

**MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD DEL HOSPITAL CENTRO
ORIENTE EN EL TERRITORIO SALUDABLE DE LOS MÁRTIRES EN EL AÑO 2015**

YULIEG ALEXANDRA GONZALEZ LINARES

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS**

Programas de Posgrado en Administración de Salud

Maestría en Administración de Salud

Bogotá, D.C. 2016

**MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD DEL HOSPITAL CENTRO
ORIENTE EN EL TERRITORIO SALUDABLE DE LOS MÁRTIRES EN EL AÑO 2015**

**Trabajo de grado para optar al título de
Magister en Administración de Salud**

Estudiante:

Yulieg Alexandra González Linares

Tutor:

Dr. Román Vega Romero

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
Programas de Posgrado en Administración de Salud
Maestría en Administración de Salud
Bogotá, D.C. 2016**

NOTA ACLARATORIA

El trabajo de grado: MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD DEL HOSPITAL CENTRO ORIENTE EN EL TERRITORIO SALUDABLE DE LOS MÁRTIRES (2012-2015), elaborado por Yulieg Alexandra González Linares, ha sido aprobado como requisito parcial para optar al título de Magister en Administración de Salud.

Tutor de trabajo de grado

Director de los programas

Bogotá, D.C. Mayo de 2016

ADVERTENCIA

La universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en los trabajos de tesis. Sólo velará porque no se publique nada contrario al dogma y a la moral católica y porque las tesis no contengan ataques o polémicas personales, antes bien, se vea en ellas el anhelo de buscar la verdad y la justicia.

Artículo 23 de la Resolución 123 de 1945.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco al Dr. Román Vega por su orientación y acompañamiento en la realización de este trabajo de grado, donde cada uno de sus aportes fueron pertinentes y oportunos, al Hospital Centro Oriente y los funcionarios que hicieron parte de la realización de este trabajo quienes brindaron su tiempo para el logro de los objetivos, a mi esposo y familia por el apoyo incondicional en este proceso.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	12
1. ANTECEDENTES Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	13
2. OBJETIVOS	22
2.1 Objetivo General	22
2.2 Objetivo específicos:	22
3. JUSTIFICACIÓN Y PROPÓSITO	23
4. MARCO CONCEPTUAL	24
5. DISEÑO METODOLÓGICO.....	42
5.1 Tipo de estudio.....	42
5.2 Fuentes de Información.....	45
5.3 Instrumentos de recolección de datos´	46
5.4 Procesamiento de los datos	48
5.5 Análisis de los datos.....	49
5.6 Criterios para analizar los resultados del cuestionario.....	51
5.7 Consideraciones Éticas	54
6. RESULTADOS, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	54
6.1 Contexto de la operación del modelo de atención en Salud en el Hospital Centro Oriente en la localidad de Los Mártires.	54
6.1.1 Localidad de Los Mártires	54
6.1.1.1 Perfil demográfico	55
Gráfico 3. Distribución de la población, Localidad Los Mártires 2008-2013	56
6.1.1.2 Perfil epidemiológico del estado de salud de la población de la localidad Los Mártires.	59
6.1.2 Aspectos normativos del modelo de atención.....	62
6.2 Organización del modelo de atención del Hospital.	65
6.3 Portafolio de Servicios.....	68
6.4 Financiamiento y formas de contratación y pago de la prestación de los servicios individuales y colectivos del Hospital.	68
6.5 Georreferenciación de la población capitada del Hospital Centro Oriente.....	69
6.6 Recurso humano.....	71

