitación a los usuarios orientado a mejorar su participación en la implementación de las RIAS, no solo como usuarios de las mismas, sino como gestores, veedores y garantes del buen funcionamiento.
- Utilización de las tecnologías de la información y la comunicación, incluidas las redes sociales para mantener un contacto permanente con los usuarios, para escuchar su voz y tomar acciones de mejoramiento basadas en las necesidades reales de los usuarios.
- Formular estrategias de implementación de las RIAS con enfoque diferencial, dando participación efectiva a los diferentes grupos poblacionales en la planeación y operación de las RIAS con adecuación sociocultural.

Gestión Eficiente del Proceso de Contratación

- Fortalecer los sistemas de costos y facturación de los prestadores primarios.

Unificación e interoperabilidad de los sistemas de información

- Fortalecimiento del prestador primario para la generación de datos con calidad y confiables de manera oportuna.

5.7.2 PARA EL ACTOR - EAPB

Desarrollo de Capacidades Institucionales y del talento humano en salud

- Fortalecimiento de la asistencia técnica como herramienta complementaria al proceso de capacitación. La asistencia técnica debe orientarse al mejoramiento de los procesos en el terreno y debe ser responsabilidad tanto de las EAPB, como de las Secretarías de Salud que deben fortalecerse para ejercer esta labor. La asistencia técnica debe ser fruto de un proceso de planificación con una visión integral de las problemáticas territoriales. En la medida de lo posible el MSPS debe de manera virtual o presencial en ocasiones, estar presente para la orientación de todos los actores y no dejar desviar el rumbo.

Fortalecimiento de la Gestión Territorial

- Implementación efectiva de las redes integradas e integrales de prestación de servicios, con enfoque territorial, bajo la coordinación de EAPB que tengan también ese carácter.

Fortalecimiento de la Participación Social

- Formular estrategias de implementación de las RIAS con enfoque diferencial, dando participación efectiva a los diferentes grupos poblacionales en la planeación y operación de las RIAS con adecuación sociocultural.
- Utilización de las tecnologías de la información y la comunicación, incluidas las redes sociales, para mantener un contacto permanente con los usuarios, para escuchar su voz y tomar acciones de mejoramiento basadas en las necesidades reales de los usuarios.

Monitoreo y evaluación

- Revisar el menú de indicadores de las RPMS y RIAMP y evaluar no solo su pertinencia sino las fuentes de información para viabilizar la operacionalización y uso de los mismos.

5.7.3 PARA EL ACTOR – SECRETARÍAS DE SALUD

Coordinación y Comunicación Efectiva

- Creación de espacios de coordinación formales para la planeación, implementación y evaluación de las RIAS (mesas de trabajo, comités de seguimiento, mesas de resolución de conflictos, etc.). En estos espacios deben participar los prestadores, las EAPB, la comunidad y la Secretaría de Salud quien lo liderará. Debe haber canales de comunicación explícitamente definidos, con reglas claras y mecanismos de operación concertados.

Desarrollo de Capacidades Institucionales y del talento humano en salud

- Fortalecimiento de las condiciones de infraestructura física y tecnológica de los prestadores primarios. Esto significa hacer un inventario de las necesidades que tiene el prestador primario, para garantizar una adecuada resolutivez en el marco de los requerimientos para la implementación de las RIAS y hacer un plan de financiamiento y desarrollo de los prestadores primarios. Ese plan debe incluir no solo el fortalecimiento de tecnologías asistenciales, sino también de apoyo logístico y administrativo, incluyendo garantía de conectividad.
- Actualizar el inventario de Herramientas para apoyo de la gestión del prestador primario y para la implementación de las RIAS, hacer un consolidado de estas herramientas y desarrollar un plan de socialización, validación, capacitación y entrenamiento en el uso de ellas.
- Fortalecimiento de la asistencia técnica como herramienta complementaria al proceso de capacitación. La asistencia técnica debe orientarse al mejoramiento de los procesos en el terreno y debe ser responsabilidad tanto de las EAPB, como de las Secretarías de Salud que deben fortalecerse para ejercer esta labor. La asistencia técnica debe ser fruto de un proceso de planificación con una visión integral de las problemáticas territoriales. En la medida de lo posible el MSPS debe de manera virtual o presencial en ocasiones, estar presente para la orientación de todos los actores y no dejar desviar el rumbo.

Fortalecimiento de la Participación social

- Desarrollar una estrategia masiva de información y capacitación a los usuarios orientado a mejorar su participación en la implementación de las RIAS, no solo como usuarios de las mismas, sino como gestores, veedores y garantes del buen funcionamiento.
- Formular estrategias de implementación de las RIAS con enfoque diferencial, dando participación efectiva a los diferentes grupos poblacionales en la planeación y operación de las RIAS con adecuación sociocultural.
- Utilización de las tecnologías de la información y la comunicación, incluidas las redes sociales, para mantener un contacto permanente con los usuarios, para escuchar su voz y tomar acciones de mejoramiento basadas en las necesidades reales de los usuarios.

Monitoreo y evaluación

- Implementación de una sala situacional de relacionamiento territorial, entendiendo esta como una metodología, inserta en un proceso social, para generar un proceso de análisis en el que se involucran diferentes actores del territorio, tendiente a promover decisiones y soluciones respecto al tema analizado, desarrollada en 4 momentos:

- Momento 1: preparatorio (diagnóstico, observación o inventario de las necesidades y priorización)
- Momento 2: deliberativo de análisis con actores claves (priorización y capacitación)
- Momento 3: deliberativo de construcciones de soluciones (propuesta y convocar)
- Momento 4: monitoreo (acciones, mejora y retroalimentación)"
- Revisar el menú de indicadores de las RPMS y RIAMP y evaluar no solo su pertinencia sino las fuentes de información para viabilizar la operacionalización y uso de los mismos.

5.7.4 PARA EL ACTOR – MSPS

Desarrollo de Capacidades Institucionales y del talento humano en salud

- Desarrollar una política integral de incentivos para el talento humano en salud que propicie la disminución de la alta rotación existente. La política debe contemplar la estabilización de las relaciones laborales, la política salarial y otros tipos de incentivos no centrados en lo económico.
- Fortalecimiento de las condiciones de infraestructura física y tecnológica de los prestadores primarios. Esto significa hacer un inventario de las necesidades que tiene el prestador primario, para garantizar una adecuada resolutivez en el marco de los requerimientos para la implementación de las RIAS y hacer un plan de financiamiento y desarrollo de los prestadores primarios. Ese plan debe incluir no solo el fortalecimiento de tecnologías asistenciales, sino también de apoyo logístico y administrativo, incluyendo garantía de conectividad.
- Actualizar el inventario de Herramientas para apoyo de la gestión del prestador primario y para la implementación de las RIAS, hacer un consolidado de estas herramientas y desarrollar un plan de socialización, validación, capacitación y entrenamiento en el uso de ellas.
- Fortalecer la capacidad de gestión de las Secretarías de Salud Departamentales, Distritales y Municipales. En el contexto del Plan Decenal de Salud de Salud Pública 2022-2031, sus ejes estratégicos y su enfoque en gestión territorial, desarrollar un plan de evaluación de las capacidades, identificación de brechas y desarrollo de un plan de fortalecimiento de las capacidades de los territorios con énfasis en la capacidad del ejercicio de funciones de IVC y asistencia técnica a los actores del sistema para la implementación de las RIAS.
- Articulación con el Ministerio de Educación y las Instituciones de Educación Superior formadoras de talento humano en salud para revisar los perfiles profesionales y acordar estrategias conjuntas para mejorar las competencias de los egresados para operar bajo los requerimientos del contexto sectorial y social del país. Esto debe hacerse desde el contexto de la planificación territorial basado en la identificación de necesidades y articulación intersectorial.
- Creación de un programa para el desarrollo profesional permanente del talento humano en salud. Este programa debe crearse orientado a complementar el proceso formativo del talento humano en salud, en lo relacionado con su actuar en el sistema de salud, acorde con las necesidades específicas y elementos del contexto. Deben acogerse las nuevas metodologías de educación, como la virtualidad, y se debe orientar no solo al desarrollo de competencias duras, sino también blandas tanto en lo técnico, como en lo administrativo.

