

Fragmentación de la gestión del modelo integral de atención en salud y las redes integrales en  
salud en Colombia

Lina Belén Rocha Sánchez  
Maylin Yanira Rocha Jacome

Presentado a la Fundación Universitaria del Área Andina como requisito para optar por el  
título de especialista en auditoría en salud

Fundación Universitaria Del Área Andina  
Facultad de ciencias de en la salud  
Escuela de posgrados  
2021

## Dedicatoria

Queremos agradecer a nuestra Institución educativa que nos brindó las herramientas para poder culminar nuestro trabajo, la paciencia de nuestro asesor y sugerencias acertadas, el conocer y ahondar en el sistema actual de salud en Colombia, a nuestras familias que con su apoyo y comprensión nos permitieron presentar este trabajo.

## Tabla de contenido

<i>Resumen</i> _____	<b>6</b>
<i>Introducción</i> _____	<b>8</b>
<i>Descripción del problema</i> _____	<b>9</b>
<i>Pregunta de investigación</i> _____	<b>12</b>
<i>Justificación</i> _____	<b>13</b>
<i>Objetivos</i> _____	<b>15</b>
Objetivo general _____	<b>15</b>
Objetivos específicos _____	<b>15</b>
<i>Metodología</i> _____	<b>16</b>
<i>Capítulo 1. Marco legal</i> _____	<b>17</b>
1.1. <i>Ámbito internacional</i> _____	<b>17</b>
1.2 <i>Ámbito nacional</i> _____	<b>18</b>
<i>Capítulo 2. Modelo integral de atención en salud (MIAS) y rutas integrales de atención en salud (RIAS)</i> _____	<b>26</b>
2.1 <i>Modelo integral de atención en salud (MIAS)</i> _____	<b>26</b>
2.2. <i>Redes integrales de atención en salud (RIAS)</i> _____	<b>29</b>
<i>Capítulo 3. Fragmentación del modelo de atención en salud (MIAS) y rutas integrales de atención en salud (RIAS)</i> _____	<b>34</b>

*Conclusion* \_\_\_\_\_ **45**

*Referencias bibliograficas* \_\_\_\_\_ **49**

*Anexos* \_\_\_\_\_ **59**

## Índice de tablas

Tabla 1. Evolución marco normativo de las Políticas de salud en Colombia .....	21
--	----

## Índice de abreviaturas y definiciones de interés

MIAS: Modelo Integral de Atención en Salud

RIAS: Redes Integrales de Atención en Salud

PAIS: Política de Atención Integral en Salud

OMS: Organización Mundial de la Salud

EAPB: Empresas Administradoras de Planes de Beneficios

APS: Atención Primaria en Salud

## Resumen

A continuación, a través de la literatura hallada identificaremos los elementos que se encuentran dentro del modelo de atención en salud, con la cual se evidencia las condiciones actuales del sistema y la viabilidad de las RIAS, frente a la división entre aseguramiento y prestación de servicios de salud causa actual de la fragmentación del sistema.

Los diferentes autores identificados en la presente investigación aportan puntos de vistas básicos que ayudan a comprender el universo de la fragmentación, impacto y herramientas que desde la perspectiva práctica apoyan al modelo existente, tal como el marco legal dentro de la implementación del MIAS y RIAS en Colombia.

Los hallazgos se resumen en: fraccionamiento en las responsabilidades y separación de la administración donde no existe la implementación del modelo de atención primaria en salud, la cual hace necesaria la intervención de las autoridades competentes para adelantar y mejorar la cobertura garantizando la operatividad, sostenibilidad económica y capacidad técnica.

La insuficiencia del sistema está ligada a la falta de sostenibilidad financiera, dificultad de acceso y continuidad en tratamientos a los usuarios lo cual define los actuales problemas y la exigencia a su solución.

La actual legislación no regula de forma particular a las RIAS, razón por la cual es esencial reformarlo de tal forma que garantice el acceso y prestación que solucionen la fragmentación actual, donde los actores no cooperan entres sí en un escenario de falta de información, acceso por su georreferenciación para la población aún más vulnerable que reside en áreas de difícil acceso donde se pueda garantizar la continuidad del servicio prestado.

Las RIAS se estiman como la respuesta a los problemas de fragmentación del sistema, para ordenar los integrantes del sistema general de seguridad social y entidades relacionadas al área de salud que lleven a la integración de acciones que permitan la prestación a todos los usuarios del sistema de salud en Colombia.

## **Introducción**

El modelo de atención en salud incluye los lineamientos, procesos normas y principios que determinan la manera de accionar de las instituciones prestadoras en salud, alineando todos los procesos con un enfoque de riesgos en salud, promoción y prevención, tomando como base al principio dentro sistema obligatorio de la garantía en calidad en salud, para así dar cumplimiento a las definiciones del sistema general de seguridad.

Esta monografía se realiza a partir de la ordenada verificación de la literatura consultada que suministro factores que permiten analizar la fragmentación en el modelo de atención en salud, redes integrales, aseguramiento y accesibilidad, lo que lleva a la falta de continuidad de la prestación del servicio de salud lo cual veremos dentro del presente documento.

## Descripción del problema

De acuerdo con lo descrito por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización panamericana de la Salud (OPS), las rutas integrales de atención en salud (RIAS), se definen como la resolución de los problemas dentro de los sistemas de salud en términos de aseguramiento, donde en la práctica los resultados no han sido los esperados por la falta de garantías de la prestación y en consecuencia la continuidad de los servicios a toda la población. El impacto en el proceso de atención en salud evidencia las falencias de las redes integrales y la fragmentación dentro de los modelos y la prestación de servicios de atención en salud con la interrupción de tratamientos e ineficacia de la promoción y prevención.<sup>1</sup>

En América Latina se evidencia la disociación entre aseguramiento y prestación de servicios de salud, lo que se traduce en el inicio de los problemas en los modelos de atención en salud, en los diferentes niveles y sitios de prestación; tales como falencias en la prestación de los servicios, infraestructura, capacidad instalada, servicios prestados en los lugares menos apropiados siendo los hospitales donde se presentan la mayoría de los casos y falta de relación en el servicio con las necesidades de los usuarios.<sup>2</sup>

En 2016 en Colombia, las (MIAS) se traducen como un sistema fragmentado debido a la división de la atención en condiciones específicas, incremento de enfermedades de cohorte, poca resolutividad, falta de reglamentación en el marco normativo, lo que da origen a la inequidad en

---

<sup>1</sup> Ocampo-Rodríguez, M. V., et al. (2013). Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/20.500.12010/9400/>

<sup>2</sup> Ocampo-Rodríguez, M. V., et al. (2013). Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/20.500.12010/9400/>

la prestación de los servicios de salud, corrupción, falta de humanización, sin prevalencia en los derechos, fallas dentro de la organización de tipo administrativos.<sup>3</sup>

En tal sentido el principio de continuidad descrito en el artículo 3 de la Ley 1438 del 2011 hace referencia a que “toda persona que haya ingresado en el Sistema General de Seguridad Social tiene vocación de permanencia y no debe ser separado del mismo cuando esté en peligro su calidad de vida e integridad”.<sup>4</sup>

Dentro de la atención primaria dentro del Plan Decenal de Salud 2012- 2021 la atención primaria articulada en la ley estatutaria 1751 que consagra la salud como un derecho fundamental<sup>5</sup>; observando las falencias que presentan las redes integrales en salud en Colombia, cuyo fin es de garantizar la atención primaria a toda la población, lo cual en la actualidad no se está garantizando, evidenciándose mayor impacto por el área de residencia; urbano, rurales, cabeceras siendo estos afectados por factores socioeconómicos que impiden presentar una brecha en la cobertura universal y la comparación de los planes de salud.<sup>6</sup>

A partir de dichas consideraciones, la presente monografía pretende realizar una revisión de la contextualización existente del modelo integral de atención en salud, la fragmentación en la

---

<sup>3</sup> Moreno-Gómez, G. A. (2016). El nuevo modelo de Atención Integral en Salud–MIAS-para Colombia. ¿La solución a los problemas del sistema? Revista médica de Risaralda, 22(2), 73-74. Citado en: [https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as\\_sdt=0%2C5&q=El+nuevo+modelo+de+Atenci%C3%B3n+Integral+en+Salud+%E2%80%93MIAS+para+Colombia.+%C2%BFLa+soluci%C3%B3n+a+los+problemas+del+sistema%3F&btnG](https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=El+nuevo+modelo+de+Atenci%C3%B3n+Integral+en+Salud+%E2%80%93MIAS+para+Colombia.+%C2%BFLa+soluci%C3%B3n+a+los+problemas+del+sistema%3F&btnG)

<sup>4</sup> Colombia. Congreso de la Republica. Ley 1438 del 2011. Recuperado en: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Normatividad/ley1438de2011.pdf><sup>4</sup> Colombia. Congreso de la República. Ley Estatutaria 1751 de 2015. (2015) Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/ley-1751-de-2015.pdf>

<sup>6</sup> Colombia. Ministerio de salud y Protección Social (2013). Abecé del Plan Decenal de Salud Pública. Recuperado de: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/IMP\\_4feb+ABCmin+salud.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/IMP_4feb+ABCmin+salud.pdf)

operativización de las redes integrales en salud y su impacto en la población colombiana que hace uso del Sistema General de Salud.

### **Pregunta de investigación**

¿Cómo impacta la fragmentación de la gestión del modelo integral de atención en salud y las redes integrales en salud, en la continuidad de los servicios de los usuarios en Colombia?

## **Justificación**

El planteamiento de un servicio familiar y comunitario lo encontramos dentro del modelo integral en salud, cuyo objetivo es la disminución de barreras de acceso, integralidad de la atención para la población, articulación de los diferentes actores del sistema, la asistencia y gestión integral de riesgo dentro del enfoque diferencial, que garantice una atención en salud con equidad ajustada a que el servicio sea prestado a los individuos de una manera integral , oportuna, aceptabilidad , continuidad y calidad.

El Ministerio de Salud y Protección Social mediante política integral de atención en salud instaurada en la Resolución 429 del 2016 propone la disminución de las barreras de acceso, integralidad de la atención para los individuos, familia y comunidades, articulación de los diferentes actores del sistema; y así como optimización de los servicios de salud mediante el modelo operacional que permita garantizar la implementación y ejecución de la participación establecidas en las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS.

El Plan Decenal de Salud Pública, en la ley 1751, busca fortalecer la atención primaria en salud, que consagra la salud como un derecho fundamental, dentro de la legislación los inconvenientes del sector no han sido solucionados los cuales son conocidos dentro del sistema burocrático: la fragmentación, la división en la atención, poca resolutiveidad, falta de acceso entre otros.

Surge entonces la Política de Atención Integral (MIAS), que busca una prestación de servicio con oportunidad, continuidad de acceso, equidad, integralidad y calidad por medio de la identificación de las principales causas, planes de acción y correctivos dentro de la política MIAS inmersa en el PAIS.

El MIAS está integrado por 10 componentes:

1. Caracterización poblacional
2. Investigación, innovación y apropiación del conocimiento
3. Recurso humano en salud RHS
4. Sistema de información
5. Sistema de incentivos
6. Rol del asegurador
7. Redes integrales de prestadores de servicios
8. Ámbitos territoriales
9. Gestión integral del riesgo en salud
10. Rutas integrales de atención RIAS

En el componente de las RIAS, es importante conocer los distintos tipos de barreras y los instrumentos más adecuados de análisis que faciliten la identificación de los factores más relevantes, orientados a que sean seleccionadas las intervenciones más adecuadas que ayuden en el proceso de implementación y continuidad con calidad de estas redes para los usuarios que residen sobre todo en los municipios y sitios de difícil acceso que hacen parte del Sistema de Seguridad Social en Salud.

Este contexto enmarca la necesidad de compilar la información de la fragmentación del modelo de atención integral en salud y sus redes integrales, el impacto sobre la continuidad de la atención en la prestación de servicios como herramienta de consulta de soporte para el conocimiento de la gestión del modelo integral de atención en salud.

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Analizar el impacto de la fragmentación en el modelo integral de atención en salud y las redes integrales que limita la continuidad de la prestación de servicios de salud a los usuarios en Colombia.

### **Objetivos específicos:**

-Identificar la normativa legal para la implementación del modelo integral de atención en salud (MIAS) y el modelo de las redes integrales en salud (RIAS) en Colombia.

-Describir el modelo de las redes integrales en salud (RIAS) y el modelo integral de atención en salud (MIAS) en Colombia.

-Identificar los principales factores que están relacionados con la fragmentación del modelo integral de salud (MIAS) y redes integrales en salud (RIAS) en Colombia.

## Metodología

### Diseño del estudio

Se trata de una monografía de compilación donde se aplicarán métodos de investigación documental y bibliográfica, en la cual analizaremos la fragmentación de las MIAS, y RIAS, como afectan estas en la atención de la prestación del servicio en salud de Colombia.

Esta monografía busca brindar información que contenga bases para comprender la fragmentación del sistema, su impacto, y herramientas que coadyuve a servir de apoyo empírico a la teoría ya existente.

En el modelo teórico expuesto por Aday y Andersen y Gold, el acceso va relacionado a factores dentro de la política de la población como sus características, proveedores que afectan el acceso en la prestación del servicio de salud;<sup>7</sup> la segunda indica que la estructura desarrollada en el modelo de managed care afectan el acceso, incorporando factores relacionados con las aseguradoras<sup>8</sup>.

---

<sup>7</sup> Aday LA, Andersen RM, A framework for the study of access to medical care. *Health Service Research*. 1974; 9(3): 208-20

<sup>8</sup> Gold M. Beyond coverage and supply: measuring access to healthcare in today's market. *Health Service Research* 1998; 33(3): 625-52.

## Capítulo 1. Marco legal

### 1.1. Ámbito Internacional

El concepto de Salud para todos nace de la Primera Conferencia internacional en Ottawa Canadá con la OMS 1986, posteriormente en Alma Ata 1978 en cual se traza este objetivo que expone la salud como una fuente de riqueza para mejorar el aspecto social y personal de la población.

La conferencia invita a centrarse en una nueva perspectiva del modelo de atención en salud, donde manifiesta que esta debe ser más participativa para los actores que intervienen tales como organizaciones, estado y las personas, lleva al escenario de considerar la Salud como un derecho fundamental donde los países basados en este criterio buscaron desarrollar políticas que desarrollaran este concepto incluido Colombia.

En Adelaida en 1988 la OMS, se enfoca en las Políticas Públicas Saludables, donde desarrollan el concepto de un contrato social donde los sectores buscan el desarrollo humano con equidad y sostenibilidad que guiaría al resultado sanitario, lo que conlleva una reestructuración en las políticas dentro de los gobiernos y los sectores que contribuyan a la resolución de la división del sistema en todos sus niveles de complejidad.

En Sundsvall 1991 aparecen los inicios de la promoción en salud con políticas y herramientas para su implementación, años más tarde en Yakarta exponen una guía de manejo de la promoción direccionada al siglo XXI, identificando prioridades enmarcadas en 5 aspectos: responsabilidad social, colaboración, inversión, capacidad de la comunidad, y empoderamiento, por último, la infraestructura. (declaraciones de Yakarta,1997).

En el 2000 la OMS, se preocupa por el concepto de equidad dentro de la promoción en salud.

La OMS en el 2005, la Carta de Bangkok busca con políticas orientadas a la promoción en salud integrar todos los actores del sistema donde incluyen cuatro compromisos: a) La promoción en salud haga parte de la agenda de desarrollo mundial, b) se convierta en responsabilidad básica en todos los gobiernos, c) se enmarque en las buenas prácticas con mayor control sobre la salud y sus determinantes. d) capacitación a la población para un entorno favorable y disfrute de un entorno positivo en salud.