6.7 Grado de integralidad del modelo de atención en salud del Hospital.....	75
6.7.1 Dimensión de estructura y Proceso.....	75
6.7.1.1 Dimensión de Estructura.....	77
6.7.1.2 Dimensión de Proceso.....	86
7. Problemas, logros y desafíos en el proceso de implementación del modelo de APS desde las percepciones del personal misional y administrativo.....	98
7.1 Percepciones de los funcionarios sobre la implementación del modelo actual de APS en el Hospital Centro Oriente.	98
7.2 Implementación del modelo de atención integral.....	99
7.3 Logros alcanzados en la implementación del modelo de atención integral en salud planteado por el Hospital Centro Oriente.	100
7.4 La integralidad en las acciones que realizan tanto salud pública como las sedes asistenciales.....	101
7.5 Problemas que se presentan en la implementación del modelo de atención planteado por el Hospital Centro Oriente.	102
7.6 Desafíos que se presentan en la implementación del modelo de atención planteado por el Hospital Centro Oriente.	104
8. Alcance de la implementación de acuerdo a la normatividad vigente.....	105
9. DISCUSIÓN.....	107
10. CONCLUSIONES.....	113
11. RECOMENDACIONES.....	115
REFERENCIAS.....	117
ANEXOS.....	125

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Resultados de la georreferenciación obtenida de bases de datos de población capitada con el hospital Centro Oriente de EPSs, Bogotá, Agosto 2014.	69
Tabla 2. Resultados de la georreferenciación obtenida de bases de datos de población capitada con el hospital Centro Oriente de EPSs, Bogotá, Agosto 2015	70
Tabla 3 Distribución recurso humano de primer nivel por perfil y horas contratadas de las sedes del Hospital Centro Oriente, 2015	73
Tabla 4. Distribución de recurso humano de primer nivel por perfil según tiempos completos equivalentes y población capitada en el Hospital Centro Oriente.	74
Tabla 5. Percepción de la implementación del modelo de atención integral del Hospital Centro Oriente, Bogotá, febrero, 2016.	76
Tabla 6. Percepción general de la Dimensión de Estructura, Bogotá, febrero, 2016.	77
Tabla 7. Disponibilidad y capacidades de atención integral del recurso humano de los equipos de salud, Bogotá, febrero, 2016.....	79
Tabla 8. Disponibilidad del recurso humano para atender las necesidades en salud, Bogotá, febrero, 2016.	80
Tabla 9. Capacidades de atención integral del recurso humano de los equipos de salud, Bogotá, febrero, 2016.	81
Tabla 10. Capacidades de gestión del recurso humano de los equipos de salud, Bogotá, febrero, 2016.....	82
Tabla 11. Capacidades de articulación de la respuesta de los equipos, Bogotá, febrero, 2016. ..	84
Tabla 12. Portafolio de servicios, Bogotá, febrero, 2016.	85
Tabla 13. Percepción general de la Dimensión de Proceso, Bogotá, febrero, 2016....	86

Tabla 14. Interacción de los equipos con la comunidad, Bogotá, febrero, 2016.	87
Tabla 15. Percepción de la gestión de los equipos, Bogotá, febrero, 2016.....	89
Tabla 16. Gestión Clínica- entorno Organizativo, Bogotá, febrero, 2016.....	90
Tabla 17. Provisión de los servicios, Bogotá, febrero, 2016.	92
Tabla 18. Evaluación de los servicios prestados, Bogotá, febrero, 2016.....	93
Tabla 19. Relación entre la dirección y los profesionales, Bogotá, febrero, 2016.	94
Tabla 20. Cambios en la regulación y contratación de servicios, Bogotá, febrero, 2016.....	95

INDICE DE GRAFICOS

Gráfico 1. Variables de estudio manejadas para la aplicación del instrumento de evaluación rápida de desempeño en la integralidad de la atención.....	44
Gráfico 2. Criterios para analizar los resultados del cuestionario	51
Gráfico 3. Distribución de la población, Localidad Los Mártires 2008-2013	56
Gráfico 4. Distribución de la población por grupos de edad, localidad de Los Mártires.	57
Gráfico 5. Distribución de las principales causas de morbilidad por grandes grupos año 2013.	60
Gráfico 6: Georreferenciación de población capitada por cada una de las EPSs 2014-2015.....	70