Estrategias de unificación e interoperabilidad de los sistemas de información

- Estructurar una mesa nacional interinstitucional, con apoyo de la cooperación internacional, para la creación de un sistema único de información en salud. Se deben asignar recursos específicos para esto y definir una meta no mayor a cinco años para tener el sistema funcionando

6. ANEXOS

Anexo 1 Normograma

Anexo 2 Responsabilidades y funciones en las RIAS

Anexo 3 Matriz de Comunicaciones

Anexo 4 Matriz de Priorización

Anexo 5 Herramientas

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bart, N. (2010). *La dinámica de la confianza: comunicación, acción y terceras partes*. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-59962010000200006
- Blanco, J., Marcela, V., Uriel, P., Zulma, T., Loaiza, E., Restrepo, J., & Douglas, L. (2021). *Recomendaciones para el Ministerio de Salud y Protección Social relacionadas con la estructura física, dotación, procesos, procedimientos y conformación de talento humano que deberían tener los prestadores de servicios de salud, para la provisión de servi.*
- Carvajal Villaplana, Á. (2002). *Teorías y modelos: formas de representación de la realidad*. <https://www.redalyc.org/pdf/166/16612103.pdf>
- Eduardo Rodriguez Jimenez, L. (2007). *Decreto 4747*. <http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Decreto-4747-de-2007.pdf>
- Granados Oliveros, L. M., & Esparza Bohorquez, M. (2020). Implementación y sostenibilidad de las guías de enfermería basadas en la evidencia: modelo de la RNAO. *MedUNAB*, 23(1), 85–94. <https://doi.org/10.29375/01237047.3725>
- Milburn, J. B. (2010). *Monitoreo y Evaluación de Proyectos* (Issue 3).
- Ministerio de Salud y Protección Social. (n.d.). *Ruta para mejorar la salud materna*. Retrieved July 1, 2022, from <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Ruta-para-mejorar-la-salud-materna.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *ley estatutaria no. por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. el congreso de colombia*. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley 1751 de 2015.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Política de atención integral en salud*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2016). *Resolución 3202 de 2016*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3202-de-2016.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). *Decreto 441 de marzo de 2022*. <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO 441 DEL 28 DE MARZO DE 2022.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). *Resolución 035*.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *RESOLUCION 3280 DE 2018*. <https://www.suin-juriscal.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Resolucion/30039995>
- Moreno Gomez GA. (2016). *El nuevo modelo de Atención Integral en Salud -MIAS- para Colombia. ¿La solución a los problemas del sistema*. <http://www.scielo.org.co/pdf/rmri/v22n2/v22n2a01.pdf>
- PAHO. (2022). *Interoperabilidad Sistemas de Información para la Salud*. <https://www.paho.org/es/temas/sistemas-informacion-para-salud-is4h>
- Presidencia de la República. (2020). *Ley 2015*. <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/LEY 2015 DEL 31 DE ENERO DE 2020.pdf>
- Presidencia de la República. (2022). *Decreto 1599*. <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO 1599 DEL 05 DE AGOSTO DE 2022.pdf>
- Uribe, A. G., Ruiz Gómez, F., Julio, N., Muñoz, M., & Bernal, G. B. (n.d.). *MARTHA LUCÍA OSPINA MARTÍNEZ Directora de Epidemiología y Demografía*. Retrieved June 21, 2022, from <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/pdsp-metodologia-migracion-pts-al-pdsp.pdf>

Villalbí, J. R., Pasarín, M., Montaner, I., Cabezas, C., & Starfield, B. (2003). Evaluación de la atención primaria de salud. *Aten Primaria*, 31(6), 382–385. http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/Publications_PDFs/A181.pdf

ANEXO I NORMOGRAMA - LEYES

LEY	DÍA	MES	AÑO	ENTIDAD CREADORA	TÍTULO DE LA NORMA	VIGENCIA	ENLACE (URL)	NORMAS RELACIONADAS			
								DECRETO	RESOLUCIÓN	CIRCULAR	SENTENCIA
100	23	12	1993	CONGRESO DE LA REPUBLICA	Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones	Modificado parcialmente por Ley 2161 de 2021 Modificado por Ley 2112 de 2021 Modificado por Decreto 2106 de 2019 reglamentado parcialmente por Decreto 1320 de 1997 Modificado por Ley 344 de 1996 Adicionado por Ley 238 de 1995	https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5248				
1122	9	1	2007	CONGRESO DE LA REPUBLICA	Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.	Reglamentada parcialmente por el Decreto Nacional 313 de 2008. Modificada por el art. 36, Decreto Nacional 126 de 2010, en lo relativo a las multas	https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=22600	Decreto 313 de 2008	Resolución del Min. Protección 2042 de 2010		
1438	19	1	2011	CONGRESO DE LA REPUBLICA	Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones	Modificado por Decreto 2106 de 2019	https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=41355	Decreto 2106 de 2019			Declarada EXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-791 de 2011
1751	16	2	2015	CONGRESO DE LA REPUBLICA	Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.	Vigente	https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=60733				Declarada EXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-634-15 de 7 de octubre de 2015, Magistrado Ponente Dr. Mauricio González Cuervo.
1753	9	6	2015	CONGRESO DE LA REPUBLICA	Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 "Todos por un nuevo país"	Modificado por Ley 2155 de 2021 Modificado por Ley 2108 de 2021 Adicionado por Decreto 540 de 2020 Adicionado por Decreto 538 de 2020 Modifica Ley 1508 de 2012 Modifica Decreto Ley 740 de 2005 Deroga parcialmente Ley 617 de 2000	https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=1933	Decreto 1081 de 2015.			
1823	4	1	2017	CONGRESO DE LA REPUBLICA	Por medio de la cual se adopta la estrategia salus amigas de La familia lactante del entorno laboral en entidades públicas territoriales y empresas privadas y se dictan otras disposiciones	Vigente	https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=79022				
1955	25	5	2019	CONGRESO DE LA REPUBLICA	POR EL CUAL SE EXPIDE EL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2018-2022 PACTO POR COLOMBIA. PACTO POR LA EQUIDAD	Reglamentado parcialmente por Ley 2214 de 2022 Adicionado por Ley 2195 de 2022 Adicionado parcialmente Ley 2099 de 2021 Adicionado por Decreto 800 de 2020 Modificado por Decreto 575 de 2020 Adicionado por Decreto 538 de 2020 Modifica Ley 1951 de 2019 Modifica Ley 1801 de 2016 Adiciona Ley 1508 de 2012 Modifica Ley 1508 de 2012	https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=93920				

ANEXO I NORMOGRAMA - DECRETOS

DECRETO	DIA	MES	AÑO	ENTIDAD CREADORA	TITULO DE LA NORMA	VIGENCIA	ENLACE (URL)	NORMAS RELACIONADAS			
								DECRETO	RESOLUCIÓN	CIRCULAR	SENTENCIA
4747	7	12	2007	MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL	Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones		https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=27905				
780	6	5	2016	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social	Modificado por Decreto 995 de 2022 Adicionado por Decreto 681 de 2022 Adicionado por Decreto 647 de 2022 Modificado parcialmente por Decreto 616 de 2022 Sustituido por Decreto 441 de 2022 Modificado por Decreto 1437 de 2021 Modificado por Decreto 811 de 2021 Modificado por Decreto 709 de 2021 Modificado por Decreto 452 de 2021 Adicionado por Decreto 256 de 2021 Adicionado por Decreto 163 de 2021 Modificado por Decreto 1811 de 2020 Adicionado por Decreto 1809 de 2020 Modificado por Decreto 1711 de 2020 Adicionado por Decreto 858 de 2020 Adicionado por Decreto 600 de 2020 Modificado por Decreto 292 de 2020 Modificado por Decreto 268 de 2020 Modificado por Decreto 64 de 2020 Modificado por Decreto 1818 de 2019 Adicionado por Decreto 1683 de 2019 Modificado por Decreto 1683 de 2019 Sustituido por Decreto 1630 de 2019	https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf				
268	24	2	2020	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Por el cual se sustituye parcialmente la Parte 4 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social y se modifica el artículo 2.2.5.1.2 del Decreto 1082 de 2015, Único Reglamentario del Sector Administrativo de Planeación Nacional, en relación con la definición de los criterios, procedimientos y variables de distribución, asignación y uso de los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud y se dictan otras disposiciones	Modificado por Decreto 292 de 2020 Modifica Decreto 780 de 2016 Sector Salud y Protección Social Modifica Decreto 1082 de 2015 Sector Administrativo de Planeación Nacional	https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=106934				
441	28	3	2022	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud	sustituye el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016.	https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=184728				
1599	5	8	2022	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Por el cual se adiciona la Parte 11 al Libro 2 del Decreto 780 de 2016, en relación con la Política de Atención Integral en Salud, en el marco de las áreas geográficas para la gestión en salud y se modifican los artículos 2.5.1.1.1, 2.5.1.3.2.1, 2.5.2.3.3.3 Y se adiciona el artículo 2.5.3.8.3.1.6 a dicho decreto	Modifica el decreto 780 de 2016	https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%201599%20DEL%2005%20DE%20AGOSTO%20DE%202022.pdf				

