

CAPÍTULO 8

EL ENFOQUE DE LA TELESALUD PARA LOGRAR MEJORAR LA CAPACIDAD RESOLUTIVA EN LA APS Y SU DESARROLLO EN LA ATENCIÓN DE ESPECIALIDADES MÉDICAS



Autores:

Myriam Leonor Torres Pérez

Leonardo Yunda Perlaza

Paola Fontecha Castro

Steve Rodríguez Guerrero

Se inicia con la consideración presentada por la OPS en el 2002, en la que se brinda información acerca de los aspectos que han dificultado la cobertura de los servicios de salud, MinSalud (2012, p.1):

La universalidad del aseguramiento en salud, la garantía de portabilidad de prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, la garantía de una red de servicios de salud que brinde atención básica y compleja en todas las regiones bajo un modelo integral de prestaciones de servicios preventivos, asistenciales y colectivos, y la unificación del Plan de Beneficios (POS), entre otros, son los principales propósitos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, definido por la Ley 100 de 1993 y demás normas que han introducido modificaciones a la reforma del sistema de salud en los años siguientes. Sin embargo, determinantes de orden socioeconómico -empleo y crecimiento económico- han impedido alcanzar la cobertura universal y la equiparación de los planes de salud (Programa de Organización y Gestión de Sistemas de Servicios de Salud, Organización Panamericana de Salud OPS, 2002).

Para poder realizar una aproximación de cómo se puede tener un amplio margen de cobertura en la atención en salud, de oportunidad en la asignación de las citas, de establecer métodos diagnósticos y de tratamiento más oportunos, de contribuir a un programa de atención de factores de riesgo que colocan en peligro la vida de un ser humano y lograr intervención desde su domicilio, es de vital importancia dialogar sobre nuestro actual Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS).

De acuerdo con el DANE en cuanto a la cifra de aseguramiento en salud con corte a 2021, la cobertura en salud entre los periodos 2018 a 2021 aumento en un total de 4,06 puntos porcentuales a nivel nacional, al pasar de una cobertura del 94,66 % al 98,72 % del total de la afiliación al SGSSS. La afiliación al régimen contributivo ha evolucionado de 22 378 384 de personas a 24 373 206, lo cual corresponde a un incremento de 8,9 puntos porcentuales durante este periodo. En cuanto al régimen subsidiado el incremento fue de 5,28 puntos porcentuales y en cuanto al régimen especial (Fuerzas Armadas, Ecopetrol, Universidades Públicas, Magisterio) el incremento fue de 5,57 puntos porcentuales.

La red prestadora de servicios de salud pública, privada y mixta está conformada por 181.689 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS); el 67 % de la red es de baja complejidad, con 121.114 IPS; el 30.4 % es de media complejidad, con 55.666 IPS;

y el 2.6 % es de alta complejidad, con 4.800 IPS. (Minsalud. Caracterización Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, 2021)

(REPS) – IPS 2016. Según la última Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2007, la oferta de instituciones de salud pública y privada es más amplia en los municipios de categoría especial 1, 2 y 3, que en las categorías 4, 5 y 6. El predominio de la oferta en los municipios de categoría 6 son las instituciones públicas, y es escasa la presencia de prestadores privados, sobre todo la de aquellos que cuentan con servicios de hospitalización (Ministerio de Salud y Protección Social et al., 2012).

Según la ENS 2007, la mayor parte de la demanda entre quienes buscan la atención en salud es de mujeres y niños, seguidos por los adultos mayores. La principal razón de consulta en ambos sexos fue la enfermedad física no obstétrica (62,4 %), seguida por el chequeo médico de persona sana (13,3 %). Por sexo, la mayoría de las mujeres consulta por razones obstétricas y otros motivos relativos a la salud sexual y reproductiva y prevención de enfermedades, en tanto que los hombres lo hacen por problemas de salud relacionados con lesiones por accidentes o violencia y otras causas.

La demanda de los servicios de salud difiere por régimen de afiliación y tipo de atención. El 47 % de todos los eventos registrados se debe a personas del régimen contributivo que consultan en una mayor proporción los servicios ambulatorios, mientras que las personas del régimen subsidiado acuden con mayor frecuencia a los servicios de urgencias; tales diferencias se deben a las barreras en el acceso a los servicios de salud que tienen las personas con menor capacidad de pago. Una alta proporción de la población no afiliada demanda los servicios hospitalarios, debido posiblemente a la carga que tiene en este servicio la atención de problemas relacionados con el parto y el puerperio (MinSalud, 2007).

Una tercera parte de la población con morbilidad sentida no acude a los servicios de salud por barreras de acceso a la atención en salud, siendo una de las principales razones la no demanda de servicios por falta de dinero. De hecho, el pago de servicios de salud con recursos propios o de familiares fue del 15,5 % en 2007. Entre las personas no aseguradas, el mayor gasto en salud lo representa el pago por medicamentos (el 44 % del gasto) (MinSalud, 2007).

El actual sistema de salud fue creado por la Ley 100 de 1993 cumpliendo 30 años de vigencia en el 2023 y conforme a la disertación de: inequidades en el acceso al SGSSS en Colombia:

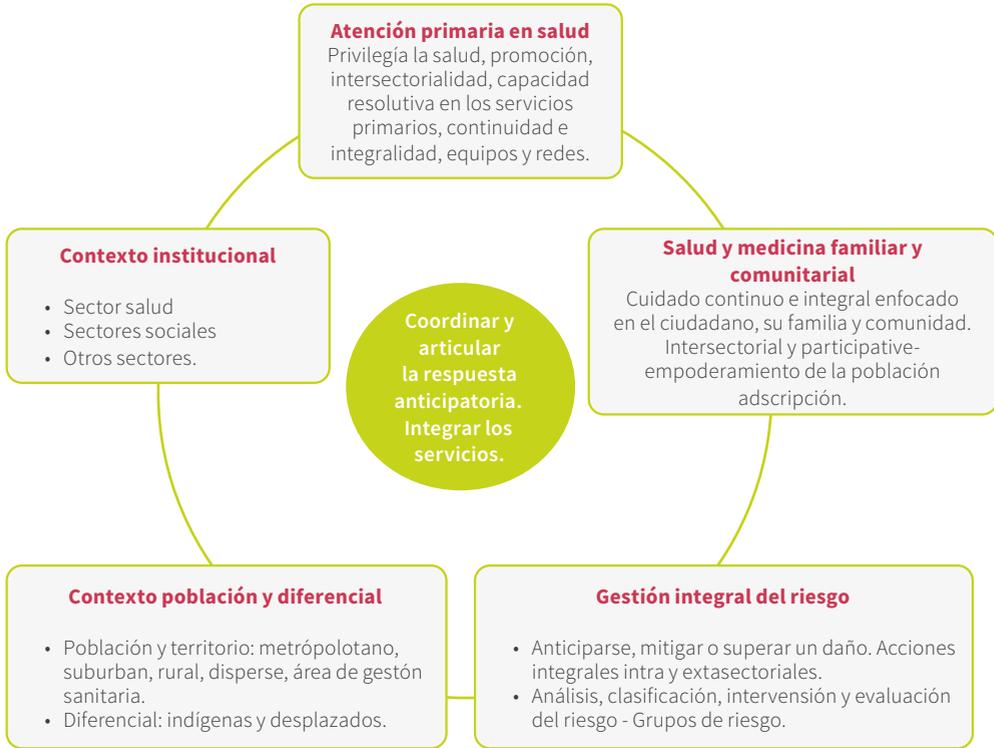
Una de las reformas más profundas de la historia del país, que modificó totalmente el funcionamiento de la seguridad social, incluyendo la salud. Se estableció un sistema de prestación de servicios y financiación que introdujo la solidaridad, la eficiencia y la competencia como elementos centrales para lograr los objetivos centrales: equidad, calidad y cobertura (Guerrero y Trujillo, 2013, p.40).

Después de más de 20 años, es claro que esta reforma tiene impactos importantes sobre la salud y la calidad de vida, por los cambios en cobertura y demanda de los servicios. Este hecho, sumado al monto de los recursos es suficiente para evaluar qué ha sido bueno y dónde se debe corregir el rumbo, las limitaciones del sistema no se manifestaron en el momento de la implementación hecho que contribuyó a que factores alternos como, la poca capacidad instalada con los grupos profesionales; médicos, enfermeras, odontólogos, psicólogos, bacteriólogos y cada uno de los profesionales involucrados en la atención no fuera la idónea para atender la población total, hoy por hoy se sufre con ese flagelo en donde la oportunidad no tiene un alto porcentaje de resolutivez, este parámetro es uno dentro de los tantos que limitan la posibilidad de entregar un sistema de seguridad social con equidad hacia la población, otro factor que se percibe es el componente geográfico sumado a la falta de recurso de los usuarios para la movilización, preocupa y limita el sistema.

El aseguramiento es el instrumento que plantea la Ley 100 para superar las contingencias de la enfermedad; este es un arreglo institucional dirigido por definición al manejo del riesgo de salud y sus consecuencias económicas. En la interpretación operativa inicial de la Ley 100 de 1993, se consideró que el aseguramiento podría ser exhaustivo en el abordaje de los objetivos y funciones del sistema de salud. Esto ha sido revaluado a través de los años y en particular a partir del desarrollo de los modelos conceptuales de los determinantes sociales y el propio desarrollo del concepto de sistema de salud, donde la función de rectoría se ha considerado esencial para procesar la efectividad de la intervención del sistema.

Colombia ha recorrido un largo camino en ese sentido, reposicionando los conceptos de rectoría y salud pública como componentes esenciales del sistema. Sin embargo, este desarrollo ha avanzado un poco más allá de lo conceptual y tiene limitantes en la integración del instrumento de aseguramiento. En la Figura 16 se presenta el marco estratégico del modelo integral en atención en salud, a partir del proporcionado desde la OMS para los sistemas de salud.

Figura 16. Propuesta de la composición de los EBAPS asistencial especializado por demanda por Telesalud – Telemedicina.



Fuente: MinSalud (2014). https://www.dssa.gov.co/images/botones_n/mias_pais/documentos/8.%20%20Lineamiento-desarrollo-mias.pdf, incorporado por el MAITE.

El sistema de salud colombiano es altamente articulador y su estructura se basa en la integración del sector salud con otros sectores, el enfoque en la Atención Primaria en Salud, medicina familiar y comunitaria y gestión del riesgo, componentes que deben estar coordinados con estrategias reguladas que permitan mantener la integridad y eficacia de la intervención en salud pública teniendo en cuenta el contexto poblacional y diferencial en el individuo, familia y comunidad a través de acciones definidas en el marco operativo del modelo que se presenta en la Figura 17.

Figura 17. Marco operativo del modelo integral en atención en salud para el SGSSS colombiano.



Fuente: MinSalud (2014). https://www.dssa.gov.co/images/botones_n/mias_pais/documentos/8.%20%20Lineamiento-desarrollo-mias.pdf

De acuerdo con el Plan de Atención Integral en Salud de MinSalud “uno de los mayores problemas del sistema es la desconexión entre las funciones de salud pública y las del aseguramiento. En los sistemas centralizados esta dicotomía no existe, ya que la salud pública y el aseguramiento se manejan unificadamente” (MinSalud, 2016, p.28). En Colombia la fragmentación se origina en la coexistencia autónoma de más de 1 000 entidades territoriales, 13 000 prestadores de servicios independientes (públicos y privados) y 70 aseguradoras.