INDICE DE ANEXOS

ANEXO 1. Matriz de variables	125
ANEXO 2. Ficha para la recolección de información en bases de datos de talento humano ...	140
ANEXO 3. Instrumento de recolección de información	140
ANEXO 4. Instrumento para la georreferenciación de la población capitada del Hospital Centro Oriente que reside en el territorio de Los Mártires	151
ANEXO 5. Consentimiento Informado – Entrevista funcionarios en salud	151
ANEXO 6. Cronograma.	153
ANEXO 7. Presupuesto.....	156

INTRODUCCIÓN

Al tener en cuenta la necesidad de fortalecer la atención en salud bajo los parámetros de integralidad, y con el fin de mejorar las condiciones de salud de la población de la localidad de Los Mártires; este trabajo intenta realizar la descripción del Modelo de atención Integral en Salud planteado por el hospital Centro Oriente, para dar respuestas a las necesidades identificadas de la población en mención.

La identificación del contexto de la localidad y de las características de la población es esencial, la normatividad en la cual se está implementando el modelo, el cual surge a partir de esa necesidad de articular las acciones que realiza Salud Pública con el PIC – Plan de intervenciones colectivas y el POS- Plan Obligatorio de Salud. Estos dos procesos en la actualidad trabajan de manera independiente a pesar que se maneja en su mayoría el mismo grupo poblacional, por lo cual sería posible potencializar los recursos institucionales, y garantizar de esta manera la calidad del servicio.

Se hace necesario entonces conocer la forma en que esta articulación está funcionando y practicando en la Localidad. Se pretende mejorar la integración de procesos y de conceptos que permitan que funcione la atención primaria en Salud de manera integral en la prestación de servicios de Salud.

Este proyecto analizará la implementación del modelo a partir de conceptos teóricos, la articulación entre las acciones individuales y colectivas y así poder fortalecerlas a través del conocimiento y la práctica.

1. ANTECEDENTES Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El Hospital Centro Oriente I y II nivel - Empresa social del estado (ESE), cuenta con 3 de las 20 localidades existentes en Bogotá y es una de las 22 empresas sociales del estado del Distrito Capital. Está constituido por 10 puntos de atención ubicados en las localidades de Santa Fe, Los Mártires y La Candelaria, y la unidad móvil CAMAD que presta sus servicios en las tres localidades.

En la Localidad de Santa Fe el hospital incluye las sedes asistenciales de Perseverancia, Santa Rosa de Lima, Lourdes, Laches y Cruces, de I nivel de atención, y la sede de Jorge Eliécer Gaitán, de II nivel de atención. La Localidad de Los Mártires cuenta con las sedes de Samper Mendoza, y Lafayette de I nivel de atención; y la localidad de La Candelaria tiene la sede de la candelaria de I nivel de atención.

En el año 2011 la Ley 1438 orientó la implementación de la Atención Primaria en Salud incluyendo entre sus componentes la integralidad de la atención a partir de la combinación de las actividades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación para organizar las respuestas a las necesidades de salud de la población. La administración de **Bogotá Humana** (2012-2016), centró su atención en la implementación de un sistema de salud basado en la atención primaria en salud, denominado Programa Territorios Saludables, salud para el buen vivir, con el fin de implementar y consolidar un modelo de atención integral humanizado, participativo e incluyente que permita afectar positivamente los determinantes de la calidad de vida y salud de la población del distrito capital; donde se garantice el acceso en condiciones universales, equidad, calidad y calidez a los servicios de salud .

Es así como el modelo del distrito “busca integrar los diferentes paquetes de servicios en salud para las poblaciones, en especial el del plan de intervenciones colectivas (PIC) y atenciones contenidas en el plan obligatorio en salud (POS)” (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2012-2016, pág. 7).

Al tomar en consideración la normatividad nacional y las orientaciones distritales de política pública de salud de Bogotá D.C, el Hospital Centro Oriente decidió en el año 2013 implementar un modelo humanizado de abordaje integral en salud bajo un enfoque de atención primaria y promocional de calidad de vida¹, que permitiera superar las problemáticas identificadas en el desarrollo operativo de la estrategia de atención primaria en salud. Uno de los objetivos específicos del modelo es “Reorganizar los servicios de salud que ofrece la ESE, articulando las acciones individuales y colectivas que brinden respuestas a las necesidades identificadas en cada uno de los territorios sociales de las localidades de Santa Fe, Mártires y Candelaria”, obteniendo así la articulación del PIC y el POS realizando planes familiares conjuntamente con los equipos de respuesta inicial y respuesta básica, con la respectiva retroalimentación y seguimiento a la canalización realizada desde los equipos de respuesta básica (sedes asistenciales) y respuesta inicial (equipo de territorios saludables).