ANEXO I NORMOGRAMA - RESOLUCIONES

RESOLUCIÓN	DÍA	MES	AÑO	ENTIDAD CREADORA	TÍTULO DE LA NORMA	VIGENCIA	ENLACE (URL)	NORMAS RELACIONADAS			
								DECRETO	RESOLUCIÓN	CIRCULAR	SENTENCIA
518	24	2	2015	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	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 - Pie		https://www.minisalud.gov.co/inec/rd/lex/Biblioteca/Digital/RD/DE/DE/Resolucion-518-de-2015.pdf				
1536	11	5	2015	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Por la cual se establecen disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud		https://www.minisalud.gov.co/inec/rd/lex/Biblioteca/Digital/RD/DE/DE/Resolucion-1536-de-2015.pdf				
2465	14	6	2016	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Por la cual se adoptan los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años de edad, adultos de 18 a 64 años de edad y personas adultas y se dictan otras disposiciones.		https://www.minisalud.gov.co/normalizado/lex/Biblioteca/Resoluciones/2465%20de%2016.pdf				
1441	21	4	2016	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones		https://www.minisalud.gov.co/normalizado/lex/Biblioteca/Resoluciones/1441%20de%2016.pdf				
3202	25	6	2016	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	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		https://www.minisalud.gov.co/inec/rd/lex/Biblioteca/Digital/RD/DE/DE/Resolucion-3202-de-2016.pdf				
2063	9	6	2017	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Por la cual se adopta la Política de Participación Social en Salud (PPSS)		https://www.minisalud.gov.co/normalizado/lex/Biblioteca/Resoluciones/2063%20de%2017.pdf				
4559	11	4	2018	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Por medio de la cual se adopta el modelo de Inspección, Vigilancia y Control para la Superintendencia Nacional de Salud para el ejercicio de la supervisión de los riesgos inherentes al Sistema General de Seguridad Social en Salud		https://docs.superisafud.gov.co/Porta/07deba6a6e38e48e9a9e98504c7c7c719393c16559f30a6%2018.pdf				
3280	2	8	2018	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Menor Perinatal y se establecen las directrices para su operación	Modificado por resolución 276 de 2019	https://www.minisalud.gov.co/normalizado/lex/Biblioteca/Resoluciones/3280%20de%2018.pdf				
276	4	2	2019	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Por la cual se modifica la Resolución 3280 de 2018		https://www.minisalud.gov.co/inec/rd/lex/Biblioteca/Digital/RD/DE/DE/Resolucion-276-de-2019.pdf		Resolución 3280 de 2018		
2626	27	9	2019	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Por la cual se Modifica la Política de Atención Integral en Salud - PAIS y adopta el Modelo de acción Integral Territorial - PAIS	Deroga la resolución 429 de 2016 y resolución 489 de 2016	https://www.minisalud.gov.co/normalizado/lex/Biblioteca/Resoluciones/2626%20de%2019.pdf		Modificado por resolución 1147 de 2020		
3100	23	11	2019	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud	Deroga las Resoluciones 2003 de 2014, 5158 de 2015, 226 de 2015 y 1416 de 2016	https://www.minisalud.gov.co/normalizado/lex/Biblioteca/Resoluciones/3100%20de%2019.pdf				
1147	9	7	2020	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Por la cual se modifican los artículos 7 y 10 de la Resolución 2626 de 2019 en relación con la aplicación de unos planes	Modifica resolución 2626 de 2019	https://www.minisalud.gov.co/normalizado/lex/Biblioteca/Resoluciones/1147%20de%2020.pdf				

ANEXO 2 TABLA DE FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES

Para la tabla se utilizan las siguientes convenciones:

- DTS Direcciones Territoriales de Salud
- M* Municipal y Distrital
- D Departamental y Distrital
- EAPB Entidades administradoras de Planes de Beneficios
- IPS Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

Responsable	Es el responsable de esta función o actividad
Interactúa	Interactúa con el responsable y copera para el desarrollo de la función

Responsabilidades y funciones	DTS	EAPB	IPS
Realizar el análisis de situación de salud de la población, que además de lo definido en la normatividad vigente, permita: Identificar las poblaciones y sus características según momento del curso de vida, grupo de riesgo, así como de las familias y las condiciones de los entornos donde se desarrollan y transcurren sus vidas.	D-M*		
Realizar el análisis de situación de salud de la población, que además de lo definido en la normatividad vigente, permita: Definir atenciones complementarias a las definidas en las Rutas Integrales de Atención en Salud.	D-M*		
Realizar el análisis de situación de salud de la población, que además de lo definido en la normatividad vigente, permita: Realizar la adecuación sociocultural de las atenciones o intervenciones en salud de las Rutas Integrales de Atención en Salud.	D-M*		
Realizar el análisis de situación de salud de la población, que además de lo definido en la normatividad vigente, permita: Identificar la oferta requerida, adecuar los servicios de salud y establecer las modalidades de atención que garanticen la atención integral en el marco de las Rutas Integrales de Atención en Salud.	D-M*		
Realizar el análisis de situación de salud de la población, que además de lo definido en la normatividad vigente, permita: Definir los tiempos para la implementación progresiva de las intervenciones dispuestas en las RIAS.	D-M*		

Responsabilidades y funciones	DTS	EAPB	IPS
Establecer de manera conjunta con los integrantes del sector salud, los sectores público - privado y las organizaciones sociales o comunitarias los mecanismos, acuerdos y alianzas, que garanticen: El reconocimiento y posicionamiento de las prioridades relacionadas con la situación y determinantes del derecho a la salud de las personas, las familias y comunidades a fin de establecer objetivos comunes y alternativas de solución.	D		
Establecer de manera conjunta con los integrantes del sector salud, los sectores públicos, privado y las organizaciones sociales o comunitarias los mecanismos, acuerdos y alianzas, que garanticen: La inclusión de acciones dirigidas a la atención integral en salud de las personas y de las familias en sus planes operativos, proyectos o sus equivalentes y la complementariedad entre planes de beneficios.	D		
Establecer de manera conjunta con los integrantes del sector salud, los sectores público, privado y las organizaciones sociales o comunitarias los mecanismos, acuerdos y alianzas, que garanticen: La coordinación de acciones requeridas para la ejecución, monitoreo y evaluación de las Rutas Integrales de Atención en Salud, así como las demás acciones priorizadas para el territorio y conforme a las competencias de cada uno de los actores, tales como canalización, flujo de información, articulación con rutas intersectoriales.	D		
Establecer de manera conjunta con los integrantes del sector salud, los sectores públicos, privado y las organizaciones sociales o comunitarias los mecanismos, acuerdos y alianzas, que garanticen: El seguimiento a los acuerdos intersectoriales generados.	D		
Establecer de manera conjunta con los integrantes del sector salud, los sectores públicos, privado y las organizaciones sociales o comunitarias los mecanismos, acuerdos y alianzas, que garanticen: La participación social	D		
Establecer de manera conjunta con los integrantes del sector salud, los sectores público, privado y las organizaciones sociales o comunitarias los mecanismos, acuerdos y alianzas, que garanticen: La definición de estrategias, planes, proyectos e intervenciones poblacionales dirigidas a modificar e impactar positivamente en los determinantes sociales de la salud, en las condiciones de vida, trabajo y la inclusión social de las personas, así como la generación de entornos protectores y potenciadores de la salud y el desarrollo.	D		

Responsabilidades y funciones	DTS	EAPB	IPS
Establecer de manera conjunta con los integrantes del sector salud, los sectores público, privado y las organizaciones sociales o comunitarias los mecanismos, acuerdos y alianzas, que garanticen: El acceso efectivo de las personas y familias canalizadas por la Entidad Territorial hacia las Entidades Promotoras de Salud, las Entidades Obligadas a Compensar, los Regímenes de Excepción, los Regímenes Especiales para la atención individual que se requiera en el marco de las Rutas Integrales de Atención en Salud o viceversa para el caso de las intervenciones colectivas.	D		
Establecer de manera conjunta con los integrantes del sector salud, los sectores público, privado y las organizaciones sociales o comunitarias los mecanismos, acuerdos y alianzas, que garanticen: Gestionar las acciones necesarias para impulsar la disponibilidad y competencia del talento humano requerido para la operación de las Rutas Integrales de Atención en Salud en su territorio, en conjunto con la Nación, 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 presentes en su territorio.	D		
Establecer espacios únicos de coordinación y mecanismos organizados para la gestión integral e integrada con los profesionales de las áreas técnicas con capacidad de toma de decisiones designados por las Entidades Promotoras de Salud, las Entidades Obligadas a Compensar, los Regímenes de Excepción y los Regímenes Especiales.	D-M*		
Incluir en los respectivos instrumentos de planeación los resultados, estrategias, programas y proyectos requeridos para lograr la atención integral en salud.	D		
Identificar las poblaciones y los entornos a abordar a partir de los resultados en salud y de las prioridades del territorio definidas en el Plan Territorial de Salud-PTS.	M*		
Definir por entorno las intervenciones colectivas complementarias a las intervenciones individuales y las poblacionales a abordar en los mismos y socializar o poner a disposición de las EAPB de su territorio el portafolio de intervenciones colectivas, señalando la población sujeta de las intervenciones y el mecanismo de acceso a las mismas.	M*		
Identificar los programas, proyectos y oferta de servicios (respuestas) existentes en el municipio, distrito o departamento, bien sean sectoriales o de otros sectores que incidan en el logro de los resultados definidos en el PTS.	M*		
Suscribir o acordar los procedimientos, rutas y mecanismos de activación de la respuesta sectorial e intersectorial, requeridas para la complementariedad de las acciones y la gestión integrada e integral de los servicios sociales y de salud, centrada en las necesidades de las personas, familias y comunidades.	M*		