La OMS en 2012 en Río de Janeiro promueve los objetivos de desarrollo sostenible (ODS).

En Helsinki 2013, la OMS busca realizar mejoras en las acciones sobre los determinantes en salud indicando que deben tener más ámbitos de intervención.

En Shanghái 2016, la OMS, plantean compromisos para mejorar la relación de salud y bienestar, en la agenda del 2030 se encuentran los siguientes objetivos:

- Seguridad alimentaria
- Vida sana
- Educación equitativa e inclusiva
- Reducción de la desigualdad en los países

## 1.2 Ámbito nacional

El saneamiento ambiental esta a cargo del estado como servicio público contemplado en el artículo 49 de la constitución de 1991, quien debe reglamentar la prestación del servicio de salud a su población enfocado en los principios de solidaridad, universalidad, y eficiencia, con políticas

que reglamenten a los actores prestadores de los servicios de salud, con disposiciones y competencias para el estado, entidades territoriales, y usuarios.

Este artículo pretende que el servicio de salud fuera gratuito y obligatorio para toda la población enfocando en que las personas deben tener autocuidado personal y para la comunidad.<sup>9</sup>

La ley 100 organiza los servicios de salud de en categorías de atención con colaboración de la comunidad denominada Sistema General de Seguridad Social Integral, que cambia la forma de atención en salud siendo esta el grupo de actores tales como instituciones, estado, sociedad que procuren cobertura integral de las contingencias cuyo fin es la incorporación de los usuarios,

La Ley 100 (1993), busca garantizar los derechos irrenunciables de la población que lleve alcanzar calidad vida y dignidad humana garantizando la afiliación obligatoria al sistema.

Dicho sistema busca brindar una atención integral con el manejo de la prevención, diagnóstico, y tratamiento complementado el sistema de salud, los beneficios que representan para el usuario muestran sus desventajas apuntando a un enfoque curativo y no preventivo, como se pretende evidenciar a través de los diferentes programas que brinda.<sup>10</sup>

Los aportes en la normatividad frente al tema de promoción y mantenimiento en salud en las nuevas rutas integrales de atención en salud apuntan a: Resolución 412 de 2000 donde se

---

<sup>9</sup> De Colombia, C. P. (1991). Constitución política de Colombia. *Bogotá, Colombia: Leyer*. Recuperado en: <https://200.13.232.188/irj/go/km/docs/wpcontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Nuestro%20Gobierno/Secciones/Publicaciones/Documentos/PLAN%20ESTRATEGICO%20INSTITUCIONAL%201/Constituci%C3%B3n%20Pol%C3%ADtica%20de%20Colombia.pdf>

<sup>10</sup> Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 100 de 1993. Recuperado de: <https://bibliotecadigital.ccb.org.co/bitstream/handle/11520/14645/Ley%20100%20de%201993.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

establecen los procedimientos e intervenciones de demanda inducida junto con las normas técnicas y guías de atención de enfermedades de interés en salud pública”.<sup>11</sup>

Ley 1122 de 2007 desarrolla la Salud Pública que garantiza de manera integral la salud de la población, a través de actos de forma individual y colectiva cuyo resultado establece condiciones de vida, desarrollo y bienestar a la población, bajo la supervisión del Estado con la participación responsable de todos los actores del sistema.<sup>12</sup>

En la Ley 1122 se establece el Plan Nacional de Salud Pública -PNSP-, definido para cada cuatrienio según el respectivo Plan Nacional de Desarrollo., el cual considera la transformación a un estilo de vida saludable, planes por parte de las aseguradoras en el territorio nacional, coberturas, POS, y metas a las EPS, basadas en el modelo de atención familiar y comunitaria, visitas domiciliarias y atención primaria en salud.

Ley 1438 de 2011 propone fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS-, con la creación de un ambiente sano y saludable cuyo objetivo son las personas residentes en el país.

Ley estatutaria 1751 de 2015<sup>13</sup>, tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud con la creación de mecanismos de protección donde se reglamenta la accesibilidad a los servicios en salud, donde toda persona dentro del territorio nacional debe ser atendida sin barreras de acceso, donde la Promoción en salud es un deber de todos los actores del sistema.

---

<sup>11</sup> Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 412 de 2000 Recuperado de: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%93N%20384%20DE%202000.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%93N%20384%20DE%202000.pdf)

<sup>12</sup> Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 1122 de 2007. Recuperado en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>

<sup>13</sup> Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 1752 de 2015 [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf)

El Ministerio de Salud y Protección Social en la resolución 429 de 2016,<sup>14</sup> adopta el (PAIS) y el (MIAS). Se dispone distintas rutas como la ruta integral para la promoción y el mantenimiento de la salud, definida por las integraciones e intervención de manera individual, colectivas y de salud pública solicitadas para la promoción de la salud y sus riesgos en salud.

La EPS, IPS y secretarías de salud son evaluadas en las RIAS de acuerdo con su efectividad en la atención de los usuarios.

A continuación, veremos en la siguiente figura la evolución en tema de normatividad del modelo integral de atención en salud (MIAS) y el modelo de las redes integrales en salud (RIAS) en Colombia.

**Tabla 1. Evolución marco normativo de las Políticas de salud en Colombia**

<b>Marco Normativo</b>	
<b>Norma</b>	<b>Objeto</b>
Ley 9 de 1979	Reglamenta las disposiciones en Salud Pública que aseguren el bienestar de la población. <sup>15</sup>
Ley 10 de 1990	Reorganizar el Sistema Nacional de salud

<sup>14</sup> Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 429 de 2016. Recuperado en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf)

<sup>15</sup> de Bogotá, C. D. C. (2010). Ley 9 de 1979 Medio Ambiente.

Ley 100 de 1991	Define el plan de beneficios en salud, régimen subsidiado – contributivo, indica que las EPS son las encargadas del Aseguramiento y las IPS de la prestación del servicio de salud Contempla a las EPS. <sup>16</sup>
Ley 1122 de 2007	Se realizan cambios en financiación, dirección, equilibrio mejoramiento y universalización en la prestación consolidación en planes de salud pública, desempeño en temas de vigilancia, control e inspección, articulación de las redes para la prestación de servicios de salud. <sup>17</sup>
Sentencia T-760 de 2008	Acceso a servicios no incluidos en el plan de beneficios en salud, alcance a las negociaciones, aclaraciones y pagos. <sup>18</sup>
Ley 1751 de 2015	Regula el derecho fundamental a la Salud. <sup>19</sup>
Aseguramiento Ley 1438 de 2011	Se fortalece la Atención primaria en salud, considera al usuario eje central de las políticas de salud, se conforman las redes integradas de servicios de salud. - Artículo 22. Portabilidad. <sup>20</sup>
Resolución 1841 de 2013	Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021. El Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 – 2021, <sup>21</sup>

<sup>16</sup> de Bogotá, C. D. C. (1993). Ley 100 de 1993. Recuperado en: <https://bibliotecadigital.ccb.org.co/bitstream/handle/11520/14645/Ley%20100%20de%201993.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

<sup>17</sup> Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 1122 de 2007. (2007) Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>

<sup>18</sup> Colombia. Contraloría General de la República & Umaña Lizarazo, Carlos Eduardo. (2008). Informe de resultados actuación especial de fiscalización: Seguimiento al cumplimiento de la sentencia T-760 de 2008. La Contraloría, Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/OCI/actuacion-especial-sentencia-t-760-2008.pdf>

<sup>19</sup> Colombia. Congreso de la República. Ley Estatutaria 1751 de 2015. (2015) Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/ley-1751-de-2015.pdf>

<sup>20</sup> Colombia. Congreso de la República. Ley 1438 de 2011. (2011) Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Ley-1438-de-2011.pdf>

<sup>21</sup> Colombia. Congreso de la República. Resolución 1841 de 2013. (2013) Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1841-de-2013.pdf>

Resolución 1536 de 2015	Dispone planeación integral para la salud. Decreto 780 de 2016 se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Mecanismos de pago y entidades responsables del pago, habilitación de las entidades responsables del aseguramiento en salud, portabilidad Sistema de Afiliación Transaccional- SAT, movilidad entre regímenes contributivo y subsidiado. <sup>22</sup>
Resolución 4622 de 2016	Reporte de cifras de afiliación al SGSSS de planes voluntarios regímenes de Excepción, Regímenes especiales y privadas de la libertad o bajo custodia y vigilancia del. <sup>23</sup>
Resolución 2515 de 2018	Habilitación de las entidades responsable del aseguramiento, oportunidad y acceso. <sup>24</sup>
Resolución 0768 de 2018	Condiciones generales para la operación del Sistema de Afiliación Transaccional -SAT. <sup>25</sup>
Salud Pública: Resolución 1229 de 2013	Por la cual se establece el modelo de inspección, vigilancia y control sanitario para los productos de uso y consumo humano. <sup>26</sup>

<sup>22</sup> Colombia. Congreso de la República. Resolución 1536 de 2015. (2015) Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1536-de-2015.pdf>

<sup>23</sup> Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 4622 de 2016. (2016) Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-4622-de-2016.pdf>

<sup>24</sup> Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2515 de 2018. (2018) Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-2515-de-2018.pdf>

<sup>25</sup> Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 768 de 2018. (2018) Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-768-de-2018.pdf>

<sup>26</sup> Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1229 de 2013. (2013) Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1229-de-2013.pdf>

Resolución 1536 de 2015	Establecen disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud. <sup>27</sup>
Decreto 780 de 2016	Simplificación de normas preexistentes del sector de la salud. <sup>28</sup>
Resolución 3202 de 2016	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, en relación con la implementación de las RIAS y las responsabilidades de los diferentes integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS. <sup>29</sup>
Resolución 3280 de 2018	Ruta de Atención para la promoción y mantenimiento de la salud y ruta integral de atención en salud para la población materno perinatal <sup>30</sup>
Prestación de servicios de salud Ley 1419 de 2010	Se dispone desarrollo de la Telesalud en Colombia. <sup>31</sup>
Decreto 780 de 2016	. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad – SOGC. <sup>32</sup>

<sup>27</sup> Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1536 de 2015. (2015) Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1536-de-2015.pdf>

<sup>28</sup> Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Por el cual se modifica el artículo 2.5.3.8.3.2.13 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. (2021) Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/modifica-articulo-decreto-780-de-2016-abril262021.zip>

<sup>29</sup> Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3202 de 2016. (2016) Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3202-de-2016.pdf>

<sup>30</sup> Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 3280 de 2018. (2018) Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf>

<sup>31</sup> Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 1419 de 2010. Recuperado de: [https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma\\_pdf.php?i=40937](https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=40937)

<sup>32</sup> Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Por el cual se modifica el artículo 2.5.3.8.3.2.13 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. (2021) Recuperado de:

Resolución 1441 de 2016	habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones. <sup>33</sup>
Resolución 5401 de 2018	Modifica el artículo 16 de la Resolución 1441 de 2016, con relación al plazo para la habilitación de las redes integrales de prestación de servicios de salud – RIPSS. <sup>34</sup>
Resolución 2626 de 2019	Reforma la Política de Atención Integral en Salud –PAIS, adopta el Modelo de Acción Integral Territorial –MAITE. <sup>35</sup>
Resolución 3100 de 2019	Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud. <sup>36</sup>

Fuente: Elaboración Propia

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/modifica-articulo-decreto-780-de-2016-abril262021.zip>

<sup>33</sup> Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1441 de 2016. (2016) Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1441-2016.pdf>

<sup>34</sup> Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 5401 de 2018. Recuperado de: [https://www.medellin.gov.co/normograma/docs/astrea/docs/resolucion\\_minsaludps\\_5401\\_2018.htm](https://www.medellin.gov.co/normograma/docs/astrea/docs/resolucion_minsaludps_5401_2018.htm)

<sup>35</sup> Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2626 de 2019. (2019) Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-2626-de-2019.pdf>

<sup>36</sup> Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3100 de 2019. (2019) Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3100-de-2019.pdf>

## **Capítulo 2. Modelo integral de atención en salud (MIAS) y rutas integrales de atención en salud (RIAS)**

### 2.1 Modelo Integral de Atención en Salud

Concepto creado en la Atención Primaria en Salud (APS), la cual se vincula con el primer contacto en salud, la puerta de entrada a la primera atención, siendo este el nivel de atención básico con un médico general o familiar, odontología, especialidades básicas tales como pediatría, ginecología, medicina interna y servicios de baja complejidad de enfermería, en su definición más amplia coordina los actores del sistema , enfocado en la promoción y prevención combinada en todos los niveles de atención para las personas y sus familias , con métodos costo-efectivos y avalados científicamente, orientados al entorno ambiental y laboral factores determinantes en la salud de la población.<sup>37</sup>

El MIAS se basa en el registro de la población y su caracterización donde las APB son las responsables de dicha actividad, con lo cual se gestiona el riesgo de su población afiliada, siendo este un componente de la gestión del riesgo donde se identifica quien es susceptible en padecer alguna enfermedad de cohorte definida por las entidades de control, la creación de planes de

---

<sup>37</sup> Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 1438 del 2011 Recuperado en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf)

atención y prevención, autocuidado y acciones encaminadas a superar los riesgos del afiliado engranando los servicios sociales del estado o la prestación inmediata del servicio con programas de control.

Los servicios se garantizan mediante los prestadores primarios de atención quienes organizan mediante un grupo interdisciplinario de profesionales el inicio al sistema, donde pueden resolver hasta un 80% las atenciones básicas en salud, estos deben estar localizados cerca de las comunidades eliminando las barreras de acceso por georreferenciación, de lo contrario es indispensable contar con equipos móviles de atención para realizar visitas de manera periódica y poder garantizar la prestación y continuidad de tratamientos.

Para las RIAS los prestadores primarios son la estructura principal definidas como entidades que coordinan la atención integral de los usuarios en los diferentes niveles de atención. Las RIAS determinan la participación en las acciones indispensables para mantener la población sana, seguimiento y control de grupos de riesgo (enfermedad cardiovascular, VIH, materno-infantil, diabetes, etc.), basados en los protocolos de atención y práctica clínica, la responsabilidad de cada actor en la ruta está definida dentro de las 16 guías para problemas de salud prioritarios.

El MIAS reduce las inequidades en el acceso y atención que resulta de un único modelo a poblaciones con amplias diferencias en cantidad demográfica, condiciones geoeconómicas y oferta de servicios.

El MIAS distribuye al país en las siguientes categorías: territorios de alta ruralidad, territorios urbanos, territorios dispersos. En territorios dispersos y apartados (Guainía, Vichada Amazonas, Chocó, San Andrés, Guaviare, Vaupés y Putumayo), el modelo de atención y aseguramiento sufre modificaciones debido a la ubicación de la población que dificulta el acceso al sistema por

parte de los usuarios, los centros dispuestos para la prestación del servicio son de baja resolutiveidad y capacidad instalada para la atención lo que lleva al usuario a trasladarse a distancias mayores para poder recibir atención de segundo y tercer nivel en centros hospitalarios.

Este escenario muestra la necesidad de la prestación del servicio en sitios más cercanos a dichas comunidades o a través de los equipos móviles para garantizar el acceso y cuidado de la comunidad descrito por las actividades de promoción y prevención, lo cual permitirá el fortalecimiento y capacidad resolutive en los diferentes centros y puestos de salud que permitan realizar actividades que eran autorizadas para hospitales de segundo y tercer nivel, esto hace necesario ampliar sus servicios en telemedicina y capacitación del recurso humano donde en la actualidad debido a la pandemia COVID 19, se ha demostrado la eficacia en esta línea de servicio ofertada por las IPS dando garantías y acceso a toda la población, se debe asegurar las acciones de vigilancia epidemiológica y de riesgo ambiental , adaptada a las culturas indígenas y afro predominantes en dichas regiones.

Finalmente, estos territorios requerirán subsidios transparentes a la oferta, pues en algunos casos no cuentan con la demanda mínima para cubrir los costos de operación con venta de servicios. El Modelo de Atención Integral en Salud MIAS para territorios dispersos incorpora estas modificaciones.