El modelo integra las acciones individuales del POS (actividades ambulatorias de medicina, enfermería, odontología e higiene oral y consulta externa; de urgencias, hospitalización, terapia respiratoria y algunas imágenes diagnósticas, toma de muestras de laboratorio y entrega de medicamentos en el CAMI) con las acciones del PIC (Asesoría integral en casa a familias de

¹Imperativo de reponer a las necesidades de la población en territorios sociales, recogiendo la perspectiva epistemológica de los determinantes sociales de la salud y el enfoque de derechos humanos.

prioridad alta - con integrante gestante para seguimiento en salud familiar, Asesoría integral en casa a las familias de prioridad baja - Familias de MCT, entre otras).

Dado que las personas que pertenecen al régimen contributivo y especial no están capitadas con el Hospital Centro Oriente, el modelo de atención integral se podría garantizar solo con los pacientes capitados (del régimen subsidiado) y los vinculados (pobres no asegurados) que tienen acciones que se pueden desarrollar dentro del primer nivel de atención.

Para responder a las necesidades de la población, el Hospital Centro Oriente cuenta con 66.788 personas capitadas del régimen subsidiado con las cuales contrata en las localidades de Mártires, Candelaria y Santafé en el mes de agosto del año 2014 (Hospital Centro Oriente, 2014); de éstas el 25.8% están en La Localidad Los Mártires de acuerdo a la Encuesta Multipropósito (Secretaría distrital de planeación, 2014). Es en estas últimas en las cuales el presente trabajo se enfoca ya que es la localidad de estudio y deben contar con atención integral en el primer nivel de atención en el marco del nuevo modelo, que cubre a las personas capitadas y vinculadas de las EPSS (Entidades Promotoras en Salud Subsidiadas) de Caprecom, Unicajas y Capital Salud.

A pesar de los avances que se presentan en la normatividad y en lo operativo en lo local en cuanto a la implementación del modelo, todavía persistían grandes debilidades y vacíos en la integración de las acciones individuales y colectivas (Hospital Centro Oriente, 2013). Un ejemplo de esta situación lo expone una informante profesional encargada del programa de Canalizaciones según la cual existe desconocimiento del PIC, de los programas que brinda el POS o atenciones que se prestan en las sedes y viceversa, no hay una adecuada comunicación en el caso que se requiera una canalización efectiva del PIC al POS teniendo dificultades para dar

prioridad a las citas, el paciente que se canaliza del POS al PIC no se retroalimenta la intervención desde el territorio al POS. (Comunicación personal, 05 de marzo 2015)

Un estudio desarrollado en el territorio de los Mártires muestra que había desconocimiento por parte de los funcionarios del territorio acerca del portafolio de servicios del hospital: Algunos de sus integrantes todavía desconocen servicios como tratamiento y control de enfermedades endémicas y epidémicas, oferta de control de tuberculosis y atención de enfermedades crónicas, lo que probablemente está generando que no las oferten a sus pacientes en el momento en que requieran de este tipo de intervenciones (Arias y Sánchez, 2013, p.86).

Dado que el SGSSS actualmente se encuentra fraccionado y segmentado, donde las acciones individuales van por un lado (POS) y las acciones colectivas por otro (PIC) (Vega, Martínez y Acosta, 2009), y muchas personas no están capitadas con el Hospital Centro Oriente, es necesario reconocer cómo este Hospital logra desarrollar un modelo de atención integral en salud en un contexto aparentemente adverso.