Con objetivos diferentes, la producción efectiva de salud requiere que la regulación tenga objetivos comunes. Sin embargo, la historia muestra que en el propio regulador existe fragmentación en la regulación. Superar este problema requiere centrar la producción de salud como el objetivo central de todo el sistema de salud y la seguridad social.

Por las razones anteriores se requiere regular un modelo de atención integral, entendida como el conjunto de estrategias, intervenciones, procesos instrumentos y reglas, que se definen para obtener resultados en la salud de la población. El modelo de atención incluye tanto las acciones orientadas a generar bienestar, como las dirigidas hacia el mantenimiento de la salud, la detección de riesgos y enfermedad, la curación de la enfermedad y la reducción de la discapacidad.

En el sistema colombiano es fundamental que el modelo de atención sea integral, ya que debe hacer converger los objetivos, incentivos y operaciones de los agentes y funciones intermedias del sistema. Esta integralidad; sin embargo, no implica unicidad, ya que las características de las poblaciones y territorios tienen amplias diferencias.

Dado el estado actual de desarrollo del sistema, es necesario que el modelo de atención incluya intervenciones orientadas a garantizar su integralidad, continuidad, pertinencia, retomando los principios y orientaciones de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), y el enfoque de la salud familiar y comunitaria, así como la gestión integral del riesgo de salud. La primera, la APS, promueve la coordinación del sistema en función de sus respuestas, la segunda, la salud familiar y comunitaria, enfatiza el interés del modelo en la población e integra los diferentes servicios sectoriales e intersectoriales entre la población, los territorios y entornos sociales y la tercera la gestión integral del riesgo, articula una respuesta de tipo anticipatoria dirigida a modular el riesgo en salud.

Estas estrategias permiten la articulación y armonización del aseguramiento, la prestación de servicios de salud y el desarrollo de las políticas y programas e intervenciones en salud pública, de acuerdo con la situación de salud de las personas, familias y comunidades, soportada en procesos de gestión social y política de carácter intersectorial, las cuales deben aplicarse teniendo en cuenta la diferencia de las personas y los colectivos en los diversos contextos poblacionales y territoriales, así como las competencias que cada uno de los actores del sistema debe cumplir.



8.1. ANTECEDENTES Y RETOS DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO

Los sistemas de salud son arreglos institucionales complejos y dinámicos; no deben ser sujeto de cambios aleatorios, por el contrario, deben responder y adaptarse a las necesidades de la población y sus determinantes (Marmot, 2005). Toda regulación debe partir de un proceso objetivo en el cual las intervenciones sean orientadas por la evidencia derivada de sus fallas y resultados obtenidos, así como de los efectos intermedios logrados en cuanto a oportunidad, calidad y continuidad de los servicios. Los desenlaces sobre la salud de la población son sustanciales para asegurar aceptación de las políticas y la legitimidad de los sistemas (Daniels, 2001; Daniels y Sabin, 1997).

Sin embargo, todo sistema tiende a ser autorreferente y refractario al cambio, consecuencia de las interrelaciones que lo sustentan. Cuando, además integra arreglos de mercado, la complejidad regulatoria se agudiza como consecuencia de los intereses de los agentes y sus juegos estratégicos. Se puede presentar incluso, la captura del regulador cuando no existe conexión entre la intervención regulatoria y los objetivos de política. Estos procesos pueden derivar en normas donde se preserve el interés particular y no se logren avances sobre los intereses colectivos: el derecho de las personas, la calidad de la respuesta y los efectos finales en mejor salud y bienestar.

El caso colombiano es ilustrativo. El sistema ha transitado a través de diferentes procesos de reforma, además de profusa reglamentación. Se evidencia decreciente efectividad regulatoria para la modulación del sistema. Esto también se relaciona con visiones divergentes sobre funciones y resultados sociales esperados desde los organismos regulatorios, en particular entre el Ministerio de Salud y Protección Social y otras instituciones del Estado. La falla regulatoria, se nutre de la carencia de esa visión técnica y estratégica que oriente el largo plazo, más allá de las coyunturas y los enfoques técnicos de los funcionarios que aborden los retos regulatorios (Ruiz y Uprimny, 2012).

El sistema de salud colombiano ha logrado avances relevantes en la protección financiera de las familias frente al gasto catastrófico en servicios de salud⁶. Este resultado puede ser atribuido al esquema de aseguramiento social adoptado en la Ley 100 de 1993. Sin embargo, no se han obtenido logros similares en la resolución efectiva que involucra tanto la oportunidad y calidad, como la respuesta integral de los servicios de salud⁷.

La mayor parte de los esfuerzos de ajuste al sistema han buscado la eficiencia técnica en el uso de recursos de oferta⁸, con muy limitada intervención sobre las características de dicha respuesta. Hacia los pacientes, el énfasis ha estado en reducir su riesgo financiero, con escasa afectación del riesgo en salud. Esto ha sido determinado por un aseguramiento de tipo indemnizatorio, sin un enfoque concurrente hacia la gestión y resultados commensurables en buena salud y calidad de vida.

La eficiencia técnica no se basa en el mejoramiento de la gestión, sino en las ganancias en eficiencia derivadas de la competitividad de los agentes en un mercado que ha expandido la base de oferta de servicios a partir de la capacidad instalada disponible –particularmente en la oferta pública-. De acuerdo con lo mencionado en el documento de la Política de Atención Integral en Salud:

Estrategias optimizadoras basadas en la competencia entre los agentes han generado diferentes fallos:

1. Descreme de mercado⁹, contratación selectiva y racionamiento desde el asegurador.
2. Inducción de demanda, barreras de entrada y captura del regulador desde los prestadores de servicios de salud, IPS.

6 La evidencia es extensa desde la medición del gasto catastrófico (Trujillo, 2003; Giedion y Villar, 2008; Amaya y Ruiz, 2011). También han sido documentadas ganancias en equidad, particularmente en acceso a servicios curativos individuales, tanto ambulatorios como hospitalarios (Ruiz et al., 2013).

7 Esta evidencia es más de tipo cualitativo debido a la carencia de línea de base y series de tiempo que permitan medir los efectos de la reforma (Plaza et al., 2001; Abadía et al., 2008).

8 Los resultados del análisis de cuentas nacionales muestran para 2013 un gasto en salud como proporción del PIB bajo para un sistema universalizado y el menor gasto de bolsillo en el continente.

9 El descreme se ha efectuado tanto entre aseguradores, como entre regímenes de aseguramiento haciendo que la operación del seguro también presente un grado de fragmentación.

3. Concentración de oferta y control de la formación desde los grupos médicos.
4. Riesgo moral y selección adversa desde los usuarios.
5. Aumento de la utilización y pago de servicios de alta tecnología y baja capacidad resolutoria en el nivel primario que está en contacto directo con la población” (MinSalud, 2016, p.17).

La búsqueda de rentas no ha posibilitado la aplicación extensiva de una norma básica regulatoria basada en el interés del usuario y la consolidación del derecho a la salud de toda la población, relacionada con su condición de ciudadano y sujetos de derechos, que se operacionaliza a través de diferentes acuerdos institucionales y basado en un contrato social aceptado por todos los agentes¹⁰.

De allí que la respuesta del sistema deba ser muy frecuentemente judicializada a través de la acción de tutela. Por otra parte, existe un desajuste entre los requerimientos de la demanda y la capacidad de resolución, con atributos de calidad, integralidad y continuidad de los servicios de baja complejidad, con limitada eficacia en las acciones individuales y colectivas cuyo objetivo sea la promoción de la salud y la gestión del riesgo¹¹. Como resultante, las urgencias de las IPS de mediana y alta complejidad se han consolidado como la puerta de entrada al sistema, con severa subutilización de los servicios básicos dando como resultado la fragmentación de la atención médica, con los consecuentes efectos deletéreos sobre la salud y calidad de vida de las personas, familias y comunidades, así como los sobrecostos generados por la respuesta a demanda de servicios básicos con la estructura de costos, mucho más onerosa, de los escenarios de atención de urgencias de alta complejidad.

Trascurridos 20 años, es un hecho que la prestación de servicios se ha estructurado a partir de la disponibilidad de tecnología -y de sus diferenciales de precio- y no de los requerimientos del ciclo de servicio. Los niveles básicos presentan alta obsolescencia tecnológica, deficiencia en cantidad, pertinencia y calidad del personal de salud y de infraestructura en especial en la oferta pública, donde la inversión en reposición ha sido escasa. Las competencias y perfiles de los recursos humanos formados para

10 La iniciativa de reforma estatutaria a la salud (2014) busca abordar este aspecto.

11 Los análisis del Ministerio indican una baja tasa de utilización del nivel básico (60 %) con alta tasa de uso de la alta complejidad, por encima del 90 %.

garantizar el servicio primario en salud son insuficientes para potenciar mayor capacidad resolutiva, profundizando la baja respuesta institucional y generando represamiento de necesidades en salud. En la mediana y alta complejidad hay utilización inadecuada de los recursos especializados, ocasionada por los incentivos hacia la inducción de demanda desde la oferta, así como por debilidad en realizar las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, aunado por la derivación de casos no complejos desde los niveles básicos que no requieren una atención especializada. Son preponderantes los incentivos hacia la subespecialización y el aislamiento funcional de las especialidades básicas, del ciclo de servicio, lo cual reduce el efecto resolutivo del sistema e impone mayores costos y mayor fragmentación en la atención (MinSalud, 2016).

La evidencia muestra que la demanda de servicios de salud generada por la mayor cobertura del aseguramiento ha crecido más rápido en el segmento de servicios especializados y de uso intensivo de tecnología. Esta tendencia ha estado acompañada por el enfoque de los servicios en la enfermedad y en las instituciones hospitalarias de mayor complejidad, que se traduce en un crecimiento acelerado de la demanda de profesionales especializados, particularmente aquellos relacionados con procedimientos médico quirúrgicos. Paralelamente, se ha observado una reducción progresiva de la capacidad resolutiva de los profesionales no especialistas, en especial de las enfermeras y médicos que están en los primeros niveles de atención.

A lo anterior se debe agregar la baja capacidad técnica de la gestión en salud pública por parte de las entidades territoriales tanto para orientar la construcción participativa de los planes de salud territorial, los cuales deben integrar las diferentes acciones de acuerdo con la situación de salud de la población, así como para ejecutar intervenciones colectivas efectivas, como para motivar acciones intersectoriales sobre los determinantes sociales que promuevan la salud de la población y oriente la gestión integral del riesgo en salud, así como una doble descentralización que entregó hospitales y funciones de salud pública a las entidades territoriales sin capacidad para manejarlos adecuadamente (Guerrero et al., 2013). El efecto final es la alta carga de enfermedad acumulada en la población, lo cual impacta el gasto en salud fundamental en la calidad de vida de la población, tanto en el corto como en el largo plazo.