Responsabilidades y funciones	DTS	EAPB	IPS
Analizar la disponibilidad, suficiencia y completitud de servicios y las tecnologías en el territorio para la operación de la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud.	M*		
Realizar la adaptación y adecuación de las intervenciones individuales y colectivas, en conjunto con los grupos poblacionales presentes en el territorio que permita el acceso, respeto y reconocimiento de sus prácticas tradicionales o culturales.	M*		
Generar espacios o mecanismos de coordinación y concertación sectorial e intersectorial para implementar, monitorear y evaluar las Rutas Integrales de Atención en Salud.	M*		
Realizar la caracterización de su población afiliada y participar en el proceso de análisis de situación de salud convocados por los departamentos o distritos donde se ubica su población afiliada.			
Identificar las necesidades de adecuación sociocultural de los servicios en salud para la atención de la población a su cargo y estructurar o contratar la oferta requerida para garantizar la atención integral con enfoque diferencial e intercultural.			
Definir la red de prestación de servicios, la adecuación de las atenciones en salud, las modalidades de prestación y los mecanismos o estrategias de gestión requeridos para garantizar la atención integral en el marco de los contenidos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la población Materno Perinatal.			
Garantizar la prestación de los procedimientos contemplados en las Rutas Integrales de Atención en Salud a cargo del componente primario, en el municipio de residencia de los afiliados, ya sea mediante la contratación de prestadores del municipio o por la implementación de mecanismos que eviten el desplazamiento de la población a otros municipios para su prestación.			
Definir, implementar, monitorear y evaluar los mecanismos de referencia y contrareferencia y de coordinación entre los prestadores que garanticen la accesibilidad, oportunidad y continuidad de la prestación de las atenciones dispuestas en las Rutas Integrales de Atención en Salud; los cuales deberán ser incorporados al documento de la Unidad Técnica de Coordinación y Gestión Operativa de la Red y de regulación de la demanda y la oferta establecido en el criterio 1.1.3. contenido en la Resolución 1441 de 2016 de este Ministerio o la norma que lo modifique o sustituya.			
Establecer las cohortes respectivas de la población a su cargo, a fin de favorecer su seguimiento individual, la gestión del riesgo y la garantía de la prestación de las atenciones dispuestas en la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y de la Ruta Integral de Atención en Salud para la población Materno Perinatal a fin de alcanzar los resultados en salud.			

Responsabilidades y funciones	DTS	EAPB	IPS
Realizar las adecuaciones metodológicas y pedagógicas para el desarrollo de las sesiones educativas individuales y grupales contemplados en las Rutas Integrales de Atención en Salud, teniendo en cuenta los momentos vitales, los contextos, necesidades y capacidades para el cuidado de la salud y gestión del riesgo en la población a su cargo conforme a las Directrices de Educación para la salud.			
Poner en conocimiento de los prestadores de su red las intervenciones colectivas definidas y planeadas por la Dirección Territorial de Salud y los acuerdos establecidos con las Entidades Territoriales para la complementariedad de los planes de beneficios y otras iniciativas de la Entidad Territorial que contribuyan al logro de los resultados en salud.			
Participar en los espacios o escenarios de coordinación para la operación, monitoreo y evaluación de las Rutas Integrales de Atención en Salud convocados por las Direcciones Territoriales de Salud de conformidad con lo establecido anteriormente.			
Garantizar que los usuarios canalizados por la Entidad Territorial tengan acceso a las atenciones individuales dispuestas en las Rutas Integrales de Atención en Salud y demás atenciones en salud que se requieran.			
Gestionar la disponibilidad y competencia del talento humano requerido para la operación de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y de la Ruta Integral de Atención en Salud para la población Materno Perinatal.			
Contratar las atenciones de valoración integral, detección temprana, protección específica y educación para la salud conforme a los contenidos de los Lineamientos Técnicos y Operativos de las Rutas Integrales de Atención en Salud, cuando dichas intervenciones se encuentran incluidas en las cláusulas del contrato suscrito con el usuario; lo anterior, sin perjuicio de brindar atenciones con estándares superiores.			
Participar en los espacios de coordinación convocados por las Entidades promotoras de salud, Entidades que administran los regímenes de excepción y especiales, entidades obligadas a compensar y Entidades Territoriales para la planeación, ejecución, monitoreo, evaluación y rendición de cuentas de la atención integral en salud.			
Conocer la situación de salud de las personas y familias a su cargo, con el fin de generar las acciones requeridas para garantizar su atención oportuna e integral, en el marco del acuerdo de voluntades.			

Responsabilidades y funciones	DTS	EAPB	IPS
Garantizar la prestación de servicios contratados en el marco de las Rutas Integrales de Atención en Salud, ajustando sus procesos administrativos para eliminar barreras de acceso; tales como: agendas; atención preferencial según las necesidades de la población usuaria; dispensación de medicamentos u otros dispositivos (métodos de anticoncepción), implementación de proceso de referencia y contrarreferencia de muestras y resultados, la inclusión de ajustes razonables para la eliminación de barreras físicas, actitudinales y comunicativas ⁹ .			
De acuerdo a lo expuesto en el numeral 1 del artículo 14° de la Ley Estatutaria 1618 de 2013 —por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad.			
Direccionar a la población a su cargo, en los casos que se requiera, hacia los servicios sociales, las intervenciones colectivas o a las entidades responsables de las atenciones dispuestas en rutas intersectoriales para la atención de eventos como la violencia de género, violencia sexual, maltrato infantil, entre otras.			
Realizar las adaptaciones y adecuaciones de los servicios y las modalidades de prestación, requeridos para garantizar la atención integral con calidad, teniendo en cuenta los ámbitos territoriales: urbano, de alta ruralidad y con población dispersa; así como los aspectos sociales o culturales y los momentos de curso de vida de los diferentes grupos poblacionales.			
Cumplir los mecanismos de referencia y contrarreferencia y de coordinación entre los prestadores establecidos por las Entidades Promotoras de Salud, Entidades que administran los regímenes de excepción y especiales, entidades obligadas a compensar.			
Desarrollar y fortalecer las capacidades a nivel individual y organizacional. Esto incluye, el desarrollo de las capacidades y suficiencia de talento humano, los procesos organizacionales y disposición de los recursos físicos o tecnológicos requeridos para la atención conforme a lo establecido en los procedimientos de las RIAS.			
Garantizar que la historia clínica del usuario adscrito a la IPS primaria muestre la totalidad de atenciones realizadas conforme a los contenidos de las Rutas Integrales de Atención en Salud.			
Suministrar la información requerida para monitorear y evaluar la atención integral en salud en el marco de lo establecido en las RIAS y los resultados esperados de la prestación de las atenciones, a la entidad responsable de pago y al Ministerio de Salud y Protección Social, de conformidad con el proceso y las fuentes de información definidos para tal fin por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.			

Responsabilidades y funciones	DTS	EAPB	IPS
Evaluar en el marco de sus competencias, los resultados en salud en las personas, familias y las comunidades conforme a lo establecido en las Rutas Integrales de Atención en Salud, planes y acuerdos suscritos a nivel departamental para la adaptación e implementación progresiva de las mismas o acuerdos operativos suscritos entre las partes.			

Fuente: Construcción propia a partir de la resolución 3280 del 2018 y la resolución y Resolución 3202 del 2016

ANEXO 3 MATRIZ DE COMUNICACIONES

Este anexo pretende mostrar un ejemplo de como se pueden construir matrices de comunicaciones, que tienen como objetivo, estandarizar la información que debe salir a cada entidad, cada cuanto se debe enviar, la forma, el medio y formato.

Entidad (cargo)	¿Qué comunicar?	¿Cuándo comunica?	¿A quién comunicar?	¿Cómo comunicar?
En este espacio se debe poner la entidad que hace la comunicación y el cargo de la persona responsable	En este espacio se debe poner la información de que se comunica de que se debe comunicar	En este espacio se debe poner las fechas en las que se comunican o la frecuencia de la comunicación. El objetivo es que sea muy específico para evitar olvidos en los envíos de la información.	En este espacio se debe adicionar los actores a los que se va a enviar la comunicación. El correo electrónico o dirección donde se comunica.	En este espacio se debe poner el medio de comunicación y el formato por el cual se hace la comunicación
IPS (Coordinador de TI)	Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud – RIPS	Mensual	Se envía por correo electrónico rips@medellin.gov.co	Archivo Plano Validador RIPS de IPS
IPS (Coordinador de biomédico y contable)	Información del plan de mantenimiento de equipos e infraestructura	31 de diciembre de cada año	Supersalud correo electrónico	Se envía el programa de mantenimiento en el formato institucional, el cronograma de mantenimiento y el presupuesto de mantenimiento destinado para las actividades
IPS (Coordinador APS)	Listado de pacientes vacunados según el plan de vacunación anual	Mensual El 29 de cada mes	Correo electrónico de la coordinadora de la EAPB ejemplo@gmial.com	Se debe enviar el listado de los pacientes vacunados según el plan se definió a principio de año. Se deben utilizar los formatos de reporte de información los cuales fueron contruidos con la EAPB.