Al revisar estudios que buscan indagar la articulación entre acciones colectivas y acciones individuales se evidencia que no se ha explorado sobre esta articulación relacionada con el presente trabajo, se han desarrollado estudios sobre la implementación, desempeño y resultados de la atención primaria en salud pero no de las actividades de salud pública con las de atención individual como se muestra en los siguientes estudios:

Labonté, et al. (2009), realizaron una amplia búsqueda de literatura bibliográfica y describieron el proceso de implementación de la APS (Atención Primaria en Salud) en diferentes países resaltando que la implementación de la APS en Aotearoa, Nueva Zelanda ejemplifica un modelo de mejores prácticas de un enfoque de APS integral controlado por la comunidad. Sin

embargo, han existido muchas dificultades como lo plantean (Sanders, Schaay, & Mohamed (2008), para quienes existe una desintegración entre los componentes terapéuticos y preventivos en comparación con los promocionales centrados en los determinantes sociales. “Esta brecha necesita urgentemente ser unida ya que son claramente indivisibles en el proceso de desarrollo de la salud” (p.312).

El estudio de Baldomero, Silva, Herrera, López del Río, & Saurí, (2010), realizado en Cuba muestra un modelo de atención integral a pacientes con úlceras en pie diabético con el uso del Heberprot-P, con el fin de favorecer la granulación y curación de las lesiones en menor tiempo y de forma ambulatoria, demuestra la factibilidad del modelo con un enfoque integral, bajo fármaco-vigilancia intensiva. Se organizaron actividades en tres etapas (organizativa, implementación y consolidación), que incluyen elementos como la elaboración de una sala situacional del municipio, la capacitación teórico-práctica del recurso humano, el aseguramiento logístico, la redispensarización de pacientes diabéticos, la pesquisa en consultas y las visitas domiciliarias programadas; así como elementos de implementación: acciones de promoción comunitaria y uso de medios de comunicación.

Teniendo en cuenta la importancia de tener una integralidad en la atención en este estudio realizado en Cuba se evidenció que existe un marco político favorable para desarrollar la Promoción de Salud, pero el currículo no es suficientemente congruente con las necesidades actuales del Sistema de Salud y las tendencias internacionales.

La integración de la Promoción de la salud carece de una adecuada conceptualización diferenciada del enfoque riesgo y la Promoción de salud; la integración de la temática en los módulos de estudio es escasa, aislada y con poca articulación; predominan las habilidades

sobre acciones curativas, y el módulo de Promoción de Salud tiene deficiencias de diseño. (Pupo, Hechavarria, & Alemañy, 2015, p. 742).

Siendo esto de gran relevancia donde se puede argumentar que existen gran debilidad para fomentar la articulación entre la promoción de la salud y la atención individual aspectos clave para la integridad en la atención.

A nivel de Latinoamérica Acosta, Pollard, Vega, & Labonté, (2011) presentan una extensa revisión de experiencias de atención primaria en salud en Suramérica desarrolladas desde la declaración de Alma-Ata. Sus conclusiones incluyen la eficacia de la atención primaria integral para mejorar el acceso a servicios de salud y otros servicios sociales, donde actúan sobre determinantes sociales de la salud, esto eleva el estado de salud y logra la equidad de los resultados de salud, y evidencia que un factor importante es el desarrollo de capacidades para la prestación del servicio integral y la administración dando ganancias efectivas, dando como ejemplo lo ocurrido en Malvinas, Argentina, con la implementación exitosa de la atención primaria de la salud.

A nivel nacional Ruiz, Acosta, Rodríguez, Uribe, & León-Franco (2011), realizaron un estudio sobre implementación de APS en municipios del departamento de Santander donde se evidencian dificultades tanto en el nivel nacional, departamental y municipal. Las limitantes más destacadas son de tipo estructural y determinadas por un sistema de salud de mercado de aseguramiento que opera con una lógica contractual de segmentación institucional y fragmentación operativa. Los resultados de su estudio mostraron que existe una disonancia entre el modelo diseñado y planteado en el departamento y la operación municipal que surge en la práctica, en el cual operó la estrategia de APS selectiva, que se centró en acciones de predominio rural realizadas discontinuamente por auxiliares de enfermería y orientado al cumplimiento de

metas de Salud Pública (PIC y PyP) en el primer nivel de atención; también se evidenció la falta de articulación entre aseguradores y prestadores alrededor de la APS y la necesidad de recurso humano con formación en APS y estabilidad laboral.