Frente a esta situación, el Ministerio de Salud y Protección Social plantea un modelo de atención que se centre en preservar la salud y mitigar la severidad y discapacidad generada por la enfermedad. Esta necesidad ha sido recogida por el Ministerio en diferentes documentos, incluso se han planteado soluciones en distintas leyes como la Ley 1122 de 2007 y la Ley 1438 de 2011. Sin embargo, persiste la dificultad para la

integración de las intervenciones colectivas, responsabilidad de las entidades territoriales con las intervenciones individuales responsabilidad de los aseguradores, la prestación de servicios y la operacionalización del modelo en las entidades territoriales.

Lo anterior hace ineludible que Colombia cuente con un modelo de atención integral donde se armonicen los objetivos de los agentes generando las interfaces entre las dimensiones del sistema que permitan su operatividad a nivel territorial. Este modelo de atención debe integrar la estructura del sistema bajo la gestión integral del riesgo en salud enlazando las acciones intersectoriales y sectoriales, colectivas e individuales, incluyendo en esta los procesos clínicos para mejorar la capacidad integral de respuesta del sistema y superar los problemas de la oferta de servicios y sus efectos negativos sobre la demanda.

Es evidente que el sistema enfrenta retos importantes que pueden afectar el aumento de las coberturas, la equidad en la afiliación, la calidad del servicio y sobre todo, la sostenibilidad financiera del sistema hacia futuro, este último parámetro es lo que se busca con la nueva reforma, la cual tiene sus pros y sus contras dependiendo de la óptica a la cual se le mire.

Paradójicamente, el primero de estos retos está asociado al aumento de cobertura. Cuando se promulgó la Ley 100, se pensó que, por el crecimiento de la economía, cada vez iba a haber mayor proporción de personas en el RC, lo que haría viable el financiamiento del RS. Tal como lo menciona el exdirector(e) de la Fundación para la Educación Superior y el Desarrollo (Fedesarrollo): :

El efecto directo de esta medida es encarecer el empleo formal por la creciente cotización, llevando a que en el tiempo los trabajadores busquen evitar aumentos sucesivos en la cotización, escapándose del sector formal (RC). Este efecto no es tan evidente hoy por el alto crecimiento económico, pero vale la pena preguntarse qué pasará durante la desaceleración. Si esta tendencia continúa, al final, una proporción creciente de la población va a terminar en el RS, sin mayores recursos del RC, generando un círculo vicioso de informalidad en el que aumentos de las coberturas en el RS requieren crecientes recursos, que surgen de mayores cotizaciones, que a su vez expulsan más gente del grupo de cotizantes, lo que exige mayores aumentos, y así sucesivamente. Esto compromete el éxito de la reforma, porque afecta la sostenibilidad del sistema hacia futuro.

Segundo, el problema anterior es más importante si se tiene en cuenta que la entrada en vigor de la Ley 100 incrementó los costos a la nómina de manera considerable, a cerca del 55 % del salario. Posteriormente, se han presentado otros incrementos para salud, pensiones e impuestos parafiscales, aumentando este porcentaje a cerca del 60 %. Como era de esperarse, este hecho generó una creciente participación del empleo por cuenta propia informal, receptor del empleo que se deja de generar en el mercado formal por los excesivos costos salariales. Así, este problema, unido a una cobertura ambiciosa del RS, que no está acompañada de tránsitos informalidad-formalidad y reglas de salida claras del RS.(Santa María et al., 2009, p.1)

En conformidad con Santa María (2009)

El tercer reto es central se basa en los grandes preceptos de la Ley 100, fundamental para la sostenibilidad del sistema, era que los recursos destinados a financiar los hospitales públicos (recursos de oferta) disminuyeran a medida que aumentara el aseguramiento. Sin embargo, esto no ocurrió. Por el contrario, el monto destinado a atender este uso creció, a pesar que el tamaño de la población objetivo disminuyó por el aumento del aseguramiento.(Santa María et al., 2009, p.1)

Esto muestra que el presupuesto destinado a hospitales es muy rígido y responde menos a criterios técnicos que a criterios políticos. Después de la Ley 715 de 2001, esta situación se agravó porque la responsabilidad de administración de los hospitales se cedió a los departamentos. Así las cosas, reducir el presupuesto para hospitales debilitaría a los departamentos, fuera del escándalo público que surge cada vez que se toma una acción así. Está dinámica lleva a otro círculo vicioso: a medida que se les asigna más dinero a los hospitales, hay menos plata para ampliar y sostener coberturas de aseguramiento. Con menos plata para ampliar cobertura hay que enviar más plata a los hospitales.

Esto lleva no solo a que el proceso de universalización de cobertura se alargue, sino también al desperdicio de recursos. Adicional a esto, el Gobierno inició en 2003 un proceso de reestructuración de hospitales con el objetivo de volverlos más eficientes. Se han invertido alrededor de 800 mil millones de pesos (Santa María et al., 2009).

El cuarto reto presentado en una publicación de periódico por Santa María (2008) alude a la columna vertebral del sistema: la cuenta de compensación del FOSYGA, donde se observa solidaridad entre los miembros del RC y se lleva a cabo el “cuadre” del sistema (allí se recaudan todas las contribuciones del RC). Si esta cuenta sufre problemas financieros, la sostenibilidad del sistema queda seriamente comprometida. Actualmente existen dos amenazas: en primer lugar, está el ciclo económico que, como es evidente, se está desacelerando. Como la fuente que nutre esta cuenta son cotizaciones que dependen del nivel de empleo formal, una desaceleración de la actividad económica tiene importantes efectos negativos sobre el tamaño de los recaudos (nótese que, por esta vía, la informalidad también afecta las finanzas del RC).

Concluyendo, el análisis de sostenibilidad del sistema de salud apunta a que, por lo menos en el mediano plazo, el financiamiento de la parte contributiva debe cubrirse con recursos propios, mientras que la parte subsidiada debe balancear cuidadosamente la cobertura, las fuentes de financiación y el cubrimiento del seguro para que sea sostenible financieramente. Sin embargo, pareciera que nos estamos alejando de estas dos premisas, los componentes de la nueva reforma entregan la disponibilidad de inclusión de los servicios de telemedicina como política de estado en las zonas rurales y de difícil acceso brindando oportunidad en el nivel de atención, lo que convertiría a los hospitales de dichas zonas en un proceso con un alto margen de resolutivez.

Partiendo de este análisis del estado actual en salud en Colombia, debemos tener en cuenta que los problemas planteados, en su gran mayoría se resuelven con implementación en el uso de nuevas estrategias en la prestación de servicios de los pacientes, caso particular los sistemas de Telesalud en Colombia, pero partamos de la base de como una integración de servicios tecnológicos, los cuales en su gran porcentaje necesitan sistemas de comunicación combinados con los modelos de atención que pueden contribuir en gran parte a una solución del sistema.



8.2. DEFINICIÓN DE RESOLUTIVIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

Partiendo de esta premisa tenemos que definir qué significa ser resolutivo; la Real Academia de la Lengua Española lo define como:

Del lat. *resolūtus*, *part. pas. de resolvĕre* ‘resolver’, e -ivo.

- 1.** adj. Perteneciente o relativo a la resolución o a la persona resolutiva. Su actitud resolutiva nos salvó del desastre.
- 2.** adj. Que intenta resolver, o resuelve, cualquier asunto o problema con eficacia, rapidez y determinación. Necesitamos personas resolutivas.
- 3.** adj. Med. Que tiene virtud de resolver (hacer desaparecer un tumor o una inflamación). U. t. c. s. m.

Con este orden de ideas, se puede definir entonces que el ser resolutivos en las variables de atención en salud conduce a tener muy claro qué condiciones o factores que se enmarquen en políticas de modernización del Estado y sus objetivos sean las de satisfacer las necesidades del usuario en términos de acceso, cobertura, calidad de la atención, disminución de brechas de equidad, mejores resultados y control de costos relacionados todos con el ámbito de la atención en salud del paciente.

Para el usuario de los sistemas de salud, adquiere mucha importancia la percepción de la resolución del problema de salud que lo aqueja y por el cual acude a solicitar atención, y más aún, considera la recuperación de su estado de salud, de manera tal que le permita gozar de una buena calidad de vida de acuerdo con lo presentado por (Brazier, 1992). La valoración de la satisfacción frente a la atención recibida es un factor considerado determinante en el éxito de un tratamiento y de la adhesión, por

parte del usuario a la institución que cuida de su salud. La capacidad resolutive se ha considerado como un resultado de la atención, desde el momento en que este se entiende como un cambio en el estado de salud que pueda atribuirse a la atención precedente en salud (Donabedian, 1984), como se podrán dar cuenta no es algo tan novedoso hablar de capacidad resolutive en el mundo.

Las redes asistenciales, como se mencionó en capítulos anteriores han venido siendo consideradas como múltiples y variadas conforme a lo demandado por la población en cuanto a enfermedades que un solo establecimiento no puede resolver, en especial en aquellos establecimientos que conforman el nivel básico de atención. Por otro lado, es la dotación de recursos a cada red la que la identifica como diferente a las demás y cada una de ellas está en concordancia con el rol y nivel que debe atender y el alcance de las prestaciones que le corresponde entregar a la población.

En la modalidad basada en redes asistenciales, permite el desarrollo rápido de derivaciones de pacientes en forma fluida de un nivel a otro según las necesidades y la capacidad resolutive, como una propiedad intrínseca de la red y además dicha red debe permitir atender a cada una de las demandas frente a las ofertas presentadas.

Así como la calidad asistencial atiende en todos los niveles de la red, la resolutive y la calidad de la atención a las demandas y necesidades de salud, hacen parte integral de una mejora continua en respuesta al sistema de salud.

La Atención Primaria en Salud (APS) constituye la primera fase del proceso de mejora en la asistencia médica. En nuestro país, se le debe recordar y actualizar desde la formación del grado al médico general que es el encargado de dar solución a los problemas de salud de una comunidad, como en algún momento se nombró; “médico de cabecera”, hecho tan antiguo como la propia penicilina, este debe conocer la gran mayoría de los problemas de salud existentes, con el objeto de diagnosticarlos y tratarlos en forma adecuada.

Los aseguradores en un contexto de APS, son partícipes de este tipo de estrategias como un tercer agente, en el que centra sus esfuerzos en el manejo efectivo y seguimiento de los riesgos de salud, así como en la gestión de sus efectos económicos.

El aseguramiento social se orienta hacia la resolución del riesgo financiero a partir de la intervención del riesgo en salud de acuerdo con procesos regulados y que buscan

equidad y universalidad¹². En esquemas de aseguramiento social el asegurador debe hacer un esfuerzo adicional para lograr el efectivo aseguramiento de la salud de poblaciones, lo cual implica gestionar los riesgos de salud de la población asegurada.

La integración entre atención primaria y gestión del riesgo es una oportunidad para la definición de modelos de atención en Salud de tipo aseguramiento social¹³. La gestión de los riesgos individuales y colectivos en salud es la llave que integra el aseguramiento a los objetivos de reducir la carga de enfermedad, más allá de las acciones de tipo asistencial (MinSalud, 2016, p.41).