Estos territorios son asignados de acuerdo con los criterios por georreferenciación a una única EPS, donde estas no compiten por usuarios si no por el pool de usuarios asentados en una zona geográfica determinada, mediante la selección participativa y transparente que facilita los mecanismos de pagos por desempeño a las EPS.

En los territorios de alta ruralidad continua la competencia por parte de las EPS habilitadas cuyos esfuerzos llevan a el acceso a las comunidades mediante herramientas como los equipos móviles que permiten mejorar su nivel y competencia, donde algunos para garantizar su sostenibilidad necesitaran de subsidios a la oferta. Estos municipios deberán conformar sus redes con IPS de municipios vecinos y compartir centros de atención de urgencias, que incluyan mecanismos rápidos de traslado.

La MIAS enfrentan varios retos para su implementación debido a la cobertura delimitada geográficamente que no garantiza un grado apropiado de operación con recursos suficientes y capacidad técnica para su funcionamiento. En Colombia debido a la fragmentación existe un alto grado de separación administrativa que no permite la implementación adecuada de las MIAS <sup>38</sup>

## 2.2. Redes integrales de atención en salud (RIAS)

Se definen como la herramienta obligatoria para establecer las condiciones indispensables en la integralidad de la atención en salud, gestionando la sectorialidad e intersectorialidad, incentivando el bienestar colectivo e individual en todos los actores del sistema.

Para la implementación de este modelo es necesario contar con recursos económicos, recurso humano, siendo un enfoque que aborda la problemática del sistema de salud colombiano en términos de salud pública. <sup>39</sup>

---

<sup>38</sup> Gutiérrez, C. (2018). El sistema de salud colombiano en las próximas décadas: cómo avanzar hacia la sostenibilidad y la calidad en la atención.

<sup>39</sup> González, Diana. (01 noviembre del 2018). Revista Neuro Economía. ¿Qué es la política PAIS? ¿Qué es el MIAS? Recuperado en: <http://www.neuroeconomix.com/que-es-la-politica-pais-que-es-el-mias/#:~:text=El%20MIAS%20tiene%20como%20objetivo,MIAS%20hace%20parte%20del%20PAIS.>

La integralidad en la atención para la población es el objetivo de las RIAS el cual involucra todos los integrantes del SGSSS que ayuden al mejoramiento en los resultados en salud y reducir la incidencia de la enfermedad

Los principios que soportan la elaboración de las rutas integrales de atención en salud son:

-Eje central el usuario: Su eje central son las personas, familias y comunidades, respetando opciones, cultura, contexto social y las necesidades específicas de los sujetos.

-Seguridad y calidad: basadas en la mejora continua mediante la promoción en la prestación de servicios de salud.

-Eficacia: reconoce, identifica e interviene en acciones eficaces que respalden la atención integral en la salud y prestación del servicio

-Equidad: brindan el espacio de plantear escenarios para solventar las brechas socioeconómicas en el estado de salud.

-Eficiencia: optimizar el recurso y reducir los residuos y costos de la prestación de servicios de salud directos en directos.

Dentro del contenido de las RIAS encontramos las acciones enfocadas en la salud pública, indicadores, participaciones colectivas, individuales, hitos, seguimiento, control y evaluación que describan los factores de la atención enfocados en las evidencia, buenas prácticas y necesidades y satisfacción de los usuarios, integración por parte de los actores en el escenario de sus competencias y funciones que faciliten el adecuado uso de la infraestructura, recursos financieros y responsabilidades de los integrantes del SGSSS dentro del proceso de la atención en salud

Según la Resolución 3202 del 2016 <sup>40</sup> se definen tres tipos de rutas:

1. Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud: enfocadas a promover la salud, la cultura del autocuidado, prevenir el riesgo y la enfermedad a través de la promoción y prevención se aplica para toda la población.

2. Ruta Integral de Atención en Salud de Grupos de Riesgo: reconoce de manera oportuna los factores de riesgo ya sea para la evitabilidad, diagnosticar, tratar, rehabilitar, y paliación aplica para la población en riesgo.

3. Ruta integral de atención en salud para eventos específicos; Determinan los eventos específicos priorizados de la población descrita en el ítem anterior, centrada en el tratamiento, paliación y rehabilitación. <sup>41</sup>.

Los objetivos sociales de las RIAS son las ganancias en salud y la reducción de la carga de enfermedad mediante intervenciones como:

1. Intervenciones de gestión de la salud pública: Busca la articulación de los actores del SGSSS en los determinantes sociales, uniendo procesos de la salud pública que desarrollen el desarrollo, gestión planeación participación social vigilancia y control. <sup>42</sup>
2. Intervenciones de promoción de la salud: Busca la formulación e implementación de políticas públicas saludables, creación de entornos saludables, desarrollo de acciones

---

<sup>40</sup> Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3202 del 2016 Recuperado en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3202-de-2016.pdf>

<sup>41</sup> Ministerio de salud Y Protección Social. Resolución 3202 de 2016. (2016). Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3202-de-2016.pdf>

<sup>42</sup> Mera, A. D., Marín Bastidas, C., & Ruiz Rivera, E. (2018). Costos adicionales en la implementación de las RIAS en el departamento del Cauca.

sectoriales e intersectoriales/transectoriales y comunitarias, dirigidas a la reducción de inequidades y a la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud.<sup>43</sup>

3. Intervenciones individuales: Dirigido al comportamiento humano en el cambio de hábitos de vida, rehabilitación, paliación por medio de las actuaciones integrales en salud.<sup>44</sup>

4. Hitos: resultados intermedios o finales siempre buscando involucrar el mayor número de prestaciones que, de acuerdo con la evidencia, se encuentren interrelacionadas con el resultado esperado.

5. Indicadores de seguimiento y evaluación: A través del Sistemas de control de calidad realiza seguimiento y acciones correctivas y planes de mejora en la implementación del modelo y las RIAS dentro del sistema de información.

6. Responsables sectoriales: Esta intervención se encuentra compuesta por los funcionarios responsables del proceso, como son los entes gubernamentales, EAPB, IPS y ESE

Segmentos en la atención de las RIAS: a) gestión de la salud pública) promoción de la salud, c) acciones en los entornos d) acciones individuales, con los cuales se busca gestionar el riesgo en salud y la promoción en salud.

El alcance de La RIAS pretende enfocar a los actores del sistema en la unión para el beneficio del sistema, así como el cumplimiento de los perfiles requeridos en la formación del talento humano en la implementación del PAIS y el MIAS.

Por otro parte, podemos identificar los siguientes retos: a) La prestación de los servicios enfocada en las personas, familias y comunidades, que avanzan a la gestión de la atención

---

<sup>43</sup> Mera, A. D., Marín Bastidas, C., & Ruiz Rivera, E. (2018). Costos adicionales en la implementación de las RIAS en el departamento del Cauca.

<sup>44</sup> Mera, A. D., Marín Bastidas, C., & Ruiz Rivera, E. (2018). Costos adicionales en la implementación de las RIAS en el departamento del Cauca

integral. b) Organización en la gestión de las acciones de salud. c) Tratar de Adecuar la prestación de servicios en la población, sin dejar de lado el conocimiento de los espacios territoriales, las particularidades, condiciones y situaciones de la población. d) Mejorar el talento humano, el cual sea idóneo según lo requerido. e) Contar con un adecuado sistema de información, por medio del cual se realice el seguimiento a los resultados en salud, las ganancias en equidad, el desarrollo de capacidades y los riesgos acumulados para gestionarlos oportunamente. f) Efectuar elementos efectivos de participación y movilización social, para que los individuos y colectividades se reconozcan e involucren como actores. g) Implementar gradualmente las RIAS considerando la disponibilidad de talento humano, las tecnologías en salud y la suficiencia de la red de servicios. <sup>45</sup>

---

<sup>45</sup> Mera, A. D., Marín Bastidas, C., & Ruiz Rivera, E. (2018). Costos adicionales en la implementación de las RIAS en el departamento del Cauca.

### **Capítulo 3. Fragmentación del modelo integral de atención en salud MIAS y rutas integrales de atención en salud (RIAS)**

En la actualidad los usuarios del SGSSS, se ven enfrentados a dificultades y barreras dentro de la prestación de servicios de salud enmarcados por factores externos e internos dentro de las configuraciones de las MIAS y RIAS, donde se puede evidenciar el intento de voluntad política para el fomento, creación y desarrollo de estas redes, donde pese a dicho esfuerzo se encuentran inconsistencias y vacíos que llevan a un escenario confuso que inciden de manera directa en su implementación.<sup>46</sup>

En la red encontramos facilitadores internos como el aspecto financiero y estructura administrativa de las entidades prestadoras de servicios de salud y calidad de los servicios. En las barreras encontramos incentivos financieros no alineados, fallas en los criterios de georreferenciación, lo que traduce en la no presencia de servicios en un punto específico y limitado, lo que lleva al usuario que reside en lugares de difícil acceso adaptarse a las condiciones que ofrezca el asegurador las cuales no cubren sus necesidades y representan una barrera de acceso en la prestación de los servicios.<sup>47</sup>

---

<sup>46</sup> Morales Eraso, N. (2011). Las redes integradas de servicios de salud: una propuesta en construcción. Editorial Universidad del Rosario.

<sup>47</sup> Morales Eraso, N. (2011). Las redes integradas de servicios de salud: una propuesta en construcción. Editorial Universidad del Rosario.

Las barreras se identifican desde la óptica de los actores del sistema, entre los que se encuentra el usuario, el profesional, los prestadores y los aseguradores, donde no existe una política clara que lleve a que los actores puedan prestar los servicios de manera sostenible y con accesibilidad a los usuarios.

Podemos así encontrar en la evaluación de las redes, en su propia planeación no son involucrados todos los actores para establecer sus condiciones, necesidades y requerimientos lo que nos lleva a la desagregación de los resultados de la prestación, por ello es necesario considerar factores estructurales, geográficos y financieros.<sup>48</sup>

Por otro lado, las RIAS presentan problemas de acceso y oportunidad en la atención, falta de continuidad, falta de consistencia en los servicios y expectativas de la población, no existe coordinación entre los niveles y puntos de atención y poca resolutivead del primer nivel de atención.

En cuanto a la atención de las redes hospitalarias en las cuales por su ubicación geográficas son materia de referencia y contrareferencia de usuarios dentro de la población pobre no asegurada, población subsidiada, población de portabilidad de las EPS, las cuales son contratadas por las Empresas Sociales del Estado ESE y EPS en menor medida, no cumplen con los atributos esenciales de las RIAS en cuanto al modelo de atención, organización y gestión necesarias para una prestación adecuada.

Actualmente en la libre competencia entre los actores hay una mínima contratación con el sector público lo que dificulta la implementación de las redes integrales pese a lo descrito en la

---

<sup>48</sup> Morales Eraso, N. (2011). Las redes integradas de servicios de salud: una propuesta en construcción. Editorial Universidad del Rosario.

Ley 1438 de 2011.<sup>49</sup> Las Empresas Promotoras de Salud EPS cuentan con mayor integración vertical donde definen que tipos de servicios van a ofrecer y las entidades que las van a prestar, lo cual presenta un gran reto para garantizar el acceso, continuidad y coordinación de la atención del usuario hasta la atención altamente especializada, donde es necesario determinar el ámbito geográfico y perfil epidemiológico que permitan evaluar la prestación del servicio para la población de manera integral donde en la realidad estas variables no son tenidas en cuentas presentándose la fragmentación en el sistema actual.<sup>50</sup>

Los actores que intervienen y los recursos utilizados dentro del sistema de atención se traducen en una prestación con eficiencia y efectividad, cuyo objetivo es mejorar la salud de sus usuarios para ello es necesario contar con personal calificado, financiación, suministros, información, transporte, comunicaciones, brindar tratamientos y servicios que cubran las necesidades de la población.<sup>51</sup>

El Gobierno nacional cumple un papel importante dentro del sistema de salud, y por ende el manejo de los entes gubernamentales en departamentos y municipios.<sup>52</sup> Dentro de la fragmentación se observan dos esquemas: la APS que busca obtener el cubrimiento de la prestación del servicio de salud con solidaridad y equidad, cubriendo las necesidades básicas de la salud de la población con calidad, responsabilidad, justicia social, sostenibilidad, participación y la intersectorialidad<sup>53</sup>; este es un enfoque muy ambicioso que no tiene en cuenta

---

<sup>49</sup> Ministerio de salud Y Protección Social. Ley 1438 de 2011 (2011) Recuperado en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf)

<sup>50</sup> Artaza Barrios, O., Méndez, C. A., Holder Morrison, R., & Suárez Jiménez, J. M. (2013). Redes integradas de servicios de salud: el desafío de los hospitales.

<sup>51</sup> Ocampo-Rodríguez, M. V., Betancourt-Urrutia, V. F., Montoya-Rojas, J. P., & Bautista-Botton, D. C. (2013). Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud.

<sup>52</sup> Ocampo-Rodríguez, M. V., Betancourt-Urrutia, V. F., Montoya-Rojas, J. P., & Bautista-Botton, D. C. (2013). Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud.

<sup>53</sup> Ocampo-Rodríguez, M. V., Betancourt-Urrutia, V. F., Montoya-Rojas, J. P., & Bautista-Botton, D. C. (2013). Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud.

la realidad del sistema de salud Colombiano donde debe existir mayor control sobre la prestación y garantizar el acceso a la población que por georreferenciación son poblaciones dispersas lo que muestra que la política en Salud aún necesita muchos cambios que no vulneren los derechos de los usuarios, aquí inicia la fragmentación por falta de acceso en la prestación de servicio a toda la población <sup>54</sup>

El segundo enfoque es el cuidado individual, tratamiento, encaminado a la promoción, prevención y las intervenciones basadas en la población,<sup>55</sup> lo cual no se cumple en la realidad en un sistema de extrema pobreza y con falta de equidad, no se ha visto disminución de dichas desigualdades a pesar de las buenas intenciones de los sectores lo que traduce al aumento de las enfermedades y la necesidad de recurrir al sistema de salud que no brinda las garantías y cubrimiento a toda la población demostrando un sistema fragmentado que no brinda una atención continua ni integral a la población. <sup>56</sup>

El modelo de APS, debe ser reconceptualizado donde sea resuelto en la mayor parte la problemática de salud de los usuarios del sistema con un modelo eficiente con un adecuado nivel de atención, cambio de tecnologías, capital humano, donde debe existir integralidad entre la atención primaria y las RIAS, de esta forma las personas con niveles bajos socioeconómicos tendrán un mejor acceso a los servicios promoviendo la equidad. <sup>57</sup>

---

<sup>54</sup> Ocampo-Rodríguez, M. V., Betancourt-Urrutia, V. F., Montoya-Rojas, J. P., & Bautista-Botton, D. C. (2013). Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud.

<sup>55</sup> Ocampo-Rodríguez, M. V., Betancourt-Urrutia, V. F., Montoya-Rojas, J. P., & Bautista-Botton, D. C. (2013). Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud.

<sup>56</sup> Ocampo-Rodríguez, M. V., Betancourt-Urrutia, V. F., Montoya-Rojas, J. P., & Bautista-Botton, D. C. (2013). Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud.

<sup>57</sup> Ocampo-Rodríguez, M. V., Betancourt-Urrutia, V. F., Montoya-Rojas, J. P., & Bautista-Botton, D. C. (2013). Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud.