En Bogotá Vega, *et al.* (2009) presentaron el análisis situacional de los avances y vacíos en la implementación de la estrategia de Atención Primaria Integral en Salud (APIS) en Suba, por medio de un estudio de caso y técnicas multimétodo. La investigación evidenció que los logros se deben a una estructura de gobernanza con apoyo político, gubernamental, comunitario y liderazgo del sector salud, que permitan desarrollar un modelo de gestión fundamentado en eficiencia social y calidad. Dentro de los resultados se destaca una territorialización exitosa con una amplia cobertura, caracterización y atención de grupos prioritarios. Sin embargo, existen retos como el impacto en la sostenibilidad financiera de los servicios especializados del Hospital, y el desarrollo adecuado del enfoque familiar y comunitario, entre otros.

Este mismo estudio analiza el desempeño de la red en el cumplimiento de los atributos de la APS hecho mediante una evaluación rápida que adapta la metodología propuesta por Starfield y validada por Macinko en Brasil, muestra diferencia significativa del atributo de integralidad a favor del sector público y aclara además que el sistema de salud basado en la APS con enfoque integral, debe estar conformado por elementos estructurales y funcionales que garanticen la cobertura universal con equidad. De igual forma debe prestar atención integral y apropiada a lo largo del tiempo, hacer hincapié en la prevención y en la promoción y garantizar la atención del paciente en el primer contacto.

De la misma forma, en otras seis localidades de Bogotá se realizó un estudio sobre la implementación de la APS en la red pública de prestadores (hospitales públicos en los cuales su pagador es la SDS) (Vega, Hernández, Mosquera & Junca, 2011). En esta investigación se

afirma que la implementación se da fundamentalmente en el marco del PIC; que las acciones individuales del POS están separadas de las acciones colectivas en el PIC, las cuales están dirigidas a toda la población independientemente de su régimen de afiliación en salud. Se podría alegar que en la práctica la oferta de servicios a la población del micro territorio desde los equipos básicos de atención se limita a las acciones de promoción y prevención y de ser así; los servicios individuales complementarios estarían ligados a los contratos de las ESE con los pagadores EPS y fondo financiero distrital o a otros proveedores privados a los que tendrían derecho a acceder solamente los afiliados del micro territorio cuyas EPS tengan contratos con dichos prestadores.

En este estudio también se evidencia que en cuanto a la coordinación POS-PIC, esta se fundamenta en la canalización de pacientes por parte de los promotores de salud de los equipos de las condiciones o eventos priorizados por lineamiento. En diferentes hospitales de las localidades se han planteado algunas formas de articulación entre el PIC y el POS tales como mesas de trabajo, haciendo énfasis en la población contratada por la ESE, se han definido rutas intrainstitucionales para poblaciones y eventos específicos que le permitan al talento humano canalizar a los usuarios a los servicios ofertados y en solo uno de ellos se ha enlazado la historia clínica sistematizada con el sistema de APS en línea.

De acuerdo a estos hallazgos, podría decirse que la coordinación entre actividades individuales y colectivas se reduce a la canalización que se realiza entre los centros de atención y los ámbitos del PIC y a su vez entre éstos últimos, con mecanismos formales débiles de seguimiento a los casos identificados y canalizados.

De igual forma se nota como la coordinación actúa en una sola vía (la de referencia de casos), los mecanismos de contra referencia son deficientes en todos los niveles, y no se cuenta con

información clara de doble vía que permita hacer seguimiento a las acciones. Además, los canales de comunicación entre el sector salud y las instituciones del eje social también se reducen a la canalización de usuarios sin mecanismos claros de seguimiento a las acciones.