La APS se constituye también en un núcleo organizador e integrador de las redes de servicios de salud y de las acciones de promoción, prevención y recuperación de la salud, asegurando la coordinación y continuidad de los cuidados en los diferentes niveles de complejidad.

En nuestra realidad, el médico general no puede resolver en profundidad los problemas que presentan las afecciones más complejas o de baja incidencia y difícil reconocimiento clínico. Requiere, entonces, la colaboración del médico especialista, del Hospital base de la red asistencial, este proceso es el que se realiza a través de referencias o denominadas remisiones, la cual se resume en un esquema científico de modelo integral de interconsultas, nuestro sistema permite esta función a cargo del médico tratante que en gran medida es el que lleva el liderazgo de diagnóstico inicio de terapia y seguimiento de los controles en la mayoría de las poblaciones de riesgo en materia de salud pública. En la práctica, se reconoce que estas interconsultas se solicitan con demasiada frecuencia y en forma injustificada, porque revelan inconsistencias de diagnóstico y manejo clínico, he aquí el primer fallo del modelo operativo, no se tiene una garantía de la calidad de los profesionales en el mercado nacional, la gran mayoría de ellos con referencias internacionales muy óptimas en el

12 La progresión del aseguramiento en salud se inicia con esquemas de aseguramiento de tipo indemnizatorio a partir de los siniestros ocasionados, como extensión de la concepción de los seguros generales. Durante la década de los 90 se introduce la administración gerenciada ('managed care') que busca reducir el riesgo a partir de la modulación de la oferta de servicios hacia la mayor eficiencia. Una nueva etapa se ha abierto en los últimos años que involucra la modulación de la demanda a través de la gestión del riesgo en salud. Un ejemplo son los programas de manejo de enfermedad ('disease management').

13 Desde la teoría del seguro el aseguramiento social implica la reciente controversia si el gasto en salud de personas con bajos ingresos y necesidades no expresadas de consumo constituye un gasto redundante que deba ser considerado 'abuso moral' ('moral hazard') (Pauly, 1968) o simplemente un efecto acceso derivado de una transferencia de ingreso de la población sana y con mejores ingresos o desde subsidios (Nyman, 2003).

ámbito clínico, pero estamos fallando en el componente de la salud y la prevención de la enfermedad hecho que algunos centros universitarios de gran prestigio nacional han comenzado a mejorar en la última década impacto que se está empezando a ver reflejado en la calidad de la salud pública.

Por ello, se ha acusado a los médicos generales de la APS de fallas en su capacidad de resolución médica y terapéutica, los médicos están convirtiéndose en entes remisoros, mas no en entes resolutivos del sistema, circunstancias que ligan el marco académico profesional y la situación con la prestación del servicio de la EPS, por el otro fallo del sistema es la limitación en el uso de los recursos hacia el profesional médico de la IPS de primer nivel básico.

Por otro lado, es importante tener en cuenta en el aumento del nivel de resolutivez en la APS y su desarrollo en la atención de especialidades médicas, la definición del Ministerio de Salud y Protección Social acerca del enfoque de salud familiar y comunitaria:

Este enfoque es de carácter integral, familiar y social, entiende que la atención de salud debe ser un proceso continuo que se centra en el cuidado de las familias, preocupándose de la salud de las personas antes que aparezca la enfermedad, entregándoles herramientas para su autocuidado, gestión y promoción (MinSalud, 2016, p.35).

Es necesario para el país, introducir el enfoque de salud familiar en los servicios primarios involucrando una estrategia para la reorganización y mejoramiento de los servicios y hacer mayores esfuerzos por mejorar la capacidad resolutiva.

En el desarrollo del enfoque de salud familiar y comunitaria se afectan procesos de determinación social de la salud. A nivel de talento humano, esto exige la participación de disciplinas como el saneamiento básico y los ingenieros ambientales encargados de los sistemas de ese servicio esencial.

La población adscrita a un equipo de salud mejora su confianza en los servicios, a partir de los resultados positivos en su salud, que incluyen no solo un alto nivel de resolutivez, sino también la gestión sectorial e intersectorial.

8.3. LA TELESALUD – TELEMEDICINA COMO UNA MODALIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS NECESARIA Y PRIORITARIA

La capacidad resolutiva del médico sea médico general o médico especialista, depende de la calidad y efectividad de su acción científico-técnica siendo esta, la dimensión central necesaria para resolver los problemas de salud que enfrentan. A la vez es la menos valorada, por las dificultades que tiene el análisis de su rendimiento clínico y la apreciación de su dimensión humana. En nuestro medio se ha especulado mucho respecto a la escasa “resolutividad” de los médicos generales, pero no existen en la literatura nacional datos concretos al respecto y, más aún, los que aparecen son contradictorios, tenemos que adelantar estudios acreditados en donde se evidencie la capacidad resolutiva de un médico general contra la capacidad resolutiva del especialista, se entiende como algo lógico, pero en un porcentaje de los aspectos de atención médica especializada no se le garantiza que se resuelva la circunstancia patológica de la afectación del paciente (Torres, 2021).

Una de las soluciones a toda esta problemática radica en la implementación de un sistema de Telesalud vinculado al modelo de prestación de servicios tanto en la estrategia de APS como en el modelo de interconsultas, son estas herramientas las que entregan la posibilidad de aumentar cada uno de los indicadores con los cuales se verifica la calidad de la atención en salud en el país; satisfacer las necesidades del

usuario en términos de acceso, cobertura, calidad de la atención, disminución de brechas de equidad, tiempos de atención, mejores resultados y control de costos relacionados todos con el ámbito de la atención en salud del paciente, los modelos operativos de Telesalud brindan un infinito universo de posibilidades en los modelos de atención (Torres, 2021).

La Telesalud en Colombia tiene un amplio recorrido en la última década, en cada proceso del desarrollo de la temática a nivel nacional encontramos mejoras en los indicadores de atención, un ejemplo notorio de este proceso son los sistemas integrados de apoyo terapéutico bajo las modalidades de diagnósticos oportunos en Tele electrocardiografía en donde se puede evidenciar mediante el uso del recurso tecnológico mayor oportunidad en la atención, mayor beneficio para iniciar medidas terapéuticas en pacientes con infartos agudos al miocardio, donde la oportunidad en las recomendaciones en el diagnóstico muestran una gran utilidad en el manejo del paciente (Torres, 2021).

Los centros de lecturas de imágenes diagnósticas también juegan un papel muy importante en la estructura del aplicativo y desarrollo de la telemedicina, en estos centros se brinda la capacidad de tener en un tiempo no superior a las seis horas lecturas de las imágenes almacenadas en las bases de datos institucionales o servidores (PACS), otro componente que en los últimos cuatro años ha tomado mucha importancia como apoyo no solo diagnóstico sino terapéutico son los sistemas integrados de Teleconsulta con varios modelos operativos; sincrónicos y asincrónicos, estas dos modalidades de atención contribuyen a la valoración en tiempo real mediante el enlace de videoconferencia un acto médico virtual y dirigido, el cual desde la óptica científica se convierte en un sistema de junta médica en donde el especialista debate con médico en terreno y el paciente un caso particular de una patología específica, este proceso es conocido como la interconsulta sincrónica, el otro esquema tiene que ver con el modelo de atención de interconsulta muy similar al que se efectúa hoy por hoy en los servicios de hospitalización en donde el médico en terreno crea un evento de interconsulta en las plataformas integradas de Telesalud, en donde el médico especialista responde con base a toda la información anexada, la cual se tiene que ajustar a unos protocolos de atención guiados a cada una de las especialidades tanto en el componente del examen físico como en el de la anamnesis del paciente, en Colombia la atención con los modelos sincrónicos de los pacientes cada día toman más valor, dando un alto nivel resolutivo a la IPS de primer nivel, en donde el profesional en salud tiene todas las herramientas tecnológicas para hacer su práctica médica con equidad y alto nivel de calidad, es de vital importancia profundizar

que la telemedicina hoy por hoy dejó de ser una opción de manejo y control terapéutico en zonas de difícil acceso del país dadas las limitaciones de estas poblaciones a la atención médica, las cuales pueden ser geográficas, culturales, gubernamentales, con este aparte se desea explicar que los sistemas integrados de Telesalud tienen una gran acogida en las grandes ciudades del territorio nacional dado los niveles de oportunidad que brindan de manera instantánea, este ámbito abre la puerta hacia la investigación, siendo este un momento histórico en la transformación de los servicios de salud, en donde se podría comparar la capacidad resolutiva de un profesional en salud médico con un aplicativo de telemedicina versus la capacidad resolutiva de otro profesional sin esta tecnología (Torres, 2021).

La situación actual en relación con las TIC, salud-e, telemedicina y Telesalud en Colombia, así como en América Latina y el Caribe, tienen un antecedente, entre otros, el trabajo realizado a partir de la década de los ochenta por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización de Estados Americanos (OEA), el Gobierno canadiense, las cumbres —en especial la de Ottawa, Canadá— y las agendas de conectividad de los Estados miembros de América, este legado contribuyó al desarrollo de la necesidad basada en la prioridad de la atención hacia las poblaciones más vulnerables, pilar fundamental de la Telesalud; oportunidad médica con equidad. Es importante hacer referencia al estado del país en relación con su nivel de preparación, el cual desde nuestra óptica es óptimo dada las características de la población, pero a nivel mundial no estamos con buenas referencias. De acuerdo con el índice de conectividad del Foro Económico Mundial, Colombia presenta una significativa mejora entre el periodo 2006-2007 y 2007-2008 (8), y hoy en día ocupa el noveno lugar en América Latina y el Caribe. El país tiene un nivel de desarrollo interesante, pero aún enfrenta un gran reto al respecto (Torres, 2021).