Los modelos: a) público b) financiación provisión pública c) seguridad social d) privado incorporando el pago voluntario prepago hacen parte del tema de financiación del sistema, esta segmentación en el financiamiento limita las posibilidades de riesgo compartido y transferencias de ingresos entre subsectores lo que crea sistemas duales o fragmentados de aseguramiento.<sup>58</sup>

La falta de financiación lleva a la búsqueda de la intervención privada en la prestación y aseguramiento donde el sistema busca la sostenibilidad financiera para poder operar y nacen las Asaciones Público-Privadas como EAPB que en la actualidad tienen participación privada y pública, naciendo la competencia entre aseguradoras y prestadores en la cual se evidencia nuevamente la fragmentación de los servicios y barreras que afectan al usuario.<sup>59</sup>

El MSPS juega el papel de regulador a los actores del sistema de salud, la vigilancia y control se encuentra a cargo de la SUPERSALUD, así como de las acciones correctivas para las entidades que incumplan en el ordenamiento legal.<sup>60</sup>

El financiamiento en el sector salud cuenta con dos ejes principales definidos por el origen de los recursos, la primera se traduce en las cotizaciones o aportes parafiscales del régimen contributivo que lo compone los empleados y empleadores, la segunda está constituida por los recursos fiscales nacionales del Sistema General de Participaciones y recursos fiscales de origen regional y local. La administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en

---

<sup>58</sup> Abrutzky R, Bramuglia C, Godio C. Los sistemas de salud en los países del Mercosur. Revista Margen.2009; 54: 1-9.

<sup>59</sup> Bejarano Leiva, L. N. Continuidad asistencial entre niveles de atención en pacientes con enfermedades crónicas y sus factores asociados en dos redes públicas de servicios de salud de Bogotá.

<sup>60</sup> Bejarano Leiva, L. N. Continuidad asistencial entre niveles de atención en pacientes con enfermedades crónicas y sus factores asociados en dos redes públicas de servicios de salud de Bogotá.

Salud (ADRES), la cual reemplaza al FOSYGA, es el encargado del manejo y distribución de los recursos a los actores del sistema.<sup>61</sup>

La EAPB o EPS tienen el rol de asegurador las cuales son de carácter público, privadas o mixtas, las cuales prestan el servicio dentro del Plan de Beneficios en salud y unidad de pago por capitación UPC.<sup>62</sup>

Las IPS son las instituciones prestadoras de salud contratadas por las EAPB, para la prestación del servicio, para el aseguramiento se estableció dos regímenes de afiliación el contributivo para empleadores y personas con capacidad de pago y el régimen subsidiado para los que no tienen capacidad de pago.<sup>63</sup>

Figura 1. Actores del sistema de Salud

---

<sup>61</sup> Bejarano Leiva, L. N. Continuidad asistencial entre niveles de atención en pacientes con enfermedades crónicas y sus factores asociados en dos redes públicas de servicios de salud de Bogotá.

<sup>62</sup> Bejarano Leiva, L. N. Continuidad asistencial entre niveles de atención en pacientes con enfermedades crónicas y sus factores asociados en dos redes públicas de servicios de salud de Bogotá.

<sup>63</sup> Bejarano Leiva, L. N. Continuidad asistencial entre niveles de atención en pacientes con enfermedades crónicas y sus factores asociados en dos redes públicas de servicios de salud de Bogotá.



Elaboración propia fuente: Bejarano Leiva, L. N. Continuidad asistencial entre niveles de atención en pacientes con enfermedades crónicas y sus factores asociados en dos redes públicas de servicios de salud de Bogotá.

Las RIAS buscan mediante la contratación de entidades públicas y privadas suplir con la necesidad de la prestación de servicio, las ESE compiten con las IPS privadas y entre ellas para la contratación con las EPS.<sup>64</sup> Debido a esto, debe existir interdependencia, interrelación y coordinación de los actores públicos privados y mixtos, dentro del PAIS se establecen las condiciones mínimas de las RIAS que garanticen el acceso, eficacia y eficiencia con herramientas

<sup>64</sup> Bejarano Leiva, L. N. Continuidad asistencial entre niveles de atención en pacientes con enfermedades crónicas y sus factores asociados en dos redes públicas de servicios de salud de Bogotá.

logísticas que se apliquen en las redes las cuales no se cumplen en su totalidad mostrando la fragmentación del sistema.<sup>65</sup>

La fragmentación se evidencia aún más dentro del modelo de atención cuando esta no da solución a las necesidades de la población lo que lleva a la insatisfacción del servicio y a la búsqueda de soluciones de manera oportuna lo que genera congestión en la prestación de servicios de urgencias, planes de acción encaminados a mejorar el acceso a los servicios de salud, dando paso a los conceptos de capacidad técnico-científica como insumos, especialistas, equipos, que supla con las necesidades de la población.

Debido a la falta de acceso, oportunidad en la atención, continuidad de la prestación de servicios asistenciales, se hace más evidente las deficiencias en sector público en las ESE, donde encontramos un sistema reglamentario contradictorio en una primera instancia promueve la libre competencia entre los actores y en segunda instancia una contratación mínima con el sector público que no se cumple en muchos departamentos siendo las ESE uno de los actores primordiales para el acceso a los servicios en las poblaciones de georreferenciación dispersas como veredas y caseríos donde es evidente los intereses particulares que no garantizan la prestación para esta población vulnerable, la ausencia de vigilancia y control por parte de los actores reguladores, que hoy día permanecen en la fragmentación en el sistema en espera de una modificación objetiva, eficiente que garantice la operatividad a todos los actores que lleven a la

---

<sup>65</sup> Muñoz, R. A. T., Henao, D. M. P., & Varón, A. F. G. (2018). Dinámica de una red integral de prestadores de servicios de salud (RIPSS). *Gerencia y Políticas de Salud*, 17(34).

finalidad de la APS que es prestar un servicio accesible a toda la población con calidad de servicio.<sup>66</sup>

Una opción que puede ayudar a la fragmentación del sistema y que permite garantizar la atención en lugares de difícil acceso es la telemedicina, herramienta utilizada en la atención hospitalaria de primer nivel de atención, que permite el acceso a la prestación del servicio de salud a los usuarios, y prevenir el traslado del paciente al punto principal de la red.

La herramienta comunica audiovisualmente y permite la transferencia de imágenes entre distintos puntos de la red de salud a través de aplicaciones como Skype, Meeting Burner y Facebook. la telemedicina también permite tratar problemas de salud en entornos extrahospitalarios y de esta manera lograr que llegue la atención de especialistas a lugares de difícil acceso ya sea por su situación social o geográfica.<sup>67</sup>

Otro punto de vista es expuesto en el 2011, en el artículo "Las redes integradas de servicios de salud: una propuesta en construcción", plantea la integración de los servicios como mecanismo para la participación de las instituciones y servicios que se complementen y optimicen recursos que permitan brindar un mejor servicio a los usuarios.<sup>68</sup>

---

<sup>66</sup> Muñoz, R. A. T., Henao, D. M. P., & Varón, A. F. G. (2018). Dinámica de una red integral de prestadores de servicios de salud (RIPSS). *Gerencia y Políticas de Salud*, 17(34).

<sup>67</sup> Pulgarín-Henao, D. M., & Tabarquino-Muñoz, R. A. (2016). Análisis del diseño de una red integrada de servicios de salud. *Semestre Económico*, 19(40), 175-212.

<sup>68</sup> Morales Eraso, N. (2011). Las redes integradas de servicios de salud: una propuesta en construcción. Editorial Universidad del Rosario. Recuperado en: <https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/3288/Fasc%C3%ADculo14.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Debidos a las estrategias y objetivos de la función financiera y social de las redes se deben encargar de la satisfacción del usuario por medio del acceso y nivel en la atención y continuidad del servicio prestado, enfocado en la optimización de recursos y eficiencia que permitan la sostenibilidad y duración del sistema (D'Amour, Goulet, Labadie, Bernier & Pineault, 2003), por lo cual es preciso y urgente el avance en la integración de las redes de servicios de salud, lo que de forma individual no es posible lograr por parte de las organizaciones que conforman la red; al ofrecer mayor ventaja los individuos como las instituciones recibirán mayores beneficios en la atención debido a la calidad, coordinación, comunicación, educación y eficiencia sin hacer caso omiso de la ética, bienestar y sostenibilidad.<sup>69</sup>

Para el 2016 en Risaralda, Colombia, el artículo "El nuevo modelo de Atención Integral en Salud-MIAS-para Colombia. ¿La solución a los problemas del sistema?", expresa la fragmentación en el gobierno y sector salud que enfrentan graves dificultades como son: alta carga de la enfermedad, poca resolutivead, inventivos negativos, fallas regulatorias lo cual lleva al nacimiento de la Política de Atención integral en Salud y el Modelo Integral de Atención en Salud, como la alternativa para la solución de los problemas y para ello retoma estrategias como la Atención Primaria en Salud con enfoque familiar y comunitario, el cuidado y gestión integral del riesgo y el enfoque diferencial; con lo cual se pretende lograr la articulación y armonización del aseguramiento, la prestación de servicios de salud y el desarrollo de las políticas y programas en salud pública a través de procesos de gestión social y política intersectorial en contexto.<sup>70</sup>

---

<sup>69</sup> Morales Eraso, N. (2011). Las redes integradas de servicios de salud: una propuesta en construcción. Editorial Universidad del Rosario. Recuperado en: <https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/3288/Fasc%C3%ADculo14.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

<sup>70</sup> Moreno Gómez, G. A. (2016). El nuevo modelo de Atención Integral en Salud-MIAS-para Colombia. ¿La solución a los problemas del sistema? Revista médica de Risaralda, 22(2), 73-74. Recuperado en [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0122-06672016000200001](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-06672016000200001)

En el 2017, el artículo "Evaluación de una red Integrada de Servicios de Salud en Colombia", donde se realiza un estudio para evaluar el comportamiento de la Red Integrada de Servicios de Salud de los hospitales Méderi, el tipo de convenio impacta el promedio de tiempo pactado para la atención de los pacientes donde fue convenido 19 horas 21 minutos y 06 segundos promediado, por el contrario los pacientes por fuera de dicho convenio requerían tramites administrativos adicionales como remisión, autorizaciones que aumentaron le tiempo promedio a 75 horas 44 minutos y 49 segundos, mostrando una diferencia de 56 horas 23 minutos, con lo cual se concluye que el estudio de una red integrada permite ver el impacto en la disminución de tiempos, remisiones que contribuyen al descenso de la fragmentación y mejora en la atención para los usuarios generando así una mayor satisfacción.<sup>71</sup>

En el 2018, en el artículo "La prestación del servicio de salud: toman de ejemplo a la EPS COMFENALCO VALLE, como estudio para revisar si existen falencias que afectan a los afiliados por no prestar de manera oportuna la atención médica, esto se demuestra dentro de la naturaleza jurídica del derecho a la salud, como es su modelo, como es administrada por las entidades a cargo de ella y el resultado obtenido cuya conclusión es que los procesos establecidos por la entidad COMFENALCO E.P.S , resulta ser inoperantes para el acceso a los servicios de salud, porque son realizados por un tercero, dando inicio con la comunicación a el call center hasta la necesidad de movilización para solicitar la autorización de diferentes servicios especializados, los medios implementados por la entidad hacen tortuoso para el usuario, quien se ve obligado a someterse a esperas interminables, como consecuencia del abundante número de

---

<sup>71</sup> Beltrán, J. L. H., Roa, J. F. C., & Pinzón-Espitia, O. (2017). Evaluación de una red Integrada de Servicios de Salud en Colombia. Archivos de medicina, 13(3), 14. Recuperado en: <file:///C:/Users/adrit/Downloads/Dialnet-EvaluacionDeUnaRedIntegradaDeServiciosDeSaludEnCol-6130307.pdf>

usuarios adscritos a la EPS y el mantenimiento de los mismo mecanismos insuficientes para la atención.<sup>72</sup>

En dicho estudio no establecen la tasa de mortalidad, complicaciones y condiciones clínicas que nos llevan a un escenario diferente, salvo al tratado de su estructura organizacional, factores operativos y modelo de atención que afronta la fragmentación del sistema de una institución prestadora de salud que nos les permite la prestación del servicio con calidad y oportunidad a su población afiliada.

---

<sup>72</sup> Toro Garzón, D., & Torres Martínez, X. (2018). La prestación del servicio de salud: caso Comfenalco Valle EPS. Recuperado en: [https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/8165/1/2018\\_prestacion\\_servicio\\_salud.pdf](https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/8165/1/2018_prestacion_servicio_salud.pdf)

## Conclusiones

A nivel nacional se cuenta con normativa que soporta el sistema de salud colombiano, la Ley 100 de 1993 tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten, con el objeto de brindar una atención integral en cuanto a prevención, diagnóstico y tratamiento con su implementación se han dado reformas normativas que complementan el actual sistema de salud, donde pretende un enfoque curativo y no preventivo, como se pretende mostrar a través de los diferentes programas que brinda.

El Ministerio de Salud y Protección Social ha cimentado el derecho a la salud a través de diferentes disposiciones como la Resolución 429 de 2016 que adopta el Modelo integral de atención en salud y la Política de Atención Integral en Salud, donde se establecen la ruta integral para la promoción y el mantenimiento de la salud, que integra las intervenciones individuales, colectivas, poblacionales y las acciones de gestión de la salud pública, requeridas para la promoción de la salud y la gestión oportuna e integral de los principales riesgos en salud de los individuos, las familias y las comunidades.

El Modelo Integral de Atención en salud parte de la caracterización de toda la población mediante su georreferenciación, condiciones familiares, riesgos ambientales y laborales, riesgos en salud y su estado de salud a través de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (APB) quienes son responsables de la gestión del riesgo de sus afiliados, con diferencia territorialmente que sirve como instrumento para reducir las inequidades en el acceso y la atención.

La gestión de riesgo es un componente central del Modelo Integral de Atención en Salud permite identificar la población en riesgo de padecer alguna de las enfermedades de prioridad en salud con el objeto de definir planes de atención y prevención, mediante estrategias de educación en autocuidado, ampliación de la capacidad resolutoria de los centros de atención por medio de los servicios de telemedicina y capacitación del recurso humano.

En Colombia el sistema enfrenta retos importantes debido al fraccionamiento de las responsabilidades y un alto grado de descentralización administrativa, por ello existen varios retos para implementar el MIAS, como son las de implementar un modelo de Atención Primaria de Salud, sin embargo, requiere de la responsabilidad de las autoridades competentes para mejorar cobertura y garantizar una escala adecuada de operación, con recursos suficientes y capacidad técnica.

Las Redes de Prestación de Servicios son un conjunto de entidades prestadores con el objeto de coordinar la atención integrada de los pacientes entre niveles de atención mediante la definición de las intervenciones y acciones necesarias para mantener la población sana, mejorar la atención y el seguimiento de grupos de riesgo (diabetes, VIH, enfermedad cardiovascular, materno-infantil, etc.), a partir de la evidencia científica y las guías de práctica clínica de obligatorio cumplimiento para las entidades territoriales las APB y las redes integradas.

Las Rutas Integrales de Atención en Salud establecen principios centrados en las personas, familias y comunidades, y ejercen la seguridad y calidad mediante la promoción de la práctica informada por la evidencia y el esfuerzo constante en la mejora de la calidad de la prestación de servicios de salud, mediante eficacia a partir de la mejor evidencia disponible, identificación de acciones e intervenciones eficaces en pro de garantizar atención integral en salud, equidad en la oferta de oportunidades para abordar y cerrar las brechas socioeconómicas en el estado de salud y

la eficiencia basada en la reducción de residuos y el costo total de la prestación de servicios de salud directos en directos ( residuos de suministros, equipos, espacio, capital y recursos humanos)

Las RIAS son una herramienta cuyo propósito es permitir que los agentes del sistema (territorio, prestador y asegurador) cuenten con las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención, promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y condiciones de salud específicas que regulen las políticas del PAIS cuyo impacto se ve reflejado en la gestión del riesgo en salud, los mecanismos de pagos que permitan la operatividad y sostenibilidad financiera de los actores y así poder brindar un servicio con accesibilidad que permita mejorar la salud de los colombianos con continuidad y equidad.