Fuente: construcción propia

ANEXO 4 PRIORIZACIÓN

Priorización		Actor	Cartagena					Barranquilla			Riohacha			Bucaramanga						Cúcuta					Medellín						Total	Porcentaje	Calificación	Comentarios			
Componente	Estrategia		1	2	3	4	5	1	2	3	1	2	3	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	1	2	3	4					5	6	
Desarrollo de Capacidades Institucionales y del talento humano en salud	Creación de una escuela para el desarrollo profesional permanente del talento humano en salud. Esta escuela debe crearse orientada a complementar el proceso formativo del talento humano en salud, en lo relacionado con su actuar en el sistema de salud, acorde con las necesidades específicas y elementos del contexto. Deben acogerse las nuevas metodologías de educación como la virtualidad y se debe orientar no solo al desarrollo de competencias duras, sino también blandas tanto en lo técnico, como o administrativo	PP	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	39%	PP	Propuesta de virtual - costos	
		EAPB	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	12	84%	EAPB	Bucaramanga: Escuela es de la Entidad Territorial. Estandarizar.
		ET	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	26	4.6	ET	
		Califica	5	4	0	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	138	35%	Califica	
	Fortalecimiento de la asistencia técnica como herramienta complementaria al proceso de capacitación. La asistencia técnica debe orientarse al mejoramiento de los procesos en el terreno y debe ser responsabilidad tanto de las EAPB, como de las Entidades Territoriales que deben fortalecerse para ejercer esta labor. La asistencia técnica debe ser fruto de un proceso de planificación con una visión integral de las problemáticas territoriales. En la medida de lo posible el MSPS debe de manera virtual o presencial en ocasiones, estar presente para la orientación de todos los actores y no dejar desviar el rumbo.	PP	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	11	77%	PP		
		EAPB	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	24	90%	EAPB	
		ET	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	28	4.5667	ET	
		Califica	5	5	3	5	3	5	5	5	5	5	2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4	5	4	4	4	4	5	5	137	77%	Califica	
	Fortalecimiento de las condiciones de infraestructura física y tecnológica de los prestadores primarios. Esto significa hacer un inventario de las necesidades que tiene el prestador primario, para garantizar una adecuada resolutiveidad en el marco de los requerimientos para la implementación de las RIAS y hacer un plan de financiamiento y desarrollo de los prestadores primarios. Ese plan debe incluir no solo el fortalecimiento de tecnologías asistenciales, sino también de apoyo logístico y administrativo, incluyendo garantía de conectividad	PP	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	24	19%	PP	Quien la costea	
		EAPB	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	29%	EAPB	Bucaramanga: Se considera que el
		ET	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	9	4.2667	ET		
		Califica	4	4	4	0	1	2	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	128	32%	Califica	
Articulación con el Ministerio de Educación y las Instituciones de Educación Superior formadoras de talento humano en salud, para revisar los perfiles profesionales y acordar estrategias conjuntas para mejorar las competencias de los egresados para operar bajo los requerimientos del contexto sectorial y social del país. Esto debe hacerse desde el contexto de la planificación territorial basado en la identificación de necesidades y articulación intersectorial.	PP	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	10	32%	PP	Falta el enfoque territorial, hace falta darle importancia al PP en la educación			
	EAPB	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	10	74%	EAPB	Enfocar la educación a la preservación de la salud, no a la curación. Identificar riesgos.		
	ET	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	23	4.4667	ET	Universidades deben enfocar educación a la prevención, médicos formados en prevención		
	Califica	4	4	5	5	2	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	0	5	4	5	4	5	3	5	134	81%	Califica	Gerentes evalúan con enfoque a enfermedad		
Desarrollar una política integral de incentivos para el talento humano en salud que propicie la disminución de la alta rotación existente. La política debe contemplar la estabilización de las relaciones laborales, la política salarial y otros tipos de incentivos no centrados en lo económico.	PP	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	25	45%	PP	Si el pago es por consulta y procedimientos, es distinto. Estímulos de indicadores de impacto.			
	EAPB	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	14	74%	EAPB	Son mas importante las buenas condiciones laborales.		
	ET	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	5	1	0	23	4.3	ET			
	Califica	5	4	5	0	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	4	5	5	4	5	5	5	3	0	3	4	129	61%	Califica			
La conformación y mantenimiento de los gestores comunitarios es una estrategia fundamental en el marco del modelo de atención centrado en el usuario y con la APS como eje fundamental. Una política de identificación, selección, formación y soporte a los gestores comunitarios siendo estos "una persona de la comunidad que en zonas dispersas podrá apoyar el desarrollo de intervenciones específicas de las RIAS"	PP	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	19	58%	PP	No política ni relaciones con JAC. Pagarles nuestros. Estandarización gestores comunitarios			
	EAPB	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	18	68%	EAPB	No está financiado la actividad de los gestores.		
	ET	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	21	4.6333	ET	No se tiene bien caracterizado la población aón. Resolución 408.		
	Califica	4	4	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	5	3	4	3	5	139	52%	Califica	Se debería ligar a intervenciones colectivas. Articulación con otras intervenciones		
Actualizar el inventario de Herramientas para apoyo de la gestión del prestador primario y para la implementación de las RIAS, hacer un consolidado de estas herramientas y desarrollar un plan de socialización, validación, capacitación y entrenamiento en el uso de ellas.	PP	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	16	39%	PP	202. Los actores no tienen claro, los accesos y la manipulación de la información.			
	EAPB	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	12	81%	EAPB	Anexos de las historias clínicas		
	ET	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	25	4.2667	ET	Herramientas. Resolución 202		

Gestión Eficiente del Proceso de Contratación	Desarrollar un plan de capacitación enfocado en el personal directivo de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, orientado al desarrollo de competencias para la negociación.	Califica	4	5	5	5	3	2	0	5	5	4	5	5	5	4	5	5	5	5	5	4	5	5	3	5	4	4	4	4	3	5	128	58%	Califica	Falencia grande en la hc. software pudiera hacer la alimentación.	
		PP	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	18	29%	PP	Poder dominante de EPS Control de supersalud	
		EAPB	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	9	55%	EAPB		
		ET	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	17	3.4333	ET		
	Fortalecer la capacidad de gestión de las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales. En el contexto del Plan Decenal de Salud de Salud Pública 2022-2031, sus ejes estratégicos y su enfoque en gestión territorial, desarrollar un plan de evaluación de las capacidades, identificación de brechas y desarrollo de un plan de fortalecimiento de las capacidades de los territorios con énfasis en la capacidad del ejercicio de funciones de IVC y asistencia técnica a los actores del sistema para la implementación de las RIAS.	Califica	4	3	1	4	4	5	3	5	5	5	5	5	0	2	1	5	5	5	5	2	4	5	5	4	5	0	0	3	0	3	5	103	6%	Califica	
		PP	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	13%	PP		
		EAPB	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4	90%	EAPB		
		ET	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	28	4.1333	ET		
	Gestión Eficiente del Proceso de Contratación	Desarrollar herramientas sencillas que apoyen al prestador primario en el proceso contractual en sus tres fases: precontractual, contractual y postcontractual, tales como listas de chequeo, guías	Califica	5	4	1	5	5	5	4	5	5	5	5	0	5	4	5	5	4	5	5	4	5	5	3	5	0	4	3	4	4	5	124	48%	Califica	
			PP	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	15	58%	PP		
			EAPB	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	18	52%	EAPB		
		Avanzar en el análisis de la pertinencia de contar con manuales únicos tarifarios para las RIAS, normogramas, minutas modelo o instructivos	Califica	4	4	5	4	2	5	4	3	5	5	5	5	0	4	5	5	4	5	3	4	5	5	3	5	3	4	3	4	2	5	120	32%	Califica	Tema fundamental. Se deben tener formación previa para ser gerente. Gerentes por meritos.
PP			0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	10	52%	PP	Suficiencia de UPC		
EAPB			1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	16	48%	EAPB	Poder acceder a información		
Fortalecer los sistemas de costos y facturación de los prestadores primarios		Califica	4	5	2	3	0	5	5	5	5	4	5	0	2	0	5	5	5	0	0	5	5	4	5	3	0	2	5	3	5	102	74%	Califica			
		PP	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	23	29%	PP			
		EAPB	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	9	19%	EAPB		
Desarrollar estudios para generar propuestas de modificación de los mecanismos de financiamiento del prestador primario: subsidio a la oferta, fondos únicos locales u otros mecanismos que permitan corregir la fragmentación en el uso de los recursos y las atenciones		Califica	4	2	5	5	4	5	4	5	5	5	5	3	5	3	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	2	4	3	5	131	42%	Califica	
		PP	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	13	32%	PP		
		EAPB	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	55%	EAPB		
Participación social	Desarrollar una estrategia masiva de información y capacitación a los usuarios orientado a mejorar su participación en la implementación de las RIAS, no solo como usuarios de las mismas, sino como gestores, veedores y garantes del buen funcionamiento.	Califica	5	3	0	4	0	5	1	0	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	4	3	2	5	2	4	116	71%	Califica		
		PP	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	22	65%	PP	Está normado		
		EAPB	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	20	77%	EAPB		
	Crear espacios comunitarios específicos, como subcomisiones de los comités de participación enfocados a la participación de la comunidad en la gestión integral de las RIAS	Califica	5	4	0	4	5	5	4	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	3	4	5	136	42%	Califica		
		PP	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	13	52%	PP	Está normado	
		EAPB	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	16	74%	EAPB		
	Califica	5	4	0	4	3	5	4	5	5	4	5	4	3	4	5	5	5	5	5	4	5	5	4	0	4	3	3	3	3	2	116	55%	Califica			