Según lo mencionado en el informe de gestión realizado por el Ministerio de Salud y Protección Social en el año 2020, como parte de las acciones realizadas para lograr mayor cobertura de la modalidad de prestación de servicios de Telemedicina en el país:

Se brindaron 60 asistencias técnicas para el desarrollo de las iniciativas de los departamentos para la apropiación de la Telesalud y la Telemedicina en el marco de sus modelos de atención y para el manejo de los cuidados críticos adelantados por agremiaciones científicas y académicas y se acompañó la implementación del programa de TELEUCI en hospitales. (MinSalud, 2020, p.71)

De igual forma, de acuerdo con lo consignado en el Registro Especial de Prestadores de Servicio de Salud (REPS) y descrito en el mismo informe de gestión para el año 2020:

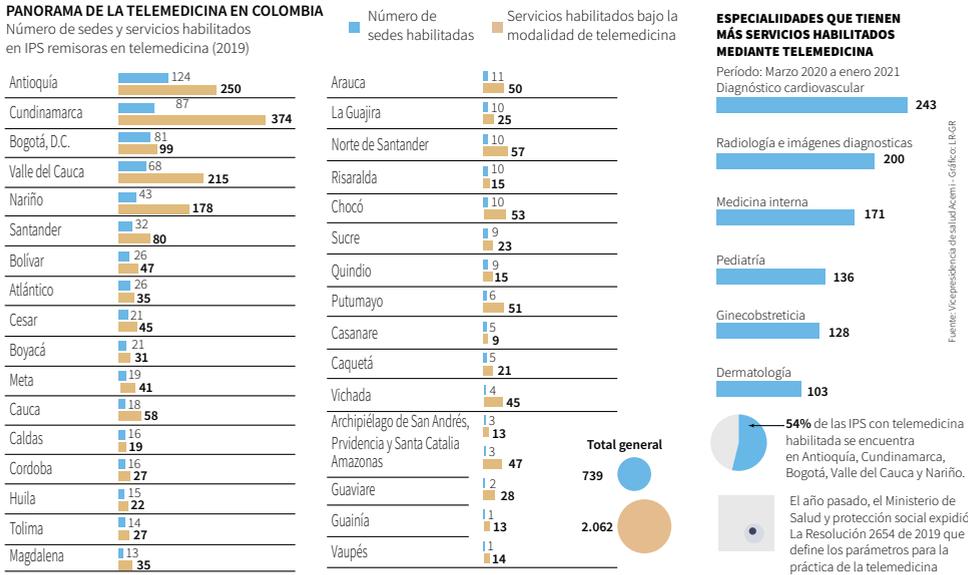
Para el año 2020, se contó con 96 sedes de prestadores de servicios de salud (públicas) que ofertaron 539 servicios bajo la modalidad de telemedicina en 69 municipios priorizados en el Plan Nacional de Salud Rural. Y en relación con los municipios pertenecientes a Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET), para el mismo corte, se contó con 75 sedes de prestadores de servicios de salud (públicas) que ofertaron 366 servicios bajo la modalidad de telemedicina en 54 municipios PDET (MinSalud, 2020, p.71).

De acuerdo con la información suministrada por la vicepresidencia de la salud de Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI) y el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud mostrada en la Figura 19:

En el año 2019, se prestaron 2 062 servicios de habilitados bajo la modalidad de telemedicina y las especialidades que más tuvieron servicios habilitados fueron diagnóstico cardiovascular (243), radiología e imágenes diagnósticas (200), medicina interna (171); pediatría (136); ginecobs-tetricia (128) y dermatología (103). El 54 % de las IPS con telemedicina habilitada se encuentran en Antioquia, Cundinamarca, Bogotá, Valle del Cauca y Nariño(González, 2020, p.1).

Lo anterior permite evidenciar que el país ha presentado grandes avances en la apropiación de la Telesalud e incorporación de las tecnologías en la atención de la salud de los colombianos tras la definición de lineamientos y reciente regulación Resolución 2654 de 2019 del Ministerio de Salud que se establecen los parámetros para la práctica de la telemedicina facilitando la prestación de servicios de salud bajo esta modalidad y reconociéndola como una herramienta que facilita el acceso a la salud y ha apoyado en el control de la pandemia por la COVID-19.

Figura 18. Panorama de la Telemedicina en Colombia 2019.



Fuente: González, X. (2020). <https://www.larepublica.co/especiales/101-buenas-ideas/telemedicina-acceso-mas-facil-a-los-servicios-de-Salud-por-parte-de-todos-los-usuarios-2981459>

8.4. EL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD (ASIS) Y OTRAS FUENTES

Una de las funciones de la Dirección de epidemiología y demografía del Ministerio de Salud y Protección Social es promover, orientar y dirigir la elaboración del estudio de la situación de salud (Presidencia de la República de Colombia, 2011). En este sentido, durante los últimos años se ha venido fortaleciendo el proceso de Análisis de Situación de Salud (ASIS) que busca el máximo aprovechamiento de la evidencia para la conducción de normas, planes, políticas y proyectos en salud pública.

Con el fin de asistir técnicamente a las direcciones territoriales de salud en la conducción del proceso, en el año 2010 se construyó la primera guía metodológica en ASIS.

Para hacer frente a los cambios normativos y de abordaje de la salud pública que acarrea la implementación del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), surgió la necesidad de diseñar una nueva guía conceptual y metodológica en el 2013, que pretende orientar la construcción de ASIS integrales bajo los enfoques poblacional, de derechos y diferencial, y de acuerdo con el marco conceptual de determinantes sociales de la salud. Su aplicación permite la identificación de los principales efectos de salud que aquejan a la población y sus determinantes, el reconocimiento de brechas y situaciones de inequidad en salud y el máximo aprovechamiento de la evidencia para la toma de decisiones gerenciales y administrativas en la formulación y direccionamiento de políticas públicas y planes territoriales de salud.

Tal como lo menciona la guía conceptual y metodológica para la construcción del ASIS de las Entidades Territoriales:

La guía responde a la necesidad de fortalecer competencias en los profesionales que desempeñan funciones relacionados con ASIS mediante el uso de herramientas informáticas y estadísticas para el análisis epidemiológico de los efectos de salud, dando continuidad a la experiencia de la fase previa desarrollada durante el año 2012, con los talleres de capacitación en técnicas de análisis básicas e intermedias para la construcción del ASIS, realizados en el 100 % de los departamentos con la participación del 80,9 % de los municipios. De acuerdo con lo anterior, esta guía fue diseñada para uso de los profesionales que realizan el Análisis de Situación de Salud en las entidades territoriales de salud y otras instancias comprometidas con la salud pública, instituciones educativas y demás actores involucrados. (MinSalud, 2014, p. 12)

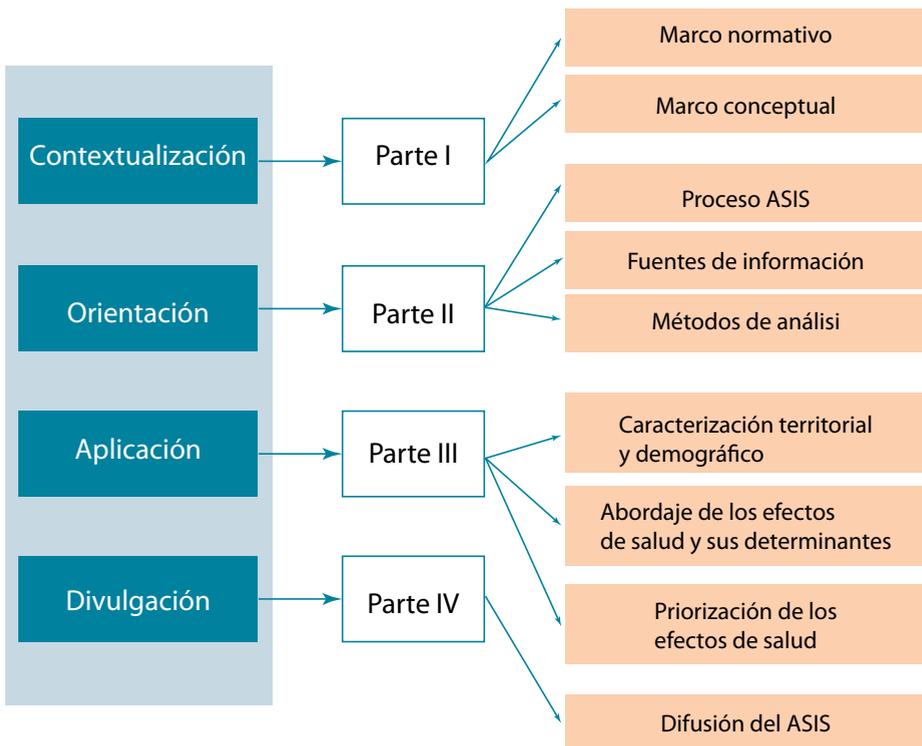
El esfuerzo por optimizar el proceso de ASIS en Colombia destaca tres aspectos importantes:

- 1.** El avance de las entidades territoriales en la construcción de perfiles de morbilidad y mortalidad, diagnósticos de salud o análisis de situación de salud, que describen o caracterizan la salud de la población.
- 2.** Los antecedentes del proceso ASIS en el ámbito nacional e internacional que han permitido su distinción como fuente de conocimiento fiable sobre el estado de salud de la población.

3. El fortalecimiento del sistema de información en el ámbito nacional que facilita el uso de datos para la aplicación de técnicas analíticas que profundicen su estudio y generen conclusiones más cercanas a la realidad de la situación de salud de la población colombiana. La Figura 20 presenta la estructura general de la guía.

En esta guía se propone un proceso estandarizado para que las entidades territoriales y demás actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), construyan y actualicen el ASIS como herramienta básica de la planificación sectorial en salud, encaminando a la comprensión del impacto de sus determinantes sociales. Como resultado del proceso se obtendrá un documento de análisis que habla de toda la población y no profundiza sobre ningún subgrupo poblacional de manera específica; además, no pretende realizar una revisión y presentación exhaustiva de todos los indicadores existentes y posibles, pues excede el objetivo de la guía.

Figura 19. Estructura general de la guía conceptual y metodológica para la construcción del ASIS. Colombia, 2014.

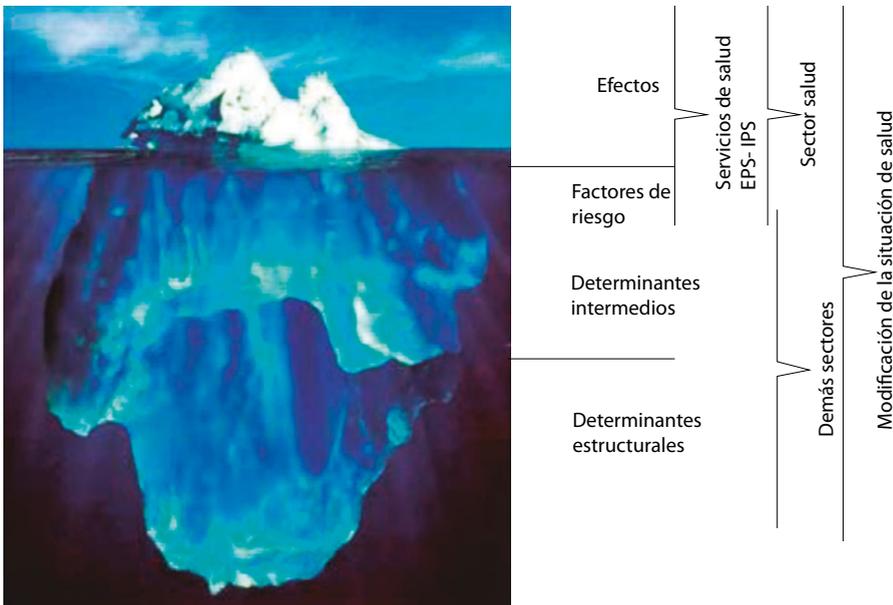


Fuente: Tomada de MinSalud (2014).

La construcción de normas que promueven los ASIS en Colombia ha avanzado en el reconocimiento del proceso como instrumento fundamental para la toma de decisiones en todos los ámbitos territoriales y resaltan la importancia de la participación transectorial. Claramente, se relaciona al ASIS con la planeación territorial en salud pública, dados los requerimientos de este insumo en los planes de desarrollo territorial y la complementación del diagnóstico con las diferenciales locales. En esta lógica, el desarrollo del ASIS corresponde a un proceso de monitoreo y evaluación que es decisorio.