Actualmente el sistema se encuentra fragmentado puesto que las diferentes organizaciones de salud no cooperan entre sí haciendo más evidente la falta de intercambio en la información, el no acceso cuando un usuario es remitido de un prestador a otro y no permite la continuidad de su tratamiento, por ello las RIAS pretenden disminuir el impacto de dicha fragmentación pero existen aún muchos obstáculos por superar como es el tema de la georreferenciación de la población de áreas de difícil acceso la garantía para la población de acceder al SGSSS, que en las cifras de mortalidad del país siempre están presentes.

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

Las RIAS son consideradas la solución a los problemas fragmentación del sistema, sin embargo, para la prestación integral y continua de los servicios se requiere la integración efectiva

de la prestación de servicios por los actores del sistema de salud que respondan a las necesidades de la población dado que actualmente aún faltan elementos y experiencias para cada región del país.

Las deficiencias en el sistema tienen que ver con la falta de sostenibilidad financiera, falta de acceso y continuidad en tratamientos para la población lo que genera la no solución a los problemas de la comunidad y la exigencia de una pronta solución, la legislatura actual no regula de manera específica las RIAS por lo cual es inherente una reforma que garantice la prestación y subsane la fragmentación actual del sistema.

El impacto de la fragmentación en el modelo integral de atención en salud y las redes integrales que limita la continuidad de la prestación de servicios de salud a los usuarios en Colombia se encuentra en el aseguramiento puesto que esta disociación nace en el momento que no hay acceso en los servicios, sobre todo en las poblaciones que por georreferenciación son de difícil acceso y no pueden tener continuidad en sus tratamientos por la falta de coordinación entre los actores del sistema.

## Referencias bibliográficas

Abrutzky R, Bramuglia C, Godio C. Los sistemas de salud en los países del Mercosur. Revista Margen. 2009; 54: 1-9. Recuperado en: <https://www.margen.org/suscri/margen54/bramuglia.pdf>

Aday LA, Andersen RM, A framework for the study of access to medical care. Heal Service Research. 1974; 9(3): 208-20

Artaza Barrios, O., Méndez, C. A., Holder Morrison, R., & Suárez Jiménez, J. M. (2013). Redes integradas de servicios de salud: el desafío de los hospitales. Recuperado en: [https://www.paho.org/chi/dmdocuments/Redes\\_Integrales\\_de\\_servicios.pdf](https://www.paho.org/chi/dmdocuments/Redes_Integrales_de_servicios.pdf)

Bejarano Leiva, L. N. Continuidad asistencial entre niveles de atención en pacientes con enfermedades crónicas y sus factores asociados en dos redes públicas de servicios de salud de Bogotá. Recuperado en: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/36967/Trabajo%20de%20grado-%20maestr%3%ada%20Salud%20P%3%ablica-%20Laura%20Natalia%20Bejarano%20Leiva.pdf?sequence=3&isAllowed=yco:>

Beltrán, J. L. H., Roa, J. F. C., & Pinzón-Espitia, O. (2017). Evaluación de una red Integrada de Servicios de Salud en Colombia. Archivos de medicina, 13(3), 14. Recuperado en: <file:///C:/Users/adrit/Downloads/DialnetEvaluacionDeUnaRedIntegradaDeServiciosDeSaludEnCol-6130307.pdf>

Colombia. Ministerio de salud y Protección Social. Ley 100 de 1993. (1993) Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-100-de-1993.pdf>

Colombia. Congreso de la República. Ley 10 de 1990. (1990) Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/LEY-0010-DE-1990.pdf>

Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 100 de 1993. Recuperado en: <https://bibliotecadigital.ccb.org.co/bitstream/handle/11520/14645/Ley%20100%20de%201993.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Colombia. Congreso de la Republica. Ley 1438 del 2011. Recuperado en: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Normatividad/ley1438de2011.pdf>

Colombia. Ministerio de salud y Protección Social (2013). Abecé del Plan Decenal de Salud Pública. Recuperado de: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/IMP\\_4feb+ABCminsalud.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/IMP_4feb+ABCminsalud.pdf)

Colombia. Congreso de la República. Ley Estatutaria 1751 de 2015. (2015) Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/ley-1751-de-2015.pdf>

Colombia. Ministerio de salud y Protección Social Rutas Integrales en Salud RIAS recuperado en <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Rutas-integrales-de-atencion-en-salud-RIAS.aspx>

Colombia, Bogotá, C. D. C. (1993). Ley 100 de 1993. Recuperado de:  
<https://bibliotecadigital.ccb.org.co/bitstream/handle/11520/14645/Ley%20100%20de%201993.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 1122 de 2007. (2007) Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>

Colombia. Ministerio de salud y Protección Social, C. D. C. (2010). Ley 9 de 1979 Medio Ambiente. Recuperado de:  
[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/LEY%200009%20DE%201979.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%200009%20DE%201979.pdf)

Colombia. Congreso de la República. Ley Estatutaria 1751 de 2015. (2015) Recuperado de:  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/ley-1751-de-2015.pdf>

Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social Ley 1752 de 2015  
[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf)

Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 429 de 2016. Recuperado en:  
[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf)

Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3280 de 2018. Recuperado en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf>

Colombia. Congreso de la República. Ley 1438 de 2011. (2011) Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Ley-1438-de-2011.pdf>

Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 1438 del 2011. Recuperado en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf)

Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 1122 de 2007. Recuperado en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>

Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 1122 de 2007. (2007) Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>

Colombia. Congreso de la República. Resolución 1841 de 2013. (2013). Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1841-de-2013.pdf>

Colombia. Contraloría General de la República & Umaña Lizarazo, Carlos Eduardo. (2008). Informe de resultados actuación especial de fiscalización: Seguimiento al cumplimiento de la sentencia T-760 de 2008. La Contraloría, Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/OCI/actuacion-especial-sentencia-t-760-2008.pdf>

Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 1419 de 2010. Recuperado:  
[https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma\\_pdf.php?i=40937](https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=40937)

Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1441 de 2016. (2016)  
Recuperado de:  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1441-2016.pdf>

Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Circular Externa 0004 de 2011. (2011)  
Recuperado de:  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/CircularExterna004de2011.pdf>

Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Por el cual se modifica el artículo 2.5.3.8.3.2.13 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. (2021). Recuperado de:  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/modifica-articulo-decreto-780-de-2016-abril262021.zip>

Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Por el cual se modifica el artículo 2.5.3.8.3.2.13 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. (2021) Recuperado de:  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/modifica-articulo-decreto-780-de-2016-abril262021.zip>

Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3100 de 2019. (2019)  
Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3100-de-2019.pdf>

Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 5401 de 2018. Recuperado en:

[https://www.medellin.gov.co/normograma/docs/astrea/docs/resolucion\\_minsaludps\\_5401\\_2018.htm](https://www.medellin.gov.co/normograma/docs/astrea/docs/resolucion_minsaludps_5401_2018.htm)

Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2626 de 2019. (2019) Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-2626-de-2019.pdf>

Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 412 de 2000 Recuperado de:

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%93N%203384%20DE%202000.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%93N%203384%20DE%202000.pdf)

Colombia Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3202 de 2016. (2016) Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3202-de-2016.pdf>

Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 3280 de 2018. (2018) Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf>

Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 768 de 2018. (2018)

Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-768-de-2018.pdf>

Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1229 de 2013. (2013)

Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1229-de-2013.pdf>

Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1536 de 2015. (2015)

Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1536-de-2015.pdf>

Colombia. Congreso de la República. Resolución 1536 de 2015. (2015) Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1536-de-2015.pdf>

Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 4622 de 2016. (2016)

Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-4622-de-2016.pdf>

Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2515 de 2018. (2018)

Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-2515-de-2018.pdf>

Corpus Taboada, L. R. (2020). Las nuevas rutas de atención integral en salud en Colombia.

De Colombia, C. P. (1991). Constitución política de Colombia. Bogotá, Colombia: Leyer.

Recuperado en:

<https://200.13.232.188/irj/go/km/docs/wpcontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Nuestro%20Gobierno/Secciones/Publicaciones/Documentos/PLAN%20ESTRATEGICO%20INSTITUCIONAL%201/Constituci%C3%B3n%20Pol%C3%ADtica%20de%20Colombia.pdf>

de Bogotá, C. D. C. (1993). Ley 100 de 1993. Recuperado en:

<https://bibliotecadigital.ccb.org.co/bitstream/handle/11520/14645/Ley%20100%20de%201993.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

de Bogotá, C. D. C. (2010). Ley 9 de 1979 Medio Ambiente.

Gold M. Beyond coverage and supply: measuring access to healthcare in today's market.

Health Service Research 1998; 33(3): 625-52.

Gutiérrez, C. (2018). El sistema de salud colombiano en las próximas décadas: cómo avanzar hacia la sostenibilidad y la calidad en la atención.

González, Diana. (01 noviembre del 2018). Revista Neuro Economía. ¿Qué es la política

PAIS? ¿Qué es el MIAS? Recuperado en: [http://www.neuroeconomix.com/que-es-la-](http://www.neuroeconomix.com/que-es-la-politica-pais-que-es-el)

[politica-pais-que-es-el](http://www.neuroeconomix.com/que-es-la-politica-pais-que-es-el)

[mias/#:~:text=El%20MIAS%20tiene%20como%20objetivo,MIAS%20hace%20parte%20del%20PAIS.](http://www.neuroeconomix.com/que-es-la-politica-pais-que-es-el-mias/#:~:text=El%20MIAS%20tiene%20como%20objetivo,MIAS%20hace%20parte%20del%20PAIS.)

[Odel%20PAIS.](http://www.neuroeconomix.com/que-es-la-politica-pais-que-es-el-mias/#:~:text=El%20MIAS%20tiene%20como%20objetivo,MIAS%20hace%20parte%20del%20PAIS.)

Mera, A. D., Marín Bastidas, C., & Ruiz Rivera, E. (2018). Costos adicionales en la implementación de las RIAS en el departamento del Cauca.

Moreno-Gómez, G. A. (2016). El nuevo modelo de Atención Integral en Salud–MIAS- para Colombia. ¿La solución a los problemas del sistema? *Revista médica de Risaralda*, 22(2), 73-74. Citado en:

[https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as\\_sdt=0%2C5&q=El+nuevo+modelo+de+Ate+nci%20B3n+Integral+en+Salud+%E2%80%93MIAS-+para+Colombia.+%20BFLa+soluci%20B3n+a+los+problemas+del+sistema%3F&btnG](https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=El+nuevo+modelo+de+Ate+nci%20B3n+Integral+en+Salud+%E2%80%93MIAS-+para+Colombia.+%20BFLa+soluci%20B3n+a+los+problemas+del+sistema%3F&btnG)

Morales Eraso, N. (2011). Las redes integradas de servicios de salud: una propuesta en construcción. Editorial Universidad del Rosario. Recuperado en <https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/3288/Fasc%20ADculo14.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Moreno Gómez, G. A. (2016). El nuevo modelo de Atención Integral en Salud-MIAS- para Colombia. ¿La solución a los problemas del sistema? *Revista médica de Risaralda*, 22(2), 73-74. Recuperado en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0122-06672016000200001](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-06672016000200001)

Muñoz, R. A. T., Henao, D. M. P., & Varón, A. F. G. (2018). Dinámica de una red integral de prestadores de servicios de salud (RIPSS). *Gerencia y Políticas de Salud*, 17(34). Recuperado en: [https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/RGPS/17-34%20\(2018-I\)/54555308014/54555308014\\_visor\\_jats.pdf](https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/RGPS/17-34%20(2018-I)/54555308014/54555308014_visor_jats.pdf)

Ocampo-Rodríguez, M. V., et al. (2013). Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud. Recuperado: <http://hdl.handle.net/20.500.12010/9400/http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v12n24/v12n24a08.pdf>

Ocampo-Rodríguez, M. V., Betancourt-Urrutia, V. F., Montoya-Rojas, J. P., & Bautista-Botton, D. C. (2013). Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud. Recuperado en: <http://expeditiorepositorio.utadeo.edu.co/bitstream/handle/20.500.12010/9400/5426.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Pontificia Universidad Javeriana. Mayo de 2019. Actualización Normas APA Sexta Educación. Seccional Cali. Recuperado en: [https://www2.javerianacali.edu.co/sites/ujc/files/normas\\_apa\\_revisada\\_y\\_actualizada\\_mayo\\_2019.pdf](https://www2.javerianacali.edu.co/sites/ujc/files/normas_apa_revisada_y_actualizada_mayo_2019.pdf)

Pulgarín-Henao, D. M., & Tabarquino-Muñoz, R. A. (2016). Análisis del diseño de una red integrada de servicios de salud. *Semestre Económico*, 19(40), 175-212.

Toro Garzón, D., & Torres Martínez, X. (2018). La prestación del servicio de salud: caso Comfenalco Valle EPS. Recuperado en: [https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/8165/1/2018\\_prestacion\\_servicio\\_salud.pdf](https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/8165/1/2018_prestacion_servicio_salud.pdf)

UDELAR. Área Salud. Modelos de atención en Salud. Cursos niveles de atención. Montevideo. 2007.

## Anexos

Matriz para extracción de información					
Referencias del artículo	Bases de datos y algoritmos de búsqueda	Metodología	Objetivos y resultados	Variables evaluadas	Conclusiones del estudio
<p>ESTILO APA. PUBLICADO EN EL 2018</p> <p>Mera, A. D., Marín Bastidas, C., &amp; Ruiz Rivera, E. (2018). Costos adicionales en la implementación de las RIAS en el departamento del Cauca.</p>	<p><a href="http://repositorio.uce.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10839/2059/Angelli%20Danielly%20Mera.pdf?sequence=1&amp;isAllowed=y">Google Académico: http://repositorio.uce.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10839/2059/Angelli%20Danielly%20Mera.pdf?sequence=1&amp;isAllowed=y</a></p>	<p>análisis descriptivo-cualitativo</p>	<p>Establecer el costo adicional de la implementación de las RIAS priorizadas en el departamento del Cauca con respecto a las actividades establecidas a la resolución 412. Con la realización de esta investigación se logró llegar al análisis del incremento de las actividades propuestas en la ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, determinando que para su implementación se genera un costo adicional de 8.994.00 pesos. Este comportamiento puede establecer tanto la distribución de recursos financieros para la salud, como la importancia del costo – beneficio, teniendo en cuenta que esta ruta es la más importante, ya que va enfocada a la gestión del riesgo y la prevención de la enfermedad</p>	<p>Las variables son el incremento de los costos con la implementación de las RUTAS INTEGRALES DE ATENCION EN SALUD (RIAS) en Colombia, específicamente la ruta de Promoción y Mantenimiento de la salud</p>	<p>Con la implementación de este nuevo modelo de salud se busca articular todos los actores del sistema y lograr una integralidad donde el paciente sea el centro de dicha atención y se logre cerrar las brechas de inequidad. Es notable el impacto económico que se generara con la implementación de esta ruta, frente a las actividades que se venían manejando en la resolución 412.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La realización de esta investigación nos lleva a analizar que el departamento del cauca aún no está preparado para la implementación de este nuevo modelo de atención en salud y específicamente para la implementación de la ruta de Promoción y Mantenimiento.</li> </ul>