Priorización		Cartagena		Barranquilla		Riohacha		Bucaramanga		Cúcuta		Medellín		Total	Priorización	
Componente	Estrategia	Actor		Actor		Actor		Actor		Actor		Actor				
Desarrollo de Capacidades Institucionales y del talento humano en salud	Creación de una escuela para el desarrollo profesional permanente del talento humano en salud.	PP	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	5	42%
		EAPB	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	6	50%
		ET	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	11	92%
		Califica	5	4	5	5	5	5	5	4	5	5	3	4	55	4.6

Estrategia		PP	EAPB	ET	Califica
Desarrollo de Capacidades Institucionales y del talento humano en salud	Creación de una escuela para el desarrollo profesional permanente del talento humano en salud. Esta escuela debe crearse orientada a complementar el proceso formativo del talento humano en salud, en lo relacionado con su actuar en el sistema de salud, acorde con las necesidades específicas y elementos del contexto. Deben acogerse las nuevas metodologías de educación como la virtualidad y se debe orientar no solo al desarrollo de competencias duras, sino también blandas tanto en lo técnico, como o administrativo				5

Priorización		Cartagena		Barranquilla		Riohacha		Bucaramanga		Cúcuta		Medellín		Total	Priorización
Componente	Estrategia	Actor		Actor		Actor		Actor		Actor		Actor			
Desarrollo de Capacidades Institucionales y del talento humano en salud	Creación de una escuela para el desarrollo profesional o profesional permanente del talento humano	PP	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	5	42%
		EAPB	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	6	50%
		ET	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	11	92%
		Califica	5	4	5	5	5	5	5	4	5	5	3	4	55

ANEXO 4 PRIORIZACIÓN

Priorización				
Componente	Estrategia	PP	EAPB	ET
Coordinación y Comunicación Efectiva	Creación de espacios de coordinación formales para la planeación, implementación y evaluación de las RIAS (mesas de trabajo, comités de seguimiento, mesas de resolución de conflictos, etc). En estos espacios deben participar los prestadores, las EAPB, la comunidad y la Entidad Territorial quien lo liderará. Debe haber canales de comunicación explícitamente definidos, con reglas claras y mecanismos de operación concertados			x
Desarrollo de Capacidades Institucionales y del talento humano en salud	Actualizar el inventario de Herramientas para apoyo de la gestión del prestador primario y para la implementación de las RIAS, hacer un consolidado de estas herramientas y desarrollar un plan de socialización, validación, capacitación y entrenamiento en el uso de ellas.			x
	Articulación con el Ministerio de Educación y las Instituciones de Educación Superior formadoras de talento humano en salud, para revisar los perfiles profesionales y acordar estrategias conjuntas para mejorar las competencias de los egresados para operar bajo los requerimientos del contexto sectorial y social del país. Esto debe hacerse desde el contexto de la planificación territorial basado en la identificación de necesidades y articulación intersectorial.			x
	Creación de una escuela para el desarrollo profesional permanente del talento humano en salud. Esta escuela debe crearse orientada a complementar el proceso formativo del talento humano en salud, en lo relacionado con su actuar en el sistema de salud, acorde con las necesidades específicas y elementos del contexto. Deben acogerse las nuevas metodologías de educación como la virtualidad y se debe orientar no solo al desarrollo de competencias duras, sino también blandas tanto en lo técnico, como o administrativo			x
	Desarrollar una política integral de incentivos para el talento humano en salud que propicie la disminución de la alta rotación existente. La política debe contemplar la estabilización de las relaciones laborales, la política salarial y otros tipos de incentivos no centrados en lo económico.	x		x
	Fortalecer la capacidad de gestión de las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales. En el contexto del Plan Decenal de Salud de Salud Pública 2022-2031, sus ejes estratégicos y su enfoque en gestión territorial, desarrollar un plan de evaluación de las capacidades, identificación de brechas y desarrollo de un plan de fortalecimiento de las capacidades de los territorios con énfasis en la capacidad del ejercicio de funciones de IVC y asistencia técnica a los actores del sistema para la implementación de las RIAS.			x
	Fortalecimiento de la asistencia técnica como herramienta complementaria al proceso de capacitación. La asistencia técnica debe orientarse al mejoramiento de los procesos en el terreno y debe ser responsabilidad tanto de las EAPB, como de las Entidades Territoriales que deben fortalecerse para ejercer esta labor. La asistencia técnica debe ser fruto de un proceso de planificación con una visión integral de las problemáticas territoriales. En la medida de lo posible el MSPS debe de manera virtual o presencial en ocasiones, estar presente para la orientación de todos los actores y no dejar desviar el rumbo.		x	x
	Fortalecimiento de las condiciones de infraestructura física y tecnológica de los prestadores primarios. Esto significa hacer un inventario de las necesidades que tiene el prestador primario, para garantizar una adecuada resolutivez en el marco de los requerimientos para la implementación de las RIAS y hacer un plan de financiamiento y desarrollo de los prestadores primarios. Ese plan debe incluir no solo el fortalecimiento de tecnologías asistenciales, sino también de apoyo logístico y administrativo, incluyendo garantía de conectividad	x		
La conformación y mantenimiento de los gestores comunitarios es una estrategia fundamental en el marco del modelo de atención centrado en el usuario y con la APS como eje fundamental. Una política de identificación, selección, formación y soporte a los gestores comunitarios siendo estos "una persona de la comunidad que en zonas dispersas podrá apoyar el desarrollo de intervenciones específicas de las RIAS"			x	
Fortalecimiento de la Gestión Territorial	Implementación efectiva de las Redes integradas e integrales de prestación de servicios, con enfoque territorial, bajo la coordinación de EAPB que tengan también ese carácter		x	
Fortalecimiento de la Participación social	Desarrollar una estrategia masiva de información y capacitación a los usuarios orientado a mejorar su participación en la implementación de las RIAS, no solo como usuarios de las mismas, sino como gestores, veedores y garantes del buen funcionamiento.	x		x
	Formular estrategias de implementación de las RIAS con enfoque diferencial, dando participación efectiva a los diferentes grupos poblacionales en la planeación y operación de las RIAS con adecuación sociocultural		x	x
	Utilización de las tecnologías de la información y la comunicación, incluidas las redes sociales para mantener un contacto permanente con los usuarios, para escuchar su voz y tomar acciones de mejoramiento basados en las necesidades reales de los usuarios	x	x	x
Gestión Eficiente del Proceso de Contratación	Fortalecer los sistemas de costos y facturación de los prestadores primarios	x		

Monitoreo y evaluación	1. Implementación de una sala situacional de relacionamiento territorial, entendiendo esta como una metodología, inserta en un proceso social, para generar un proceso de análisis en el que se involucran diferentes actores del territorio, tendiente a promover decisiones y soluciones respecto al tema analizado, desarrollada en 4 momentos: · Momento 1: preparatorio (diagnostico, observación o inventario de las necesidades y priorización) · Momento 2: deliberativo de análisis con actores claves (priorización y capacitación) · Momento 3: deliberativo de construcciones de soluciones (propuesta y convocar) · Momento 4: monitoreo (acciones, mejora y retroalimentación)			x
	2. Revisar el menú de indicadores de las RPMS y RMP y evaluar no solo su pertinencia sino las fuentes de información para viabilizar la operacionalización y uso de los mismos.		x	x
Unificación e interoperabilidad de los sistemas de información	Estructurar una mesa nacional interinstitucional, con apoyo de la cooperación internacional para la creación de un sistema único de información en salud. Se deben asignar recursos específicos para esto y definir una meta no mayor a cinco años para tener el sistema funcionando			x
	Fortalecimiento del prestador primario para la generación de datos con calidad y confiables de manera oportuna	x		