El ASIS tiene como objetivo destacar las brechas de desigualdad social en la población, excediéndose en el análisis completo de toda la población y no solo en una fracción o muestreo de la población. El concepto del iceberg explica como los problemas de salud son mucho más amplios que lo que el sistema conoce (morbilidad y mortalidad conocida) e incluye no solo esa pequeña parte visible, sino también la parte oculta integrada por las personas enfermas que no acuden al sistema o que no reciben atención y las que aun estando sanas poseen vulnerabilidades potencialmente evitables. El sujeto de análisis e intervención debe ser entonces toda la población y no solo la parte visible.

Figura 20. *Concepto de iceberg.*



Fuente: <https://ifdcsanluis-slu.infod.edu.ar/sitio/material-de-estudio-del-ano-2013/upload/navarro.pdf>

Los ASIS han sido definidos como:

Procesos analítico-sintéticos que abarcan diversos tipos de análisis. Permiten caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población incluyendo los daños y problemas de salud, así como sus determinantes, sean estos, competencia del sector salud o de otros sectores. Los ASIS facilitan la identificación de necesidades y prioridades en salud, así como la identificación de intervenciones y programas apropiados y la evaluación de su impacto en salud (MinSalud, 2018, p.1)

Estudia la interacción entre las condiciones de vida, causas, condiciones y el nivel de los procesos de salud en las diferentes escalas territoriales, políticas y sociales e incluye como fundamento el estudio de los grupos poblacionales con diferentes grados de desventaja, consecuencia de la distribución desigual de las condiciones de vida de acuerdo con el sexo, edad y ocupación, entre otras, que se desarrollan en ambientes influenciados por el contexto histórico, geográfico, demográfico, social, económico, cultural, político y epidemiológico, donde se producen relaciones de determinación y condicionamiento (Organización Panamericana de la salud 1999).

El ASIS es la primera de las nuevas Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) las Américas una renovación para el siglo XXI (Organización Panamericana de la Salud) que, dentro de las competencias y acciones necesarias por parte de los sistemas de salud para alcanzar el objetivo central de la salud pública de mejorar las condiciones de las poblaciones, define “el monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud de la población”.

La importancia del ASIS radica en generar la información que el componente técnico y político requiere para los procesos de conducción, gerencia, y toma de decisiones en salud. Por tanto, se han establecido propósitos muy claros para el ASIS como la definición de necesidades, prioridades y políticas en salud y la evaluación de su pertinencia; la formulación de estrategias de promoción, prevención, control de daños a la salud, la evaluación de su pertinencia y cumplimiento y la construcción de escenarios prospectivos de salud (Organización Panamericana de la salud 1999).

Los ASIS deben proporcionar evidencia efectiva y oportuna que haga uso de la inteligencia sanitaria para el fortalecimiento de la rectoría en salud, necesaria para la gobernanza, la planificación y la conducción de políticas públicas en salud. Se reconoce la importancia que tiene la generación, el flujo y el análisis de la información, como insumo para asegurar que las decisiones tomadas sean confiables, factibles y articuladas con la realidad a la que van a ser dirigidas (MinSalud, 2014, p. 24)

Sin la previa construcción del ASIS, la toma de decisiones de los gobiernos en torno a qué intervención se debe priorizar, resulta riesgosa. No obstante, la pregunta ya no es ¿qué priorizar?, sino ¿cómo hacerlo? Lo anterior se desglosa en preguntas más puntuales: ¿cómo orientar los limitados recursos públicos hacia los servicios de salud que más benefician a la población?, ¿cuáles intervenciones deberían cubrirse, bajo qué circunstancias y para quién? (MinSalud, 2014, p. 24). En este sentido, la priorización debe estar orientada por los hallazgos del ASIS, que desde la mirada transectorial permitan interpretar las situaciones de salud en términos de inequidad y adquieran relevancia técnica y decisoria.

En resumen:

Los ASIS sirven para la negociación política, la conducción institucional, la movilización de recursos y la diseminación de información en salud. Su meta principal es contribuir a la toma racional de decisiones para la satisfacción de necesidades en salud de la población con un máximo de equidad, eficiencia y participación social (Organización Panamericana de la Salud, 1999, p.1).

Los diagnósticos de salud y los ASIS no son procesos excluyentes sino complementarios. Corresponden a etapas del mismo procedimiento para enfrentar los problemas de salud. El primero obedece a una fase descriptiva en su desarrollo y el segundo funciona como elemento conclusivo en la toma de decisiones (Minsalud, 2014, p.25)

En conformidad con lo descrito en la guía metodológica para el análisis de situación de salud (ASIS) en Cuba:

El análisis como proceso, contempla el paso por varias etapas pues lo que se busca es obtener conocimiento por medio de un método, tal y como ocurre con el método científico. El diagnóstico es el resultado de un proceso derivado de la observación y del análisis de la realidad objeto de estudio; de igual manera ocurre tanto con la priorización de los problemas como con la propuesta y ejecución del plan de acción; todos estos son el resultado de un proceso similar(Sansó Soberats, 2003).

Para efectos del análisis y conforme a la fuente de información, se cuenta con los tipos de ASIS tales como:

- **ASIS institucionales:** que realizan una evaluación del paso de los pacientes por las instituciones, por ejemplo, el comportamiento de la natalidad y de la mortalidad.
- **ASIS comunitarios:** desarrollan un análisis de la situación de la población desde un enfoque de evaluación de problemas priorizados que se identifican dentro de los comités de salud. Este tipo de ASIS se ubica en punto intermedio entre las necesidades de salud y su reconocimiento como problema por parte la comunidad.
- **ASIS integrales:** tienen en consideración los ASIS anteriores, en relación con brindar un punto de intersección de diálogo y saberes entre las instituciones de salud y la comunidad como actores claves y base de la información. El ASIS integral permite así, el abordaje de un problema de salud a partir de todos los determinantes que intervienen en su producción, sean o no competencia del sector salud, así como los puntos de vista que tienen los actores sociales que observan el problema.

La propuesta de un ASIS para la evaluación de las tendencias permite demostrar los avances o cambios en los procesos de atención en salud dentro del contexto en el que se mueve la población.

Todo el contexto de análisis proporcionado por el ASIS es fundamental que sea realizado por los actores territoriales con el fin de evaluar constantemente el avance en la prestación de los servicios de salud en la población con un enfoque de determinantes sociales. El ASIS es un instrumento que permite adelantar el cumplimiento de diferentes planes como:

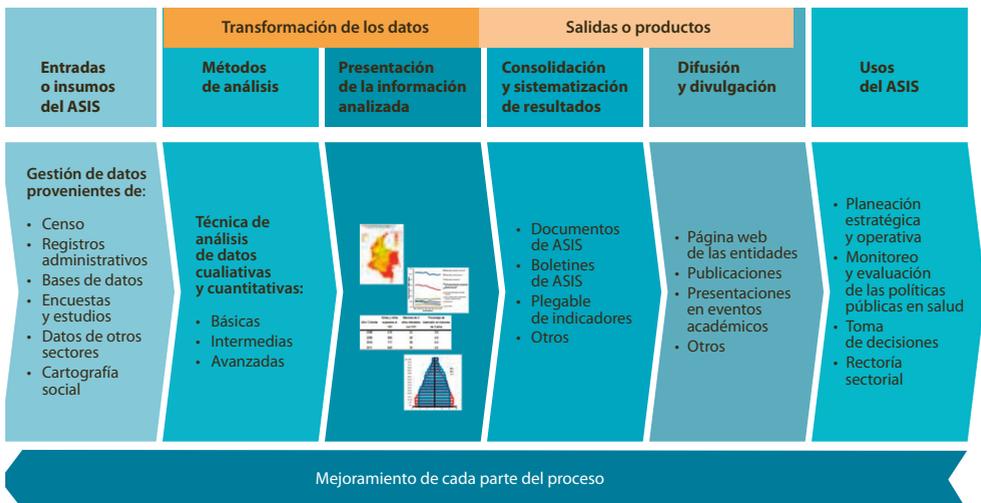
- El Plan de salud territorial formulado en el marco del Plan de Desarrollo Territorial al PDSP y demás políticas públicas nacionales, territoriales y compromisos internacionales en el marco de los determinantes sociales de la salud.
- Los planes operativos anuales y para las siguientes vigencias, en el marco del PDSP 2022 - 2031.
- Diseñar, gestionar y articular en el Plan Territorial de Salud, según los procesos de concertación con los actores sectoriales, intersectoriales, transectoriales y comunitarios, los compromisos intersectoriales, que permitan actuar sobre las inequidades en salud y determinantes sociales.

Conforme a los lineamientos del MinSalud (2012), las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL) deben hacer y actualizar el análisis de la situación de salud de la población afiliada incluyendo el análisis de las inequidades usando el modelo conceptual de determinantes sociales.

Para el caso de los proyectos de Telesalud a implementar, para el análisis y diagnóstico de las enfermedades prevalentes en las regiones elegidas en esos proyectos, se estudian los planes territoriales de salud, planes situacionales de salud o perfiles epidemiológicos de los municipios, recopilados a través de los documentos de acceso público elaborados por los entes territoriales y secretarías de salud municipales, algunos más actualizados que otros, los cuales presentan el estado actual de salud que enfrenta la comunidad permitiendo iniciar con la delimitación en la atención en salud del proyecto, priorizando las situaciones que representen mayor gravedad y que puedan ser atendidas a través de la telemedicina.

A continuación, se esquematiza el proceso de ASIS y luego se describen aspectos y detalles importantes de cada parte.

Figura 21. Proceso de Análisis de Situación de Salud.



Fuente: Tomada de MinSalud (2014).

A partir del análisis de la situación de salud territorial se elabora el Plan Territorial de Salud¹⁴ con la metodología definida por el MSPS¹⁵, teniendo como referencia el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (PDSP¹⁶), se busca así, la corresponsabilidad de los diferentes niveles de gobierno (32 departamentos, 5 distritos y 1 123 municipios¹⁷), teniendo en cuenta que Colombia es un Estado unitario descentralizado¹⁸. A nivel de la entidad departamental, la formulación del plan consolida las acciones y resultados consignados en los planes territoriales municipales y adiciona aquellas acciones que desde el marco territorial departamental sean priorizadas.

El plan incluye:

- i.** Identificación y ponderación de los factores cualitativos e indicadores territoriales cuantitativos de riesgo de salud, morbilidad, discapacidad y mortalidad.
- ii.** Define objetivos, metas y resultados esperados de las intervenciones colectivas de promoción y prevención.
- iii.** La gestión del riesgo colectivo.
- iv.** Dispone de conjuntos de intervenciones seleccionadas con base en evidencia de efectividad y costo efectividad condensadas en el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), definidas por el Ministerio de Salud para la mayor parte de los riesgos.
- v.** Define los resultados esperados en salud para la población de su territorio.
- vi.** Orienta la construcción de planes de cuidado primario con el liderazgo de los prestadores primarios, quienes integran las diferentes acciones para responder a las necesidades de la población asignada, con orientación familiar y comunitaria.