<p><b>ESTILO APA. PUBLICADO EN EL 2004</b></p>	<p>Ruales, J. (2004). Panel: Tendencias en servicios de salud y modelos de atención de la salud. <i>Revista Facultad Nacional de Salud Pública</i>, 22(99), 33-39.</p>	<p>Google académico <a href="https://www.redalyc.org/pdf/120/12021904.pdf">https://www.redalyc.org/pdf/120/12021904.pdf</a></p>	<p>Estudio descriptivo-cualitativo</p>	<p>Determinar las tendencias globales y regionales en los modelos de atención de la salud</p>	<p>Las variables son el análisis de la prestación de servicios de salud que abarca los siguientes componentes: 1. Análisis de la oferta y demanda de los servicios 2. Análisis del modelo de atención 3. Análisis de la organización y gestión de los servicios 4. Análisis de los recursos humanos del sector 5. Análisis de los recursos tecnológicos del sector salud.</p>	<p>la búsqueda de la integralidad de los servicios requiere de provisión de servicios integrales de salud, continuos y longitudinales. La integración combina los eventos clínicos, la información en salud que acontece en distintos ambientes físicos, los niveles de salud y los tiempos cronológicos, de preferencia a lo largo de todo el ciclo vital.</p>
<p><b>ESTILO APA. PUBLICADO EN EL 2012</b></p>	<p>Useche, B. (2012). Los modelos de atención en salud: Hacia una reforma estructural del sistema de salud colombiano. <i>Deslinde</i>, 50, 6-13</p>	<p>Google académico: <a href="https://www.bernardouseche.com/los-modelos-de-atencion-en-salud/">https://www.bernardouseche.com/los-modelos-de-atencion-en-salud/</a></p>	<p>Estudio descriptivo-cualitativo</p>	<p>modelos de salud existentes actualmente en el mundo con el fin de presentar un marco de referencia que permita posteriormente presentar una propuesta de sistema de salud para Colombia que elimine la intermediación de las EPS y desarrolle una política integral de atención primaria en salud en consonancia con programas intersectoriales orientados a intervenir los determinantes sociales de la enfermedad.</p>	<p>Componentes del sistema de salud rectoría, dirección y administración del sistema, un componente de financiación y uno de prestación de servicios.</p>	<p>El modelo de salud es costoso, inequitativo e ineficiente y que por lo tanto debe ser reemplazado por un sistema sin la intermediación financiera de las compañías de seguros.</p>

<p><b>ESTILO APA. PUBLICADO EN EL 2000</b></p>	<p>Arango, A. L. V. (2000). Marco político y legal de la promoción de la salud. <i>Colombia Médica</i>, 31(2), 86-95.</p>	<p>Google académico: <a href="https://www.redalyc.org/pdf/283/28331206.pdf">https://www.redalyc.org/pdf/283/28331206.pdf</a></p>	<p>Estudio descriptivo-cualitativo</p>	<p>Establecer el marco político y legal del Sistema General de Seguridad Social en Salud</p>	<p>Sistema General de Seguridad Social en Salud</p>	<p>Se hace un recuento del proceso político y legal que ha tenido la promoción de la salud y su inclusión en el marco jurídico de la reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Asimismo, se describen las diferentes concepciones de la promoción de la salud hasta su inclusión en la normatividad colombiana. Para el efecto se parte de un análisis hermenéutico de las principales normas que, según se expone en este trabajo, consagran la promoción de la salud en la legislación colombiana.</p>
<p><b>ESTILO APA. PUBLICADO EN EL 2011</b></p>	<p>Calderón, C. A. A., Botero, J. C., Bolaños, J. O., &amp; Martínez, R. R. (2011). Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. <i>Ciencia &amp; Saúde Colectiva</i>, 16, 2817-2828.</p>	<p>Google académico: <a href="https://www.scielosp.org/pdf/csc/2011.v16n6/2817-2828/es">https://www.scielosp.org/pdf/csc/2011.v16n6/2817-2828/es</a></p>	<p>análisis descriptivo-cualitativo</p>	<p>Establecer que modelo de competencia regulada que caracteriza el SGSSS de Colombia ha sido sometido a prueba por cerca de 20 años. Ha afrontado múltiples problemas, dos reformas y numerosos ajustes. Lejos de ser un fracaso rotundo, el SGSSS puede ser considerado, por sus resultados, un modelo relativamente exitoso en términos de cobertura y financiamiento pro- equidad</p>	<p>Salud pública: fases, organización y planeación</p>	<p>El sistema de salud ha contribuido al mejoramiento del ingreso de los más pobres, pero persisten las inequidades que provienen de la ausencia de cobertura universal, de las diferencias en los planes de salud y en el gasto del sistema según ingresos de la población. El avance del SGSSS es positivo, pero no ha logrado alcanzar la universalidad y se ha estancado en acceso a los servicios y equidad.</p>

<p><b>ESTILO APA. PUBLICADO EN EL 2011</b></p>	<p>Flórez, C. E. P. Modelo Integral de Atención en Salud: una pieza del rompecabezas a la que debemos apostarle Integral Model of Health Care: a piece of the puzzle to which we must b</p>	<p>Google académico: <a href="https://hyp.is/go?url=https%3A%2F%2Frevistas.uis.edu.co%2Findex.php%2Fvistasaluduis%2Farticle%2Fdownload%2F6369%2F6924%3Finline%3D1&amp;group=_world_">https://hyp.is/go?url=https%3A%2F%2Frevistas.uis.edu.co%2Findex.php%2Fvistasaluduis%2Farticle%2Fdownload%2F6369%2F6924%3Finline%3D1&amp;group=_world_</a></p>	<p>análisis descriptivo-cualitativo</p>	<p>Describir los logros y experiencias exitosas alcanzadas por el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), y motivar a los actores del sistema hacia un trabajo en conjunto, en función de los resultados en salud de las personas, familias y comunidades como sujetos del derecho a la salud. Para lograr este propósito, el modelo propone un marco estratégico y un marco operativo.</p>	<p>marco estratégico y marco operativo del PAIS</p>	<p>Para integrar todos estos aspectos y necesidades, el Ministerio de Salud y Protección Social en 2016 realizó el lanzamiento del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) en el marco de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS). Este modelo, el primero propuesto a nivel nacional, reconoce los logros y experiencias exitosas alcanzadas por el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), y permite una mixtura que busca alinear y motivar a los actores del sistema hacia un trabajo en conjunto, en función de los resultados en salud de las personas, familias y comunidades como sujetos del derecho a la salud. Para lograr este propósito, el modelo propone un marco estratégico y un marco operativo.</p>
<p><b>ESTILO APA. PUBLICADO EN EL 2016</b></p>	<p>Jaramillo Ramirez, E. Rutas integrales de atención en salud de la normatividad a la realidad.</p>	<p>Google académico: <a href="https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/15649/2019erikajaramillo.pdf?sequence=1">https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/15649/2019erikajaramillo.pdf?sequence=1</a></p>	<p>Monografía</p>	<p>Establecer los factores determinantes que generen barreras o contribuyan como facilitadores en el proceso de implementación de las rutas integrales de atención en salud, verificando los lineamientos técnicos y operativos dispuestos en las Resoluciones, 429/2006, 3202/2016 y 3280/2018</p>	<p>Implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud.</p>	<p>Articular las intervenciones realizadas por los diferentes actores del Sistema General de Seguridad en Social con los programas de Protección Específica, Detección Temprana y Salud Pública con el fin de fortalecer y garantizar la atención integral propuesta por la política PAIS en el individuo, familia y comunidad, en los diferentes entornos, incluyendo los determinantes que pueden impactar el estado de salud.</p>

<p><b>ESTILO APA. PUBLICADO EN EL 2020</b></p>	<p>Corpus Taboada, L. R. (2020). Las nuevas rutas de atención integral en salud en Colombia.</p>	<p>Google académico:  <a href="https://repositorio.unicordoba.edu.co/xmlui/bitstream/handle/ucordoba/2889/LAS%20NUEVAS%20RUTAS%20INTEGRALES%20DE%20ATENCION%20EN%20SALUD%20EN%20COLOMBIA.pdf?sequence=1&amp;isAllowed=y">https://repositorio.unicordoba.edu.co/xmlui/bitstream/handle/ucordoba/2889/LAS%20NUEVAS%20RUTAS%20INTEGRALES%20DE%20ATENCION%20EN%20SALUD%20EN%20COLOMBIA.pdf?sequence=1&amp;isAllowed=y</a></p>	<p>Estudio descriptivo</p>	<p>Establecer el campo normativo y de acción de las RIAS</p>	<p>Normatividad de las RIAS</p>	<p>Según análisis realizado a los componentes normativos se puede afirmar que la salud es considerada como un derecho fundamental, la cual se debe cuidar a través de la promoción y mantenimiento de la salud contempladas en las Rutas Integrales de Atención en Salud en los diferentes cursos de vida y plantea que debe complementarse con los demás derechos esenciales para tener una vida digna.</p>
<p><b>ESTILO APA. PUBLICADO EN EL 2020</b></p>	<p>Fernández Ávila, P. D., &amp; Ramírez Bernal, A. Y. Análisis de las percepciones de la política de atención integral en salud desde los actores del sistema.</p>	<p>Google académico:  <a href="https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/40676/FernandezAvilaPedroDaniel2017..pdf?sequence=1&amp;isAllowed=y">https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/40676/FernandezAvilaPedroDaniel2017..pdf?sequence=1&amp;isAllowed=y</a></p>	<p>Estudio descriptivo</p>	<p>Identificar las percepciones de los distintos actores acerca de las fortalezas y debilidades de la Política de Atención Integral en Salud - PAIS.</p>	<p>Políticas del PAIS</p>	<p>El análisis de las percepciones de los diferentes actores del sistema en cuanto a la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) permiten conocer la manera como estos actores conocen estos temas, se podría afirmar que los Expertos Académicos y el Ministerio de Salud tiene un mayor conocimiento y existe similitud en la percepción de estos, las IPS y EPS tienen un conocimiento medio, pero no se puede identificar un acuerdo en su percepción. Los conceptos dados por la Secretaría de Salud Distrital son muy básicos y refleja su involucramiento en estos temas ha sido muy poco.</p>

<p><b>ESTILO APA. PUBLICADO EN EL 2016</b></p>	<p>Moreno Gomez, G. A. (2016). El nuevo modelo de Atención Integral en Salud-MIAS-para Colombia. ¿ La solución a los problemas del sistema. Revista médica de Risaralda, 22(2), 73-74.</p>	<p>Google academico: <a href="http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0122-06672016000200001">http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0122-06672016000200001</a></p>	<p>Estudio descriptivo-cualitativo</p>	<p>el sector salud y el gobierno tienen graves problemas propios como la fragmentación y desintegración de la atención; baja resolutivead; alta carga de enfermedad; fallos del mercado; incentivos negativos entre los agentes y falla regulatoria, lo que ha conllevado a aumentar la inequidad; corrupción; maltrato al usuario; desorden administrativo; modelo de prestación de servicios de salud morbicéntrico y centrado en los actores; deshumanizado; descontextualizado y sin prevalencia de derechos, por ello nace la Política de Atención integral en Salud y el MIAS como la alternativa para la solución de los problemas y para ello retoma estrategias como la Atención Primaria en Salud con enfoque familiar y comunitario, el cuidado y gestión integral del riesgo y el enfoque diferencial, con lo cual se pretende lograr la articulación y armonización del aseguramiento, la prestación de servicios de salud y el desarrollo de las políticas y programas en salud pública a través de procesos de gestión social y política intersectorial en contexto.</p>	<p>Las variables evaluadas son: los antecedentes políticos de Colombia, la fragmentación y la atención centrada en el Modelo Integral De Atención en Salud</p>	<p>El artículo es relevante por que plantea el MIAS para garantizar una atención en salud con equidad, centrada en las personas, con estándares de oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad, por medio de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales dirigidos a coordinar las acciones e intervenciones</p>
--	--	--	--	---	--	--

<p>ESTILO APA. PUBLICADO EN EL 2018</p>	<p>Toro Garzón, D., &amp; Torres Martínez, X. (2018). La prestación del servicio de salud: caso Comfenalco Valle EPS.</p>	<p>Google academico:<a href="https://repository.uc.c.edu.co/bitstream/20.500.12494/8165/1/2018_prestacion_servicio_salud.pdf">https://repository.uc.c.edu.co/bitstream/20.500.12494/8165/1/2018_prestacion_servicio_salud.pdf</a></p>	<p>Estudio descriptivo cualitativo</p>	<p>El objeto de esta investigación, se sintetiza frente a la prestación del servicio de las entidades prestadoras del servicio de salud y hemos tomado la EPSCOMFENALCO VALLE, como estudio para revisar si existen falencias que afectan a los afiliados por no prestar de manera oportuna la atención médica, esto se demuestra estudiando la naturaleza jurídica del derecho a la salud, como es su modelo, como es administrada por las entidades a cargo de ella y el resultado obtenido. Resultados: Los procesos establecidos por la entidad COMFENALCO E.P.S para que los usuarios puedan acceder al servicio, resultan ser inoperantes parcialmente por cuanto son realizados por un tercero, iniciando desde la comunicación con el call center, hasta la necesidad de movilización para solicitar la autorización de diferentes servicios especializados, los medios implementados por la entidad hacen tortuoso para el usuario, quien se ve obligado a someterse a esperas interminables, como consecuencia del abundante número de usuarios adscritos a la EPS y el mantenimiento de los mismo mecanismos insuficientes para la atención. Dentro del modelo de atención la entidad se basa en la prevención y el autocuidado que el afiliado deber tener por su propia salud, pero esto solo es posible si en la práctica es</p>	<p>Las variables evaluadas son: estudios de sentencias (jurisprudencias) realizadas por parte de los usuarios atendidos</p>	<p>La monografía desborda los límites de la necesidad, la urgencia y la crisis del sector, que demuestra efectivamente que en Colombia el Derecho a la salud no puede seguir operando bajo un sistema administrativo, jurídico y asistencial que atropella al usuario, lo acorrala entre el derecho y la vida en muchos casos; por ellos es necesario buscar por fin un modelo que permita a los colombianos a disfrutar de una salud y una seguridad social sin restricciones, sin costos, sin trámites absurdos ineficaces.</p>
---	---	---	--	--	---	---

				efectivo el servicio de lo contrario no los resultados seguirán siendo los mismos insatisfacción en el servicio		
<b>ESTILO APA. PUBLICADO EN EL 2017</b>	Pérez, S. L., & Arrivillaga, M. (2017). Redes integradas de servicios de salud en el marco de la atención primaria en salud en países seleccionados de América Latina. <i>Salutem Scientia Spiritus</i> , 3(2).	Google academico: <a href="https://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/salutemscientiaspiritus/article/view/1791/pdf_1">https://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/salutemscientiaspiritus/article/view/1791/pdf_1</a>	Revisión sistemática cualitativa	El objetivo de esta revisión sistemática es describir los elementos conceptuales, operacionales y evaluativos de estas redes en Cuba, Brasil, Chile y Bolivia. Materiales y métodos: Resultados: Cuba, Brasil y Bolivia incorporan en las redes el concepto de derecho a la salud, con modelos universalistas a cargo del Estado. Chile cuenta con un modelo mixto público-privado, con elementos de universalidad que se contraponen con los del modelo de libre mercado de prestación de servicios. En todos los países el concepto central es la	variables cuantitativas: 59 documentos publicados entre 2000 y 2016 sobre las redes en los países seleccionados. bases de datos Medline, Scielo, Lilacs y EBSCO, y se realizó una búsqueda de documentos en Google Académico, documentos de organizaciones internacionales, de Ministerios de Salud y de	Esta revisión sistemática es importante porque nos muestra como Cuba, Brasil y Bolivia cuentan con redes integradas de salud en el marco de la APS acordes con las definiciones constitucionales sobre la defensa del derecho humano a salud. Estas redes son universales y facilitan el acceso a la población, aun cuando cuentan con diferentes niveles de desarrollo. Por su parte, Chile con un modelo de salud mixto, público-privado cuenta con mayores obstáculos de integración de sus redes y supedita el acceso a la capacidad de pago. En