ANEXO 4 PRIORIZACIÓN

Estrategías Priorizadas Prestador Primario				
Componente	Estrategia	Importancia	%	Califica
Desarrollo de Capacidades Institucionales y del talento humano en salud	Desarrollar una política integral de incentivos para el talento humano en salud que propicie la disminución de la alta rotación existente. La política debe contemplar la estabilización de las relaciones laborales, la política salarial y otros tipos de incentivos no centrados en lo económico.	26	84%	4.29
	Fortalecimiento de las condiciones de infraestructura física y tecnológica de los prestadores primarios. Esto significa hacer un inventario de las necesidades que tiene el prestador primario, para garantizar una adecuada resolutivez en el marco de los requerimientos para la implementación de las RIAS y hacer un plan de financiamiento y desarrollo de los prestadores primarios. Ese plan debe incluir no solo el fortalecimiento de tecnologías asistenciales, sino también de apoyo logístico y administrativo, incluyendo garantía de conectividad	25	81%	4.26
Fortalecimiento de la Participación social	Desarrollar una estrategia masiva de información y capacitación a los usuarios orientado a mejorar su participación en la implementación de las RIAS, no solo como usuarios de las mismas, sino como gestores, veedores y garantes del buen funcionamiento.	23	74%	4.55
	Utilización de las tecnologías de la información y la comunicación, incluidas las redes sociales para mantener un contacto permanente con los usuarios, para escuchar su voz y tomar acciones de mejoramiento basados en las necesidades reales de los usuarios	28	90%	4.00
Gestión Eficiente del Proceso de Contratación	Fortalecer los sistemas de costos y facturación de los prestadores primarios	24	77%	4.39
Unificación e interoperabilidad de los sistemas de información	Fortalecimiento del prestador primario para la generación de datos con calidad y confiables de manera oportuna	22	71%	4.52
Estrategías Priorizadas EAPB				
Componente	Estrategia	Importancia	%	Califica
Desarrollo de Capacidades Institucionales y del talento humano en salud	Fortalecimiento de la asistencia técnica como herramienta complementaria al proceso de capacitación. La asistencia técnica debe orientarse al mejoramiento de los procesos en el terreno y debe ser responsabilidad tanto de las EAPB, como de las Entidades Territoriales que deben fortalecerse para ejercer esta labor. La asistencia técnica debe ser fruto de un proceso de planificación con una visión integral de las problemáticas territoriales. En la medida de lo posible el MSPS debe de manera virtual o presencial en ocasiones, estar presente para la orientación de todos los actores y no dejar desviar el rumbo.	25	81%	4.58
Fortalecimiento de la Gestión Territorial	Implementación efectiva de las Redes integradas e integrales de prestación de servicios, con enfoque territorial, bajo la coordinación de EAPB que tengan también ese carácter	23	74%	4.03
	Formular estrategias de implementación de las RIAS con enfoque diferencial, dando participación efectiva a los diferentes grupos poblacionales en la planeación y operación de las RIAS con adecuación sociocultural	22	71%	4.42
	Utilización de las tecnologías de la información y la comunicación, incluidas las redes sociales para mantener un contacto permanente con los usuarios, para escuchar su voz y tomar acciones de mejoramiento basados en las necesidades reales de los usuarios	26	84%	4.00
Monitoreo y evaluación	2. Revisar el menú de indicadores de las RPMS y RMP y evaluar no solo su pertinencia sino las fuentes de información para viabilizar la operacionalización y uso de los mismos.	24	77%	4.06
Estrategías Priorizadas Ente Territorial				
Componente	Estrategia	Importancia	%	Califica
Coordinación y Comunicación Efectiva	Creación de espacios de coordinación formales para la planeación, implementación y evaluación de las RIAS (mesas de trabajo, comités de seguimiento, mesas de resolución de conflictos, etc). En estos espacios deben participar los prestadores, las EAPB, la comunidad y la Entidad Territorial quien lo liderará. Debe haber canales de comunicación explícitamente definidos, con reglas claras y mecanismos de operación concertados	30	97%	4.42
	Actualizar el inventario de Herramientas para apoyo de la gestión del prestador primario y para la implementación de las RIAS, hacer un consolidado de estas herramientas y desarrollar un plan de socialización, validación, capacitación y entrenamiento en el uso de ellas.	26	84%	4.29
	Articulación con el Ministerio de Educación y las Instituciones de Educación Superior formadoras de talento humano en salud, para revisar los perfiles profesionales y acordar estrategias conjuntas para mejorar las competencias de los egresados para operar bajo los requerimientos del contexto sectorial y social del país. Esto debe hacerse desde el contexto de la planificación territorial basado en la identificación de necesidades y articulación intersectorial.	24	77%	4.48

Desarrollo de Capacidades Institucionales y del talento humano en salud	Creación de una escuela para el desarrollo profesional permanente del talento humano en salud. Esta escuela debe crearse orientada a complementar el proceso formativo del talento humano en salud, en lo relacionado con su actuar en el sistema de salud, acorde con las necesidades específicas y elementos del contexto. Deben acogerse las nuevas metodologías de educación como la virtualidad y se debe orientar no solo al desarrollo de competencias duras, sino también blandas tanto en lo técnico, como o administrativo	26	84%	4.61
	Desarrollar una política integral de incentivos para el talento humano en salud que propicie la disminución de la alta rotación existente. La política debe contemplar la estabilización de las relaciones laborales, la política salarial y otros tipos de incentivos no centrados en lo económico.	23	74%	4.29
	Fortalecer la capacidad de gestión de las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales. En el contexto del Plan Decenal de Salud de Salud Pública 2022-2031, sus ejes estratégicos y su enfoque en gestión territorial, desarrollar un plan de evaluación de las capacidades, identificación de brechas y desarrollo de un plan de fortalecimiento de las capacidades de los territorios con énfasis en la capacidad del ejercicio de funciones de IVC y asistencia técnica a los actores del sistema para la implementación de las RIAS.	29	94%	4.16
	Fortalecimiento de la asistencia técnica como herramienta complementaria al proceso de capacitación. La asistencia técnica debe orientarse al mejoramiento de los procesos en el terreno y debe ser responsabilidad tanto de las EAPB, como de las Entidades Territoriales que deben fortalecerse para ejercer esta labor. La asistencia técnica debe ser fruto de un proceso de planificación con una visión integral de las problemáticas territoriales. En la medida de lo posible el MSPS debe de manera virtual o presencial en ocasiones, estar presente para la orientación de todos los actores y no dejar desviar el rumbo.	29	94%	4.58
	La conformación y mantenimiento de los gestores comunitarios es una estrategia fundamental en el marco del modelo de atención centrado en el usuario y con la APS como eje fundamental. Una política de identificación, selección, formación y soporte a los gestores comunitarios siendo estos "una persona de la comunidad que en zonas dispersas podrá apoyar el desarrollo de intervenciones específicas de las RIAS"	22	71%	4.61
Fortalecimiento de la Participación social	Desarrollar una estrategia masiva de información y capacitación a los usuarios orientado a mejorar su participación en la implementación de las RIAS, no solo como usuarios de las mismas, sino como gestores, veedores y garantes del buen funcionamiento.	25	81%	4.55
	Formular estrategias de implementación de las RIAS con enfoque diferencial, dando participación efectiva a los diferentes grupos poblacionales en la planeación y operación de las RIAS con adecuación sociocultural	25	81%	4.42
	Utilización de las tecnologías de la información y la comunicación, incluidas las redes sociales para mantener un contacto permanente con los usuarios, para escuchar su voz y tomar acciones de mejoramiento basados en las necesidades reales de los usuarios	26	84%	4.00
Monitoreo y evaluación	1. Implementación de una sala situacional de relacionamiento territorial, entendiendo esta como una metodología, inserta en un proceso social, para generar un proceso de análisis en el que se involucran diferentes actores del territorio, tendiente a promover decisiones y soluciones respecto al tema analizado, desarrollada en 4 momentos: <ul style="list-style-type: none"> · Momento 1: preparatorio (diagnostico, observación o inventario de las necesidades y priorización) · Momento 2: deliberativo de análisis con actores claves (priorización y capacitación) · Momento 3: deliberativo de construcciones de soluciones (propuesta y convocar) · Momento 4: monitoreo (acciones, mejora y retroalimentación) 	28	90%	4.23
	2. Revisar el menú de indicadores de las RPMS y RMP y evaluar no solo su pertinencia sino las fuentes de información para viabilizar la operacionalización y uso de los mismos.	25	81%	4.06
Unificación e interoperabilidad de los sistemas de información	Estructurar una mesa nacional interinstitucional, con apoyo de la cooperación internacional para la creación de un sistema único de información en salud. Se deben asignar recursos específicos para esto y definir una meta no mayor a cinco años para tener el sistema funcionando	23	74%	4.10

ANEXO 5 HERRAMIENTAS ÚTILES EN EL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN

Herramienta	Normatividad aplicable	Importancia para las RIAS	Herramienta de consulta, seguimiento o proceso	Autor
ABECÉ Decreto 441 de 2022	Decreto 441 del 2022	Descripción resumida del decreto	https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/abece-decreto-441-de-2022.pdf	MSPS - Ministerio de Salud y protección social
Anexo tipo para acuerdo de voluntades	Resolución 3280 de 2018, la 276 ambas del 2019	Guía técnica sugerida para el proceso de contratación de las rutas integrales de atención entre aseguradores y prestadores de servicios de salud se construyeron anexos técnicos tipo para promoción y mantenimiento de la salud, atención materno - perinatal y atención de pacientes crónicos con riesgo cardiovascular y metabólico. Los documentos incluyen las tecnologías en salud sugeridas para la atención integral de las personas, las condiciones y los elementos requeridos para que el contrato incluya lo establecido en las rutas de atención correspondientes.	https://sig.sispro.gov.co/AiHospitalcontigo/	MSPS