14 Resolución 1841 de 2013. Define la obligatoriedad de la realización de los planes territoriales según las competencias y recursos.

15 Metodología “Pase a la equidad” para desarrollar el Plan de Salud Territorial.

16 Ley 1438 de 2011, Art. 4, 6 y 7. Decreto 4107 de 2011. Resolución 4107 de 2012.

17 DANE.

18 Constitución Política de Colombia, Art. 1.

Las intervenciones seleccionadas a nivel territorial deben incorporar acciones de naturaleza sectorial e intersectorial, colectiva e individual que serán ejecutadas por los diferentes actores que trabajan por la salud en el territorio. Las acciones sectoriales colectivas e individuales de promoción y prevención deben consolidar estrategias a nivel territorial que aborden la promoción y prevención, a cargo de la autoridad sanitaria, y de gestión del riesgo individual que será coordinado por cada asegurador.

Los anteriores requerimientos se deben concretar en mecanismos de coordinación entre asegurador y entidad territorial con la definición de acciones integrales que incluyen acciones colectivas definidas en el Plan de Intervenciones Colectivas, y acciones individuales derivadas del componente de promoción y prevención del Plan Obligatorio de Salud (POS). Las acciones deben ser integrales alrededor de los procesos encaminados a reducir el riesgo a través de la promoción de la salud, así como de las acciones colectivas dirigidas a prevenir riesgos específicos. En el primer caso se busca el bienestar, en el segundo la reducción del riesgo.

Este proceso orienta la coordinación entre el asegurador, la red integrada de servicios de salud, y específicamente con cada uno de los prestadores primarios y equipos interdisciplinarios de salud.

FUENTES DE DATOS PARA EL ASIS

Uno de los elementos claves para la realización de los ASIS son sin duda las fuentes de datos, que recopilan tanto información característica de la población como información de las instituciones. En el primer tipo de fuente predomina datos estadísticos vitales de todas las personas que pertenecen a esta población, a partir de la extracción de datos mediante el uso de instrumentos como encuestas. Por otro lado, está la recopilación de datos institucionales, donde en su gran mayoría es recogida esta información de parte de los representantes de la institución o el departamento de estadística dentro de las instituciones de salud.

La calidad de los datos es una característica fundamental en la etapa de extracción, ya que permite que la formulación de políticas públicas o decisiones claves en la incorporación de soluciones, respondan a una necesidad verdadera y se vea sesgada debido a una recopilación de datos de una fracción de la población.

Una de las fuentes de datos habituales, son los datos estadísticos que proporciona el DANE, ya que aquí los indicadores como morbilidad, mortalidad e incluso prevalencia de patologías que afectan en gran proporción a la población, son una fuente de análisis clásica para tener en cuenta.

Otra fuente importante de información es la de los Registros individuales de Prestación de Servicios (RIPS) que recogen información acerca de los eventos desarrollados debido a la morbilidad atendida por tipo de atención: consultas, urgencias, hospitalización y procedimientos de salud, y arrojan datos por personas atendidas y por atenciones prestadas.

Otra cantidad de fuentes de información que constituyen herramientas importantes para el ASIS es el Sistema de Vigilancia de la Salud Pública (SIVIGILA), el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) informes, encuestas y estudios poblacionales y recientemente el portal de datos abiertos del Gobierno (datos.gov.co) que tiene como propósito el de consolidar toda la información de los sistemas de salud del Estado en un solo punto de consulta.

Como fuentes secundarias los ASIS emplean encuestas y estudios poblacionales que proporcionan información relevante sobre diferentes aspectos de interés en salud pública, lo que permite evaluar aspectos de georreferenciación y condiciones socio-demográficas.

La bodega única de datos del Sistema de Información para la Protección Social (SIS-PRO), brinda un punto de convergencia en todo lo relacionado al punto de encuentro de los sistemas de información en salud; sin embargo, el paso hacia un portal de datos transversal es la apuesta más reciente del Estado colombiano a través de lo que se conoce como el portal de datos abiertos.

El Ministerio de Salud y Protección Social ha priorizado un conjunto de Registros, Observatorios y Sistemas de Seguimiento (ROSS), cuya finalidad principal es gestionar el conocimiento en salud para el país en tres niveles:

1. La identificación de desigualdades socioeconómicas asociadas a estados de salud que experimentan determinados grupos de manera acentuada y creciente.
2. El seguimiento de políticas en salud conducidas para enfrentar estas desigualdades y mejorar el acceso, y oportunidad de los servicios de salud.
- 3.

El uso de información accesible y transparente en la forma como se asigna y movilizan los recursos de las intervenciones en salud.

De acuerdo con lo anterior, los Observatorios no solo registran y recopilan datos sobre morbilidad y mortalidad, su principio estratégico es usar datos que por norma legal deben ser notificados y captados desde el nivel local, territorial y nacional, sin pretender crear un sistema paralelo, sino más bien realizando las acciones necesarias para fortalecer las fuentes de información existentes.

Las baterías de indicadores definidas y priorizadas por cada ROSS reposan en una tabla maestra de indicadores en salud que almacena la información y atributos de mayor relevancia de cada indicador y suministra las características operativas, estadísticas, de medición, obligatoriedad, periodicidad y disponibilidad para cada uno de ellos.

Para el desarrollo de muchos proyectos de Telesalud, se utilizan los ASIS y Planes de Salud Territoriales, realizados por los entes territoriales, quienes obtienen su información a partir de los datos suministrados por las IPS mediante reportes oficiales en los municipios seleccionados objetivos de los proyectos, y donde se requiere de la intervención de la modalidad de atención a través de Telesalud.

Por ejemplo, el proyecto de Telesalud **PRISMA** de la ECISALUD en su primera fase, enumera los planes de salud municipal y perfiles epidemiológicos oficiales más recientes utilizados para la investigación y priorización de las patologías y enfermedades más prevalentes para ser intervenidas por el proyecto.

La aplicación de la telemedicina es mayoritariamente de carácter médico y clínico (diagnóstico, tratamiento, supervisión y consulta de segunda opinión, entre otros), empleándose en casi cualquier disciplina médica, ya sea en tiempo real o en diferido: radiología, cardiología, neurofisiología, dermatología, patología, oncología, oftalmología, pediatría, psiquiatría, terapia intensiva/UCI, trauma, emergencias, cirugía, rehabilitación, asistencia a domicilio y otros.

Adicionalmente, en este proyecto se evalúan todas las enfermedades relacionadas con las dimensiones prioritarias y transversales según el Plan Decenal de Salud Pública (2012-2021), tal como se observa en la Figura 22.

Figura 22. Dimensiones prioritarias y transversales Plan Decenal de Salud Pública.



Fuente: Tomado de MinSalud(2015). <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INS/nuevo-enfoque-vigilancia-marco-pdsp.pdf>.

En la Figura 22 se presentan ocho dimensiones prioritarias y dos transversales entendidas como elementos técnicos y políticos ordenadores del abordaje y de la actuación, con visión positiva de la salud, en las cuales se vinculan la acción sectorial, comunitaria y transectorial de acuerdo con lo mencionado en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

Tal como lo menciona el documento PDSP:

La ruta de las dimensiones transversales hace referencia al desarrollo de las competencias a cargo del Estado. La primera denominada gestión diferencial de poblaciones vulnerables reconoce la importancia de encontrar y eliminar las brechas que causa pertenecer a grupos poblacionales diferenciales. La segunda nombrado fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud, se desarrolla a través del ejercicio

de la planificación e integración de las acciones relacionadas con la producción social de la salud y con la promoción de la respuesta dentro y fuera del sector salud. Incluye la regulación, conducción, garantía del aseguramiento y provisión de los servicios, modulación del financiamiento, fiscalización, movilización social y recursos y las acciones colectivas e individuales de salud pública que se definen en el PDSP, al interior de las ocho dimensiones prioritarias para la vida (MinSalud, 2012, p.88).

De acuerdo con los lineamientos generales para la formulación del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, en el nivel de avance de metas de gestión y resultado por dimensión del PDSP 2012-2021, con corte a 2019:

Se encuentra que las dimensiones que tienen mayor proporción de avance de metas son las dimensiones de seguridad alimentaria y nutricional, salud pública y ámbito laboral y vida saludable y condiciones no transmisibles. A su vez, las que reportan un mayor número de metas con avance “Crítico” son las dimensiones de gestión diferencial de poblaciones vulnerables y sexualidad y derechos sexuales y reproductivos (MinSalud, 2012).

Sobre las dimensiones en salud pública y condiciones no transmisibles, los modelos de Telesalud han tenido un gran aporte debido a su uso a través de la telemedicina en programas de promoción y detección temprana de la enfermedad, control de patologías e impacto directo en la salud del individuo y las comunidades.

8.5. LA TELESALUD – TELEMEDICINA COMO UN MODELO DE INTERVENCIÓN PARA AUMENTAR EL NIVEL DE RESOLUTIVIDAD EN LA ESTRATEGIA DE APS

El modelo integral de atención colombiano debe asumir un abordaje de intervención integral a los diferentes grupos poblacionales priorizados, comprender acciones de fomento y autocuidado, promoción de la salud, protección específica, asimismo efectuar la búsqueda activa de casos, detección temprana, tratamiento y rehabilitación oportuna de carácter primario y complementario dirigidos sobre individuos, familias, comunidades y entornos.

Para el efecto, la autoridad sanitaria, lidera, conduce y orienta las estrategias e intervenciones a ser realizadas de manera coordinada y articulada con los diferentes actores del SGSSS, y otros sectores del desarrollo, las cuales están incluidas en el PlanTerritorial de Salud.

En relación con las acciones de promoción y la de gestión colectiva del riesgo, éstas deben concretarse en proyectos territoriales que respondan a las prioridades y metas definidas en el PDSP y realizarse a poblaciones ubicadas en cada territorio.

Estas acciones deberán estar definidas a partir de entornos: familia, comunidad, escuela, barrio, municipio, trabajo, recreación, entre otros. Sin embargo, la intervención también incluye entornos sociales y culturales que se relacionen con la definición del riesgo de salud. Estos entornos sociales son claves para la aplicación de las intervenciones diferenciales donde los determinantes sociales planteen riesgos sociales no abordables desde los entornos institucionales. También se deben impulsar intervenciones colectivas diferenciales para poblaciones sujetas a grupos de poblaciones de interés en salud, tales como niños, ancianos, mujeres en condiciones de vulnerabilidad, discapacitados y desplazados; de acuerdo con las necesidades identificadas.

En relación con la atención de grupos de riesgo individual, el objetivo es realizar una secuencia de actividades que incluyen la evaluación del riesgo, y el desarrollo de estrategias para identificarlo, manejarlo y mitigarlo. Cuando las personas comparten factores de riesgo o la historia natural de la enfermedad, se deben realizar un conjunto de estrategias o intervenciones comunes para prevenir al máximo la ocurrencia de eventos de interés en salud pública, la enfermedad o su evolución negativa o sus complicaciones.