			<p>Medicina Familiar y Comunitaria. Las redes se organizan de manera jerárquica con equipos coordinadores que revisan necesidades epidemiológicas y equipos de trabajo comunitario por territorios geográficos. La evaluación de redes es limitada en todos los países revisados. En Bolivia se incorporan elementos de interculturalidad en redes rurales.</p>	<p>Secretarías locales de salud.</p>	<p>este caso, las redes de salud públicas basadas en APS no resultan rentables, son muy poco valoradas económica y conceptualmente porque se contraponen con la política de productividad de los hospitales y establecimientos de salud. Colombia tiene lecciones por aprender en su proceso de implementación de las RIAs, en especial de sistemas universalistas. No obstante, para ello se requiere hacer coherente la Ley Estatutaria en Salud con el modelo de operación del sistema.</p>
--	--	--	---	--------------------------------------	--

<p>ESTILO APA. PUBLICADO EN EL 2014</p>	<p>Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Lineamientos generales para el desarrollo del modelo integral en atención en salud para el sistema general de seguridad social en salud - SGSSS. Colombia 2014. El Ministerio, Recuperado de : <a href="https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Lineamiento-desarrollo-mias.pdf">https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Lineamiento-desarrollo-mias.pdf</a></p>	<p>Google: <a href="https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Lineamiento-desarrollo-mias.pdf">https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Lineamiento-desarrollo-mias.pdf</a></p>	<p>Documento función pública</p>	<p>el objetivo de este documento es dar a conocer por qué y para que un modelo de atención: para alinear su regulación a través de un conjunto de acuerdos institucionales, Integrar los objetivos del sistema de salud con la seguridad social, Reconocer las diferencias Poblacionales y territoriales, Bienestar y salud de la población en su entorno; el marco estratégico del modelo son: atención primaria en salud, salud y medicina familiar y comunitaria, contexto institucional, contexto poblacional y diferencial, gestión integral en riesgo. El marco operativo: gestión de salud pública a nivel territorial, priorización de poblaciones de intervenciones, desarrollo de acciones de promoción, implementación de la gestión integral del riesgo, organización de la prestación de los servicios de salud, alineación del sistema de incentivos. las acciones encaminadas a la promoción de la salud son Construir o generar condiciones, capacidades y medios necesarios para que los individuos, las familias y la sociedad identifiquen y realicen elecciones positivas en salud en todos los aspectos de la vida, los grupos poblacionales priorizados en las GIRS son los que comparten: la historia natural de la enfermedad y mecanismos fisiopatológicos causales, factores de riesgo</p>	<p>No aplica</p>	<p>el documento de función pública es importante porque da conocer los lineamientos políticos del Modelo Integral de Atención en Salud. El talento humano es el eje fundamental en la operativización del modelo integral de atención en salud. Le corresponde a cada entidad territorial gestionar el desarrollo de los recursos humanos que requiere. Este proceso necesita gestión y planificación a nivel nacional, territorial e institucional, para mejorar la disponibilidad del talento humano idóneo en todo el país, según las características de sus territorios. Todos los actores del SGSSS y del sector educativo tienen responsabilidades en términos de formación. Es responsabilidad del MSPS y de los actores del Sistema, la gestión y el mejoramiento de condiciones laborales del personal de salud. El MSPS formulará una política de implementación progresiva de la salud y medicina familiar y comunitaria en el SGSSS.</p>
---	--	--	----------------------------------	--	------------------	--

				<p>etiológicos, y relacionados, desenlaces clínicos similares , formas o estrategias eficientes de entrega de servicios. la ruta de riesgo de atención incorpora normas técnicas, administrativas, protocolos y guías de práctica clínica, define estrategias y acciones, a desarrollar por la comunidad y las instituciones de salud y de otros sectores, determina intervenciones colectivas e individuales (promoción, prevención primaria, secundaria y terciaria), Especifica hechos o acontecimientos claves del ciclo de la atención (hitos). Adaptada a las particularidades de un territorio y población, Es el flujo regulado del usuario a lo largo del continuo de la atención integral.</p>		
<p><b>ESTILO APA. PUBLICADO EN EL 2017-2018</b></p>	<p>Guevara Correa, E. A., &amp; Medina Rodríguez, M. A. (2019). Concepción salud/enfermedad: análisis sobre las estrategias publicitarias y de comunicación del Ministerio de Salud y Protección Social (2017-2018).</p>	<p>Google academico: <a href="https://ciencia.lasalle.edu.co/cgi/viewcontent.cgi?article=1230&amp;context=trabajo_social">https://ciencia.lasalle.edu.co/cgi/viewcontent.cgi?article=1230&amp;context=trabajo_social</a></p>	<p>análisis descriptivo-cualitativo</p>	<p>el presente documento tiene como objetivo fundamental: Analizar los tipos de estrategias publicitarias y de comunicación utilizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, teniendo en cuenta los valores que esta entidad transmite sobre la concepción de salud / enfermedad, ya que después de una revisión documental se evidencia la falta de información de las estrategias publicitarias en</p>	<p>las variables evaluadas son: tipo de estrategias publicitarias la falta de información a los usuarios</p>	<p>Este trabajo de grado plasma la importancia que tiene la Salud Pública en relación con otras políticas, teniendo en cuenta las necesidades de la población colombiana, en especial de la clase más vulnerable, y, en consecuencia, la promoción de hábitos saludables en la que se incluya una concepción de salud donde haya lugar para elementos del entorno y el bienestar colectivo.</p>

			<p>la concepción de salud/enfermedad. Resultados: Al realizar el proceso de investigación se denotó que cuando se habla de determinantes sociales en salud, estos no se desarrollan en su totalidad dentro de las estrategias de comunicación desde el Min Salud; ya que estas estrategias que se muestran por medio de campañas hacia mejorar la calidad de la salud de las personas en distintos ámbitos de desarrollo no tienen presente una integralidad que conlleva ver el entorno en el que se desenvuelven las personas en la cotidianidad.</p>		
<p><b>ESTILO APA. PUBLICADO EN EL 2017-2018</b></p>	<p>Beltrán, J. L. H., Roa, J. F. C., &amp; Pinzón-Espitia, O. (2017). Evaluación de una red Integrada de Servicios de Salud en Colombia. Archivos de medicina, 13(3), 14.</p>	<p>Google Academico: file:///C:/Users/adrit/Downloads/Dialnet-EvaluacionDeUnaRedIntegradaDeServiciosDeSaludEnCol-6130307.pdf</p>	<p>Tipo de estudio descriptivo, retrospectivo y observacional.</p> <p>el objetivo del estudio es evaluar el comportamiento de la Red Integrada de Servicios de Salud de los hospitales Méderi, con el propósito de medir la eficiencia hospitalaria de acuerdo con los indicadores de referencia, para proponer las mejores prácticas. en la evaluación del tiempo promedio de remisión de pacientes convenio versus no convenio con Méderi. Resultado: fue en horas para los pacientes con convenio fue de 19 horas 21 minutos y 06 segundos en promedio, mientras que en los pacientes no convenio sus aseguradores requirieron trámites administrativos de autorizaciones y remisiones, incrementando el tiempo a 75 horas 44 minutos y 49 segundos en promedio, demostrando que existe una diferencia de 56 horas</p>	<p>Se estimó una muestra de 690 traslados para la evaluación del comportamiento de la de la Red Integrada de Servicios de Salud, con un nivel de confiabilidad del 95% y un error de estimación del 5%. Las variables evaluadas fueron: tiempo de los traslados a los usuarios.</p>	<p>El siguiente estudio evidencia que las Redes Integradas de Servicios de Salud, son una solución a la fragmentación y falta de continuidad en la atención en salud de los sistemas que se presentan a nivel mundial y que han sido establecidas como lineamientos de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, estas se presentan como una solución para la eficiencia hospitalaria mejorando la oportunidad e impactando indicadores como el giro cama de forma positiva</p>

				y 23 minutos.se puede concluir que la evaluación de una red integrada de servicios de salud, permitió evidenciar el impacto en la reducción de los tiempos de remisión de pacientes, contribuyendo a la disminución de la fragmentación		
ESTILO APA. PUBLICADO EN EL 2015	Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Anexo 4: Modelo Integral de Atención en Salud MIAS: piloto de implementación en los Departamentos con poblaciones dispersas, Departamento de Guainía. El Ministerio. Recuperado de : <a href="https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/anexo-4-documento-mias.pdf">https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/anexo-4-documento-mias.pdf</a>	Google: ministerio de salud y protección social: <a href="https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/anexo-4-documento-mias.pdf">https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/anexo-4-documento-mias.pdf</a>	tipo de estudio descriptivo, cualitativo-cualitativo	El objetivo del estudio es implementar, inicialmente, en el departamento de Guainía, como una experiencia piloto. Tiene un enfoque fundamentado en el principio de diversidad étnica y cultural, y Atención Primaria en Salud (APS). Con énfasis en el componente familiar y comunitario, así como en procesos que garanticen la articulación de los actores sociales y de los agentes del sistema de manera que se garantice efectivamente el acceso de la población a los servicios de salud. Resultados: El modelo responde a los contenidos previstos en el PDSP y en el Plan Territorial de Salud del departamento. Su implementación se realizará de manera gradual, durante un periodo de 5 años, y en concertación con los pueblos indígenas del departamento, a través de sus instancias	variables cualitativas: etnia, cultura, atención primaria en salud. Variables cuantitativas: La proyección de los costos en el Plan Financiero Territorial. Se proyectó la UPC a 8,5% para 2016, 5% y para 2017-2020, se tuvo en cuenta el 8% de la UPC para Administración.	El estudio ilustra de manera detallada, el proceso que condujo a la necesidad de formular un modelo de atención integral fundamentado en garantizar los derechos de los habitantes de las regiones con gran dispersión poblacional, especialmente el derecho a la salud. Presenta un diagnóstico inicial de las condiciones del departamento de Guainía, específicamente las condiciones de salud de la población y el estado actual del sistema de salud, concentrándose, posteriormente, en el modelo propuesto, sus características y requerimientos; concluyendo con la formulación de recomendaciones que, reconociendo las particularidades de estos territorios, plantean acciones diferenciales, que permitirán llevar a cabo un plan de acción dirigido a implementar los componentes de esta

				representativas, con el propósito de mejorar los resultados en salud de los habitantes del departamento de Guainía.		nueva propuesta en un contexto real.
<b>ESTILO APA. PUBLICADO EN EL 2013</b>	Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social.(2013). Abecé del Plan Decenal de Salud Pública. El Ministerio, Recuperado de : <a href="https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/IMP_4feb+ABCminsald.pdf">https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/IMP_4feb+ABCminsald.pdf</a>	Google: ministerio de salud y protección social: <a href="https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/IMP_4feb+ABCminsald.pdf">https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/IMP_4feb+ABCminsald.pdf</a>	Documento función pública	El objetivo del presente documento es la adopción e implementación del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, en la vía de garantizar el derecho a la salud, la equidad y el desarrollo integral de todos los colombianos. La construcción del Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021 es un hito como ejercicio de movilización social sin precedentes en Colombia. En la consulta poblacional los ciudadanos validaron el PDSP 2012-2021 como la expresión concreta de la política de Estado que reconoce la salud como un derecho interdependiente y una dimensión central del desarrollo humano.	No aplica	El documento de función pública plasma El Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021 es la carta de navegación que plantea la línea de trabajo para dar respuesta a los desafíos actuales en salud pública y para consolidar, en el marco del sistema de protección social, las capacidades técnicas en los ámbitos nacional y territorial para la planeación, ejecución, seguimiento y evaluación de las intervenciones, de acuerdo con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ONU, 2000); así mismo, plantea estrategias de intervención colectiva e individual, que involucran tanto al sector salud como a otros sectores, dentro y fuera de los servicios de salud.
<b>ESTILO APA. PUBLICADO EN EL 2002</b>	Doménech, D. MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD. Aporte desde la práctica de la Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria. POLICLÍNICA DE	Google academico: <a href="http://www.medfamco.fmed.edu.uy/Archivos/monografias/MonografiaModAtenInt.PDF">http://www.medfamco.fmed.edu.uy/Archivos/monografias/MonografiaModAtenInt.PDF</a>	Monografía	La presente monografía introduce los cambios en el Modelo de atención de la Policlínica de San Antonio del MSP, aplicando los principios del Modelo de Atención Integral a la Salud, en el marco de la Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria, en	Las variables cuantitativas: 56 visitas domiciliarias durante el período mayo 2000 – marzo 2002.	Este documento demuestra los principios que sustentan la práctica del Médico de Familia y Comunitario contribuyen de manera sustantiva a la implementación de un Modelo de Atención Integral a la Salud.

	SAN ANTONIO–CANELONES. Abril 1999–abril 2002.			el período abril 1999 – abril 2002. Resultados: la participación de la comunidad en su sentido más genuino y orientada al empoderamiento, permite que las acciones que se emprendan sean vividas y tomadas como propias. Por ende reclamarán frente a su falta o construirán más allá de los técnicos y profesionales.		
ESTILO APA. PUBLICADO EN EL 2011	Morales Eraso, N. (2011). Las redes integradas de servicios de salud: una propuesta en construcción. Editorial Universidad del Rosario.	Google Academico: <a href="https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/3288/Fasc%C3%ADculo14.pdf?sequence=1&amp;isAllowed=y">https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/3288/Fasc%C3%ADculo14.pdf?sequence=1&amp;isAllowed=y</a>	Revisión sistemática cualitativa	El presente trabajo tiene como se plantea como objetivo la búsqueda de la integración de los servicios de salud como estrategia para lograr la colaboración entre instituciones y servicios que se pueden complementar entre sí, optimizando recursos y brindando mejores condiciones a los usuarios, teniendo en cuenta el desarrollo de estrategias compartidas. A esto se suman también otros objetivos que contemplan la función social y financiera que deben cumplir las redes, ya que, por un lado, tienen a su cargo la satisfacción del paciente a través del acceso a la atención, en un continuo de servicios dispuesto para su cuidado (Alberta Salud y Bienestar, 2000) y en el nivel de atención pertinente; pero, a su vez, tienen a cargo la eficiencia y optimización de los recursos, sean humanos o físicos, para la sostenibilidad y perdurabilidad del sistema (D'Amour, Goulet, Labadie, Bernier & Pineault, 2003). Resultados: Se hace	Revisión de literatura en torno a redes integradas de servicios de salud, a través de distintas fuentes, como artículos, libros, reportes e informes que, desde el año 1990 hasta el 2010, contemplan dicha temática. Las bases de datos consultadas fueron OVID, Science Direct, EBSCO, así como páginas web de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).	El papel del Estado y las políticas públicas son un instrumento indispensable para la configuración de las redes integradas de servicios de salud, confiando que sus normativas no vayan en contra, sino que propendan y vigilen las estructuras y procesos que demanden la consolidación de dichas redes dentro de los sistemas de salud, cuyas inferencias y aportes aún tienen escasa evidencia en la literatura.