Herramienta	Normatividad aplicable	Importancia para las RIAS	Herramienta de consulta, seguimiento o proceso	Autor
Herramienta para el cálculo de necesidades operativas y la planeación de acciones en el primer nivel de atención	Resolución 3280 de 2018, la 276 ambas del 2019	Archivo en Excel que permite hacer el cálculo del número de procedimientos que se requieren según la población a atender, de acuerdo con las tecnologías en salud de carácter programático para la promoción y el mantenimiento de la salud, población materno perinatal y atención básica de pacientes crónicos (HTA, DM y ERC 1, 2 y 3a) y un estimado de atenciones de morbilidad por demanda espontánea para el nivel básico de atención.	https://sig.sispro.gov.co/AiHospitalcontigo/	MSPS
Herramienta para el cálculo del costo de las Rutas Integrales de Atención en Salud	Resolución 3280 de 2018, la 276 ambas del 2019	Permite hacer el cálculo del costo medio de usuario por edad simple, momento de curso de vida, total poblacional y por rangos de edad, con base en los parámetros de costo y población ingresados por el usuario, así como el ajuste de los datos epidemiológicos de acuerdo con análisis particulares de los que se dispongan a nivel del territorio.	https://sig.sispro.gov.co/AiHospitalcontigo/	MSPS

Herramienta	Normatividad aplicable	Importancia para las RIAS	Herramienta de consulta, seguimiento o proceso	Autor
Nota Técnica: Lineamientos sobre su construcción, uso y seguimiento	Decreto 441 del 2022	La operacionalización de las RIAS se hace a través de un contrato, y la base para determinación de los mecanismos de pago a contratar es la construcción de la nota técnica.	https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/nota-tecnica-decreto-441-de-2022.pdf	MSPS
PAMEC	Decreto 780 de 2016	Contribuye al mejoramiento de la gestión institucional, gestión en red y el logro de los resultados en salud	https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/pautas-auditoria-mejoramiento-calidad-atencion-en-salud.pdf https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/LISTA%20DE%20CHEQUEO%20PARA%20IMPLEMENTAR%20Y%20EVALUAR%20EL%20PAMEC.pdf https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/guias-basicas-auditoria-mejoramiento-calidad.pdf	MSPS
Plan de Acción en Salud PAS cada vigencia	Resolución 1536 de 2015 Resolución 518 de 2015 y anexo técnico modificado por la resolución 3280 del 2019	Para la gestión operativa del PTS en la cual se programan las actividades del PSIC y de Gestión de Salud Pública, así como los recursos que la entidad territorial va a desarrollar durante la vigencia	Portal WEB de gestión PDSP sistema de monitoreo y evaluación PTS integrado al SISPRO https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/epidemiologia/Paginas/cargue-planes-territoriales-de-salud.aspx	MSPS
Plan territorial de salud	Resolución 1536 de 2015 Resolución 518 de 2015 y anexo técnico modificado	Define las necesidades y problemáticas en salud priorizadas en el territorio; y	Portal WEB de gestión PDSP sistema de monitoreo y evaluación PTS integrado al SISPRO	MSPS

Herramienta	Normatividad aplicable	Importancia para las RIAS	Herramienta de consulta, seguimiento o proceso	Autor
	por la resolución 3280 del 2018	los recursos de salud pública en la entidad territorial.	https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/epidemiologia/Paginas/cargue-planes-territoriales-de-salud.aspx	
Política de participación social en salud – PPSS	Resolución 2063 de 2017	Orienta el desarrollo comunitario, la participación y las veedurías ciudadanas en salud.	https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202063%20de%202017.pdf https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/GT/politica-ppss-resolucion-2063-de-2017-cartilla.pdf	MSPS
Programa Territorial de reorganización, rediseño y modernización de redes de ESE - PTRRM	Ley 1450 de 2011 Guía metodológica	Define el rol de la red de la ESE y los mínimos necesarios para garantizar las RIAS	PTRRM de cada territorio https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/metodologia-ptrrm-version-300621.pdf	MSPS
Proyectos de inversión	Resolución 2053 de 2019	Trámite de proyectos de inversión en infraestructura y dotación	https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202053%20de%202019.pdf	MSPS
Redes integrales de prestadores de servicios.	Resolución 1441 de 2016 Resolución 5401 de 2018	Constituye la red de prestadores mediante la cual las diferentes EPS garantizan la prestación de servicios a la población	Módulo de redes del REPS https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%201441%20de%202016.pdf http://normograma.supersalud.gov.co/normograma/docs/resolucion_minsaludps_5401_2018.htm	MSPS
Sistema obligatorio de garantía de la calidad	Decreto 780 de 2016 Resolución 3100 de 2019	Define las condiciones necesarias para la prestación de los servicios y sus modalidades con enfoque diferencial	Registro especial de prestadores REPS https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%20780%20de%202016.pdf https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203100%20de%202019.pdf	MSPS

Herramienta	Normatividad aplicable	Importancia para las RIAS	Herramienta de consulta, seguimiento o proceso	Autor
Subsidio a la oferta	Ley 1955 de 2019 Decreto 268 del 2020 Resolución 857 de 2020	Financiación de la operación de la prestación de servicios por instituciones públicas	Distribución de SGP subsidio a la oferta cada año módulo de seguimiento en sistema de información de Hospitales SIHO	MSPS
Formación Continua en Atención Primaria en Salud Dirigida al Talento Humano	No aplica	Proceso de formación continua dirigido al talento humano en salud, para el desarrollo de capacidades técnicas para la atención integral en salud en las Rutas Integrales de Atención en Salud - RIAS básicas (Promoción y mantenimiento y Materno-perinatal).	Por definir	Programa de Comunidades Saludables - CS
Formación Continua en Salud Familiar	No aplica	Dirigido al talento humano en salud con el fin de desarrollar las capacidades técnicas necesarias para el abordaje en salud familiar y comunitaria	Por definir	CS
Modelo de incentivos al Talento Humano en Salud THS	No aplica	Propuesta de modelo de incentivos financieros y no financieros dirigida a las y los trabajadores de la salud,	Por hacer	CS
Manual de educación para la salud	No aplica	Herramienta técnica, pedagógica y metodológica que oriente el desarrollo de educación para la salud grupal por momento de curso de vida o la población sujeta en	Por hacer	CS

Herramienta	Normatividad aplicable	Importancia para las RIAS	Herramienta de consulta, seguimiento o proceso	Autor
		los entornos de vida cotidiana		
Diseño de una herramienta de costeo para las atenciones de las RIAMP & RPMS	No aplica	Diseño un modelo que permita crear capacidades para entender los costos; comprender los riesgos de la población; la capacidad efectiva para prestarlas; y las alianzas necesarias	Por definir	CS
La adaptación y validación de la herramienta (PCAT)	No aplica	Adaptar y validar la herramienta IA-PCAT a partir de la evaluación del cumplimiento de los atributos o funciones de la APS	Por definir	CS
Análisis de suficiencia y capacidad instalada	No aplica	Herramienta que permite contar con información detallada sobre la capacidad instalada de las Instituciones prestadoras de servicios de salud, teniendo como referencia las RIAS, y los servicios mínimos del componente primario de la red o del prestador primario de salud. Esta herramienta debe estar disponible para los integrantes del SGSSS interesados en el análisis, seguimiento y evaluación de la entrega efectiva de las	Por definir	CS

Herramienta	Normatividad aplicable	Importancia para las RIAS	Herramienta de consulta, seguimiento o proceso	Autor
		atenciones definidas en las RIAS en el componente – prestador primario. La herramienta debe estar incorporada en el SISPRO o las fuentes definidas de manera conjunta con Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) para uso de todos los integrantes del SGSSS.		
Diseño de una herramienta de costeo para las atenciones de las RIAMP & RPMS	No aplica	Diseñar un modelo que permita crear capacidades con los prestadores para que entiendan sus costos de producción; 2) Mejorar la comprensión de los riesgos de las poblaciones que atenderán; 3) Mejorar la comprensión de la brecha entre las acciones requeridas por las RIAS y su capacidad efectiva para prestarlas; y 4) Incentivar alianzas horizontales para cubrir las RIAS materno-perinatal y de promoción y mantenimiento	Por definir	CS
Diseño de una propuesta de modelo de telesalud para la RIAMP	No aplica	Generación de una propuesta de modelo de telesalud para las atenciones de la RIAMP que sean susceptibles de	Por definir	CS

Herramienta	Normatividad aplicable	Importancia para las RIAS	Herramienta de consulta, seguimiento o proceso	Autor
		implementación a través de esta modalidad de prestación		