Lo anterior obliga a definir a nivel territorial y a nivel de los actores del sistema, cuál es el tipo y cantidad de acciones que es necesario desarrollar sobre los diferentes grupos de riesgo de manera que permita estimar las necesidades de oferta de servicios y recursos humanos requeridos en cantidad y calidad para dar respuesta a las necesidades y problemas de salud de la población, enfatizando en equipos de salud multidisciplinarios que incrementen la capacidad resolutoria de la prestación de servicios primarios.¹⁹

A partir de los referentes marcos:

- **Política de Estado:** PDSP, dimensión transversal: fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud, estrategia: incrementar la resolutoria y disponibilidad de talento humano en salud.
- **Definición de resolutoria:** entendida como la capacidad del sistema sanitario para brindar soluciones a las demandas en salud.

19 Ley 1438, Art. 14.

Se plantean los siguientes indicadores:

- **Modelo de Telesalud a implementar:** práctica del ejercicio de la salud a distancia, con impacto en la atención de la salud familiar y comunitaria, facilitando la atención prioritaria y oportuna de sus habitantes en todo el territorio nacional.
- **Cálculo del nivel de resolutividad en APS con el apoyo de la Telemedicina:** el cálculo efectuado para el aumento de la resolutividad esperada en APS debe plantearse en término de indicadores. El cálculo efectuado y propuesto para el aumento de la resolutividad esperada en APS se determina como se muestra en la Figura 24:

Figura 23. Cálculo efectuado y propuesto para el aumento de la resolutividad esperada en APS.

Nivel de resolutividad
Indicadores:
<ul style="list-style-type: none">• Número de remisiones realizadas antes de la implementación del recurso en telemedicina.• Número de remisiones realizadas después de la implementación del recurso de telemedicina (remisiones que se evitaron).• Comparación de perfiles de morbilidad y mortalidad ajustados a dos años.

Fuente: Autores.

8.6. AUMENTO DE LA RESOLUTIVIDAD

Para lograr el aumento de la resolutividad esperada en APS con intervención del EBAPS asistencial especializado por demanda bajo la modalidad de Telesalud-Telemedicina, es enfocado en las siguientes intervenciones de mayor prioridad que se

han reportado y que pueden variar de acuerdo con el ASIS en cada municipio y departamento:

1. Valoración y tamizaje integral del riesgo cardiovascular y de patologías crónicas con alto flujo de consultas externas y de atención de urgencias:

Patologías: diabetes, hipertensión y obesidad.

Especialidades: medicina interna, cardiología, endocrinología nutrición y dietética, (enfermedades del sistema circulatorio: datos de SISPRO, varían por municipio y departamento y la importancia de su intervención).

2. Valoración y manejo de enfermedades pulmonares crónicas:

Patología: EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica)

Especialidades: medicina interna y neumología (enfermedades respiratorias: datos de SISPRO, varían por municipio y departamento y la importancia de su intervención).

3. Atención integral en patologías complejas de los adultos:

Patología: infección de vías urinarias, cáncer, otros.

Especialidad: medicina interna, urología.

4. Atención Integral de Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI) según modelos de atención a pacientes con componente clínico:

Patología: alteración de crecimiento y desarrollo del niño, hipotiroidismo congénito, IRA (Infección Respiratoria Aguda) EDA (Enfermedad Diarreica Aguda), parasitarias infecciones de vías urinarias en niños.

Especialidades: pediatría y subespecialidades pediátricas.

5. Valoración y manejo de las condiciones materno-perinatales:

Patología: alteraciones del embarazo, parto y puerperio.

Especialidad: ginecología, endocrinología, medicina interna, nutrición y dietético.

6. Atención integral de las alteraciones de la salud mental:

Patología: intento suicida, depresión mayor, esquizofrenia.

Especialidades: psiquiatría, psicología y neurología.

7. Valoración y manejo integral de alteraciones de la piel y tejido celular subcutáneo:

Patologías: enfermedades infectocontagiosas de la piel y enfermedades no infecciosas de la piel.

Especialidades: dermatología.

8. Valoración de alteraciones detectables por imágenes diagnósticas:

Patología: trauma óseo, luxación congénita de cadera, diagnóstico y control de fracturas óseas, detección y seguimiento de cálculos urinarios.

Especialidades: ortopedia, radiología, neurología, otorrinolaringología.

Es importante volver a mencionar, que la reorientación de servicios sobre redes temáticas de acuerdo con una metodología de priorización, y con enfoque de la telemedicina como una modalidad transversal para lograr el objetivo de proteger el derecho a la salud, trascendiendo incluso condiciones de urgencias, se constituye en una gran oportunidad para hacer eficiente y eficaz el sistema en la prestación de servicios de salud.

Es posible dinamizar los modelos y esquemas para el desarrollo de la telemedicina aplicables y que permiten la atención de las enfermedades de manera remota:

- **Telemedicina en contextos rurales**, para zonas muy dispersas o de difícil acceso, puede o no incluir formación de talento humano alternativo para suplir necesidades en ausencia de personal idóneo.
- **Telemedicina Intramural**, como soporte a especialidades no disponibles en instituciones que aportan la mayor parte del contenido técnico.
- **Articulación de redes temáticas**, en donde las redes temáticas se imponen como alternativa en casos en los que las patologías cumplen ciertas características y tienen un derrotero definido.

En un municipio de cualquier categoría, se propone desarrollar e implementar la modalidad de Telesalud - Telemedicina en tres componentes considerados prioritarios:

1. Cobertura de medicina especializada intrainstitucional para especialidades con limitación en la oferta, como medicina interna y pediatría.
2. Teleconsultorios rurales para las veredas, fincas y haciendas de la zona rural.

3. Teleeducación médica continuada a desarrollarse con la universidad regional elegida.

La telemedicina es una alternativa obvia en el apoyo a prioridades de baja incidencia y alta mortalidad o morbilidad extrema en algunos casos como se menciona a continuación:

- Dengue.
- Dolor torácico.
- Sufrimiento fetal agudo.
- Síndrome de hipertensión gestacional.
- Intento suicida.
- Tuberculosis.
- Morbilidad materna extrema.
- Accidente cerebrovascular isquémico.

Estas patologías presentan algunas condiciones en común:

- Tienen periodos de ventana terapéutica o diagnóstica.
- Tienen opciones terapéuticas que difieren muchísimo en resultado y costo.
- Se presentan con frecuencia manejos inadecuados con resultados negativos, insuficientes, fatales o incapacitantes.
- Presentan un número absoluto de casos relativamente bajo, cuando se cuentan por cada prestador, esto genera severas dificultades en el mantenimiento de la educación apropiada y continua, así como en la garantía de red de servicios.



REFERENCIAS

Brazier, J. E., Harper, R., Jones, N. M., O’Cathain, A., Thomas, K. J., Usherwood, T., & Westlake, L. (1992). Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. *BMJ (Clinical research ed.)*, 305(6846), 160–164. <https://doi.org/10.1136/bmj.305.6846.160>

DANIELS, N., & SABIN, J. (1997). Limits to Health Care: Fair Procedures, Democratic Deliberation, and the Legitimacy Problem for Insurers. *Philosophy & Public Affairs*, 26(4), 303–350. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1088-4963.1997.tb00082.x>

Donabedian, A. (1984). *La calidad de la atención médica*. Ediciones científicas. La Prensa Médica Mexicana S. A.

González, X. (2020). *Telemedicina, acceso más fácil a los servicios de salud por parte de todos los usuarios*. Diario La República. <https://www.larepublica.co/especiales/101-buenas-ideas/telemedicina-acceso-mas-facil-a-los-servicios-de-salud-por-parte-de-todos-los-usuarios-2981459>.

Guerrero, H. y Trujillo, N. (2013). *Inequidades en el acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia* [Tesis de maestría, Pontificia Universidad Javeriana] Repositorio Institucional - Pontificia Universidad Javeriana. <http://hdl.handle.net/10554/9015>

Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *Lancet*, 365(9464), 1099–1104. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6)

MinSalud. (2007). *Encuesta Nacional de Salud Pública*. <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/EncuestaNacionaldeSaludPublica.aspx>.

MinSalud. (2012). *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021*. MinSalud. <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/home2013.aspx>

MinSalud. (2014). *Guía conceptual y metodológica para la construcción del ASIS de las Entidades Territoriales* [Ebook] (1st ed., p. 12). MinSalud.

MinSalud. (2016). *Política de Atención Integral en Salud*. Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>

MinSalud. (2020). *INFORME DE GESTIÓN 2020* (p. 71). Bogotá: MinSalud.

MinSalud. (2021). *Lineamientos generales para la formulación del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031*. MinSalud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/lineamientos-formulacion-pdsp-2022-2031.pdf>

Santa María, M. (2009). *Los 15 años de la Ley 100*. El Espectador. <https://www.elspectador.com/economia/los-15-anos-de-la-ley-100-article-32747/>.

MinSalud. (2014). *Guía conceptual y metodológica para la construcción del ASIS de las Entidades Territoriales*. [Ebook] (1st ed., p. 24). MinSalud.

MinSalud. (2016). *POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD. “Un sistema de salud al servicio de la gente”* [Ebook] (1st ed., p. 35). MinSalud.

MinSalud. (2018). *Análisis de Situación de Salud (ASIS)*. Minsalud.gov.co. <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/epidemiologia/Paginas/analisis-de-situacion-de-salud-.aspx>.

MinSalud. (2022). *Registro Actual Prestadores*. Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS. <https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/>.

Organización Panamericana de la Salud. (1999). Resúmenes metodológicos en epidemiología: análisis de la situación de salud (ASIS). *Boletín Epidemiológico*, 20(3), 1.

Presidencia de la República de Colombia. (2011). *Por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra el Sector Administrativo de Salud y Protección Social*. Bogotá.

Ruiz Gómez, F., & Uprimny Yepes, M. (2012). *Sistema de salud y aseguramiento social: entre la reforma estructural y el ajuste regulatorio*. Ecoe Ediciones, Asocajas, Pontificia Universidad Javeriana, Cendex.

Santa María, M., García, F., Rozo, S. y Uribe, M. (2009). *Un diagnóstico general del sector salud en Colombia: evolución, contexto y principales retos de un sistema en transformación* (1. ed.). http://www.med-informatica.net/FMC_CMCB/VeeduriaCiudadana/CIDMEDvcacelapss/SaludRetosRegulacion_MauricioSantamaria_cap1_final.pdf

Sansó Soberats, Félix José. (2003). Análisis de la situación de salud en Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(3), 260-267. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000300010&lng=es&tlng=es.

Secretaría de Salud. (2016). *Guía metodológica para el Análisis de Situación de Salud (ASIS)*. Tegucigalpa, Honduras: Secretaría de Salud. <https://saludpublicaiiunahvs.files.wordpress.com/2018/02/1-lineamientos-asis-sesal.pdf>

Torres Pérez, M. (2021). PRISMA: el desafío de la Telesalud en escenarios de aprendizaje basados en TIC. *Los Nuevos Retos de la Educación*, 1, 20 - 30. <http://memoriascimted.com/wp-content/uploads/2019/09/Los-nuevos-retos-de-la-educaci%C3%B3n.pdf>

Yunda, L. Proyecto PRISMA, Universidad Nacional Abierta y a Distancia [UNAD], Escuela de Ciencias de la Salud.(2017).