			<p>necesario y urgente el avance hacia la integración de las redes de servicios de salud como la fuerza que cohesiona y engrana, lo que de manera independiente y aislada no pueden lograr las diferentes organizaciones que componen la red, ofreciendo mayores ventajas no solo a las instituciones, sino a los individuos que perciben dicha integración en beneficios en la atención y cuidado de su salud, por la calidad, la comunicación, la coordinación, la educación y la eficiencia con que pueden obrar las instituciones sin hacer sacrificios que vayan en detrimento de la ética, del bienestar y de la sostenibilidad.</p>		
--	--	--	--	--	--

<p><b>ESTILO APA. PUBLICADO EN EL 2017</b></p>	<p>Pulgarín-Henao, D. M., &amp; Tabarquino-Muñoz, R. A. (2016). Análisis del diseño de una red integrada de servicios de salud. <i>Semestre Económico</i>, 19(40), 175-212.</p>	<p>Google Academico: <a href="http://www.scielo.org.co/pdf/seec/v19n40/2248-4345-seec-19-40-00175.pdf">http://www.scielo.org.co/pdf/seec/v19n40/2248-4345-seec-19-40-00175.pdf</a></p>	<p>Tipo de estudio es in análisis cualitativo y cuantitativo</p>	<p>Este artículo tiene como objetivo principal analizar, a la luz del enfoque de redes, cuáles beneficios traería el diseño de una red integrada de servicios de salud, basada en la gestión de la cadena de suministro. Se parte del estudio realizado en la Empresa Social del Estado –ESE Oriente 1– de la ciudad de Cali, que toma como punto de partida los atributos de una red integrada de servicios de salud establecidos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y las herramientas del scor model; para el caso de la dinámica en red se utiliza el análisis de redes con el fin de precisar, visualizar y analizar la red de la cadena de suministro de la ESE Oriente antes y después de aplicar el concepto de RISS y cadena de suministro. Resultados: a medición de los atributos de la RISS debe contar con series históricas consolidadas, que determinen la población objeto de la red y permitan realizar el contraste con el portafolio de servicios de la red. Para una evaluación adecuada de los atributos de una red integrada de servicios de salud, se debe proyectar con datos reales y de base de la pirámide poblacional del territorio atendido por la organización o institución que es objeto de estudio; de</p>	<p>Las variables evaluadas son: las fuentes cualitativas de información son la revisión de literatura en RISS, cadena de suministro y Scor Model; el análisis documental a la información suministrada por la ESE Oriente en relación con los programas y actividades del Plan de Desarrollo Institucional 2012-2015; el análisis de entrevistas al exgerente de la ESE Norte de Cali y al gerente de la ESE Oriente de Cali formuladas a partir del scor model; y los atributos mínimos de una RISS establecidos por la OPS (2010). Las fuentes de información cuantitativas son bases de datos 2012 al 2014 obtenidas de la Secretaria de Salud Municipal de Cali y la Alcaldía de Santiago de Cali, con información de las comunas 13, 14, 15 y 21 sobre población, morbilidad, mortalidad, partos e histórico de pacientes atendidos. Además, se tuvo acceso a las</p>	<p>El estudio nos plantea que el modelo de gestión y desarrollo de una RISS debe apuntar a los planteamientos de la gestión de redes, que no solo implica una buena cadena de suministro en la adquisición de materiales (compras), mejoras en las condiciones financieras, de entrega y calidad, sino también en el diseño de estrategias de la organización que impacta en los costos operativos de la red.</p>
--	---	--	--	--	--	---

				lo contrario se partirá de bases especulativas sobre la capacidad de reacción de la red. Para evaluaciones posteriores de redes integradas de servicios de salud, es pertinente la complementación de la herramienta del SCOR model con la del análisis de redes, ya que esta última permite visualizar y analizar cómo funciona la dinámica de una red organizacional y, a su vez, el modelo SCOR facilita la definición de los insumos principales de la red	auditorías a la Red de Salud Oriente ESE 2102-2013. Por parte de la ESE Oriente se obtuvo las bases de datos con información de la población atendida, capacidad instalada y estado de resultados 2012 a 2014.	
<b>ESTILO APA. PUBLICADO EN EL 2018</b>	Gutiérrez, C. (2018). El sistema de salud colombiano en las próximas décadas: cómo avanzar hacia la sostenibilidad y la calidad en la atención.	Google Academico: <a href="https://www.repository.fedesarrollo.org.co/bitstream/handle/11445/3556/CDF_No_60_Marzo_2018.pdf?sequence=1&amp;isAllowed=y">https://www.repository.fedesarrollo.org.co/bitstream/handle/11445/3556/CDF_No_60_Marzo_2018.pdf?sequence=1&amp;isAllowed=y</a>	Tipo de estudio descriptivo, retrospectivo y observacional.	Presenta los retos del sistema de salud Colombiano, diagnostica los temas de sostenibilidad financiera y de como se implementarían las MIAS para solucionar la fragmentación del sistema	Variables cuantitativas como son demografía, tecnología, situación socioeconomica	El éxito de las redes integradas de servicios depende de manera crucial de sistemas de información compartidos. Una revisión sistemática realizada por Nicholson, Jackson y Marley (2013)[17] sobre los factores de éxito de las redes integradas muestra que 17 de los 19 estudios realizados señalan la información compartida como uno de los elementos más importantes en el éxito de la integración

<p><b>ESTILO APA. PUBLICADO EN EL 2010</b></p>	<p>Vargas Lorenzo, I. (2010). <i>Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada un estudio de caso en Colombia</i>. Universitat Autònoma de Barcelona,</p>	<p>Google Academico: <a href="https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2009/tdx-1227110-145542/ivl1de1.pdf">https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2009/tdx-1227110-145542/ivl1de1.pdf</a></p>	<p>Cualitativo, descriptivo exploratorio</p>	<p>Analizar los factores y actores que influyen en el acceso continuo de salud en cuatro redes de servicio en salud en Colombia</p>	<p>Variables cuantitativas y cualitativas</p>	<p>Pese a que la ley 100 busca mejorar el sistema en tema de acceso a los servicios de salud, precisamente aquí residen el problema por un sistema que no afilia toda la población generando restricciones y barreras en la prestación</p>
<p><b>ESTILO APA. PUBLICADO EN EL 2013</b></p>	<p>Artaza Barrios, O., Méndez, C. A., Holder Morrison, R., &amp; Suárez Jiménez, J. M. (2013). <i>Redes integradas de servicios de salud: el desafío de los hospitales</i>.</p>	<p>Google Academico: <a href="https://www.paho.org/chi/dm/documents/Redes_Integrales_de_servicios.pdf">https://www.paho.org/chi/dm/documents/Redes_Integrales_de_servicios.pdf</a></p>	<p>Descriptivo observacional</p>	<p>Mostrar el papel de los hospitales en las redes integradas de servicios de salud. En torno a sí, aglutinaron a un número importante de gerentes de servicios de salud, académicos e investigadores de distintos países de LAC, quienes con el apoyo y la asistencia técnica de la OPS</p>	<p>Variables cuantitativas y cualitativas</p>	<p>Realizar una mirada de las RISS desde el quehacer hospitalario y presentar experiencias de distintos países de la región relacionadas al rol de sus hospitales en la configuración de redes integradas de servicios. Visto así, hemos intentado organizarlo de forma tal de que pueda ser leído de distintas miradas por distintos lectores, acomodándose a las necesidades de cada uno de ellos.</p>
<p><b>ESTILO APA. PUBLICADO EN EL 2013</b></p>	<p>Ocampo-Rodríguez, M. V., Betancourt-Urrutia, V. F., Montoya-Rojas, J. P., &amp; Bautista-Botton, D. C. (2013). <i>Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud</i>.</p>	<p>Google academico: <a href="http://expeditiorepositorio.uta.deo.edu.co/bitstream/handle/20.500.12010/9400/5426.pdf?sequence=1&amp;isAllowed=y">http://expeditiorepositorio.uta.deo.edu.co/bitstream/handle/20.500.12010/9400/5426.pdf?sequence=1&amp;isAllowed=y</a></p>	<p>Descriptivo observacional</p>	<p>Este artículo hace una revisión sistemática de la literatura, que aporta elementos para encontrar las relaciones existentes entre: sistemas, modelos de salud y redes integradas de servicios de salud, con el propósito de evidenciar las condiciones externas que hacen posible la conformación y la viabilidad de una red de salud.</p>	<p>Variables cuantitativas y cualitativas</p>	<p>Muestra la disociación existente entre aseguramiento y prestación de servicios de salud puede ser la causa de la fragmentación del sistema, dando como resultado problemas de integralidad y continuidad de la atención al usuario. En esta revisión se obtienen como resultados: que existe una relación directa y en doble vía entre las redes integradas de servicios de salud y los sistemas y modelos de salud, la cual puede constituirse en un elemento atenuador de la problemática planteada; y</p>

						además, que el hospital debe adoptar un nuevo papel, como parte integral de la red
<b>ESTILO APA. PUBLICADO EN EL 2014</b>	Vieda, J. C. Q., López, H. C., Andrade, Y. B. R., de la Torre, J. R., & González, M. L. S. (2014). Diagnóstico situacional de las condiciones más importantes y necesarias para la implementación de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) basadas en Atención Primaria en Salud (APS) en el departamento del Huila. <i>Entornos</i> , (27), 66-88.	Google academico: <a href="https://journalusco.edu.co/index.php/entornos/article/view/511/965">https://journalusco.edu.co/index.php/entornos/article/view/511/965</a>	Cualitativo, descriptivo exploratorio	presenta una caracterización multidimensional del Departamento del Huila enfocada hacia el diagnóstico situacional de las condiciones más importantes necesarias para la implementación de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) basadas en Atención Primaria en Salud (APS)	Variables cuantitativas y cualitativas	En el departamento del Huila la implementación de un modelo de RISS basado en la estrategia APS, tiene grandes retos asociados a la transición demográfica, la situación de conflicto armado, las necesidades básicas insatisfechas y la concentración de servicios y profesionales en la capital del departamento y en general al bajo nivel de desarrollo del Departamento
<b>ESTILO APA. PUBLICADO EN EL 2017</b>	Conde Roa, J. F., & Herrera Beltrán, J. L. (2017). <i>Evaluación de una red integrada de servicios de salud en Colombia</i> (Doctoral dissertation, Universidad del Rosario).	Google academico: <a href="https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/13716/CondeRoa-Juan-2017.pdf?sequence=1&amp;isAllowEd=y">https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/13716/CondeRoa-Juan-2017.pdf?sequence=1&amp;isAllowEd=y</a>	Descriptivo, retrospectivo y observacional	evaluar el comportamiento de la Red Integrada de Servicios de Salud de los hospitales Méderi, midiendo la eficiencia hospitalaria de acuerdo con los indicadores de referencia, proponiendo mejores prácticas institucionales.	Variables cuantitativas y cualitativas	Al evaluar el comportamiento de la Red Integrada de Servicios de Salud de los hospitales Méderi, se observó que a través del proceso de referencia y contrarreferencia se suministró atención con mayor oportunidad, accesibilidad, continuidad e integralidad a los pacientes, así mismo, se contribuyó a la eficiencia hospitalaria de acuerdo con los resultados obtenidos, dando lugar a mejores prácticas institucionales, a partir del

						adecuado funcionamiento de la red.
<b>ESTILO APA. PUBLICADO EN EL 2018</b>	Muñoz, R. A. T., Henao, D. M. P., & Varón, A. F. G. (2018). Dinámica de una red integral de prestadores de servicios de salud (RIPSS). <i>Gerencia y Políticas de Salud</i> , 17(34).	<a href="https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/RGPS/17-34%20(2018-1)/54555308014/54555308014_visor_iats.pdf">Google academico: https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/RGPS/17-34%20(2018-1)/54555308014/54555308014_visor_iats.pdf</a>	Descriptivo, retrospectivo y observacional	Mostrar como se evidencia fragmentación de servicios de salud y aseguramiento, por la centralidad y concentración de recursos en organizaciones públicas y privadas. En las dos últimas décadas han aplicado de manera marginal acciones promocionales y preventivas por razones de lógicas mercantiles que generan barreras de acceso al servicio, ineficiencia en la utilización de los recursos disponibles y baja calidad técnica y operativa de los procesos logísticos y administrativos	VARIABLES cuantitativas y cualitativas	La Política Pública de Atención Integral en Salud del año 2016 en Colombia establece el esquema de redes integrales de prestadores de servicios de salud (RIPSS), el cual dinamiza demandas y recursos proyectados, personal calificado e infraestructura en red. El análisis de este nuevo esquema de prestación de servicios de salud parte de un enfoque metodológico mixto con aplicación de análisis de redes, apropiando el caso de la red de salud del oriente del municipio de Santiago de Cali

<p><b>ESTILO APA. PUBLICADO EN EL 2018</b></p>	<p>Bejarano Leiva, L. N. Continuidad asistencial entre niveles de atención en pacientes con enfermedades crónicas y sus factores asociados en dos redes públicas de servicios de salud de Bogotá.</p>	<p>Google académico:<a href="https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/36967/Trabajo%20de%20grado-%20maestr%C3%ada%20Salud%20P%C3%ablica-%20Laura%20Natalia%20Bejarano%20Leiva.pdf?sequence=3&amp;isAllowed=y">https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/36967/Trabajo%20de%20grado-%20maestr%C3%ada%20Salud%20P%C3%ablica-%20Laura%20Natalia%20Bejarano%20Leiva.pdf?sequence=3&amp;isAllowed=y</a>:</p>	<p>observacional</p>	<p>Analizar la continuidad asistencial entre niveles de atención percibida por pacientes con enfermedades crónicas, así como sus factores asociados, en dos redes públicas de servicios de salud de Bogotá.</p>	<p>variables individuales como características demográficas (sexo, edad, pertenencia a grupo étnico)</p>	<p>Una importante proporción de pacientes atendidos en las redes de estudio no identifican estabilidad de las profesionales expresadas en la imposibilidad de ser atendidos por el mismo médico cada vez que se consultan los servicios de salud, identificable en el primer nivel de atención y con mayor prevalencia en la atención especializada. En lo que se refiere al atributo de vínculo paciente-profesional se evidencian sentimientos de confianza en las capacidades de los profesionales, con algunas dificultades en la comunicación dado que un porcentaje importante de pacientes no recibe información suficiente sobre su enfermedad y el manejo que debe proporcionarle a la misma</p>
<p><b>ESTILO APA. PUBLICADO EN EL 2019</b></p>	<p>Botero Marín, S., &amp; Vargas Gutiérrez, J. D. (2019). Condiciones básicas de integración y articulación para una red integrada de servicios en salud en la ciudad de Medellín (Doctoral dissertation, Universidad EAFIT).</p>	<p>Google académico: <a href="https://repository.eafit.edu.co/bitstream/handle/10784/15030/Santiago_BoteroMarin_Juan_David_VargasGutierrez_2019.pdf?sequence=2&amp;isAllowed=y">https://repository.eafit.edu.co/bitstream/handle/10784/15030/Santiago_BoteroMarin_Juan_David_VargasGutierrez_2019.pdf?sequence=2&amp;isAllowed=y</a></p>	<p>Descriptivo</p>	<p>Esta investigación utiliza como herramienta principal una encuesta a directivos y usuarios para determinar las condiciones y parámetros básicos a tener en cuenta en el montaje de una red de servicios integrados de salud.</p>	<p>Variables cuantitativas y cualitativas</p>	<p>Las variables clínicas de mayor relevancia para los diferentes actores que intervienen en la RISS están basadas en las percepciones que usuarios y directivos tienen del correcto devenir de una atención médica de calidad bajo el principio de seguridad y eficiencia administrativa.</p>
<p><b>ESTILO APA. PUBLICADO EN EL 2009</b></p>	<p>Abertzky R, Bramuglia C, Godio C. Los sistemas de salud en los países del Mercosur. Revista Margen. 2009; 54: 1-9.</p>	<p>Google académico: <a href="https://www.margen.org/suscri/margen54/bramuglia.pdf">https://www.margen.org/suscri/margen54/bramuglia.pdf</a></p>	<p>Descriptivo observacional</p>	<p>Uno de los objetivos básicos de los Estados de bienestar es el de diseñar sistemas de salud que provean a la población en conjunto un amplio servicio de salud. Se busca así crear sistemas equitativos y eficientes, en</p>	<p>Variables cuantitativas y cualitativas</p>	<p>la fragmentación de los sistemas que se caracterizan por una amplia fragmentación en la provisión y financiación de los servicios de salud, con grandes fallas de</p>

			términos de costo social y de efectividad en el logro de sus objetivos	coordinación entre subsistemas.
--	--	--	--	---------------------------------