Como última contribución de la investigación llevada a cabo en las seis localidades, en el hospital de Bosa para este proyecto, hay que remitirse a la experiencia particular de la implementación de la APS la cual dice que:

Los equipos de salud se encargan de realizar la gestión para la atención individual en actividades de carácter resolutivo dentro de los centros de atención en salud y otros servicios sociales en la localidad, y por otro lado, realizan procesos de coordinación entre las acciones de atención colectiva, articulando las diferentes acciones que se desarrollan en los diferentes ámbitos de vida cotidiana de la EPCVS para su población contratada. Sin embargo no es claro el proceso sistemático que se tiene en su implementación para crear generación del conocimiento y establecerlo como adecuada articulación entre el PIC y el POS. (Vega, et al. 2011, p.139).

De acuerdo a Labonté, et al. (2009) manifiestan que “Existen pocos estudios de costo efectividad de la APS Integral” (p. 23). Las investigaciones realizadas evidencian que aún existen falencias en la integralidad de los servicios de salud. Si se constituye un modelo de atención integral en el Hospital Centro Oriente es necesario conocer sus avances, logros, problemas y desafíos, para así demostrar que se puede dar una articulación entre el PIC y el POS con las personas capitadas y vinculadas de manera integral llevando a la implementación de respuestas a necesidades encontradas estudiando las características de estructura y proceso de

integración del modelo de atención y se desarrolló en El territorio saludable² Los Mártires, que se encuentra ubicado en la localidad Los Mártires en el sector centro oriental de la ciudad de Bogotá.

Dado lo anterior la pregunta de investigación planteada para este trabajo fue la siguiente:

¿Cómo se ha implementado el modelo de atención integral en salud planteado por el Hospital Centro Oriente integrando las acciones individuales y colectivas para dar respuestas a las necesidades de los usuarios capitados del régimen subsidiado en el territorio saludable de los Mártires? ¿Cuáles han sido, en la voz de los actores del Hospital, los avances en la implementación del modelo, sus principales logros, problemas y desafíos?

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

Describir la implementación del modelo de atención integral en salud planteado por el Hospital Centro Oriente en el territorio saludable de Los Mártires integrando las acciones individuales y colectivas para brindar respuestas a las necesidades identificadas de los pacientes capitados del régimen subsidiado en el año 2015.

2.2 Objetivo específicos:

2.2.1 Describir el contexto, las características estructurales y de proceso de la integralidad de

²Programa de la Secretaría Distrital de salud a través del modelo humano de atención en salud lleva a un acercamiento de los servicios de salud a la población en su propio territorio para romper con las barreras de acceso y discriminación. Implica una organización de respuestas sectoriales, transectoriales y sociales en salud, articuladas y coordinadas para responder efectivamente a las necesidades y expectativas de la población, garantizando el derecho a la salud y la afectación positiva de los determinantes sociales, con un enfoque territorial, poblacional, basado en la Atención Primaria en Salud – APS.

la atención como resultado de la integración de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas y del POS en el Hospital Centro Oriente.

2.2.2 Identificar los principales logros, problemas y desafíos en la implementación del modelo de atención integral en salud planteado por el Hospital Centro Oriente en la voz de los actores del hospital.

2.2.3 Determinar el alcance de la implementación del modelo de atención bajo los parámetros establecidos en la normatividad vigente.

3. JUSTIFICACIÓN Y PROPÓSITO

Tener un modelo de atención en salud implementado en la localidad de los Mártires ofrece una alternativa para el derecho a la salud de los usuarios, la cual podría permitir la optimización de recursos institucionales, contribuyendo a las decisiones para la integración de acciones individuales y colectivas del Hospital Centro Oriente que permitan dar respuestas de manera articulada a las necesidades encontradas en los usuarios que habitan la localidad por medio del conocimiento aportado de este trabajo de grado.

La adecuada articulación en los servicios de salud en un primer nivel de atención debe garantizarse para poder mejorar las condiciones de salud de una población determinada, las condiciones actuales que tiene nuestro país de acuerdo a la normatividad vigente no garantizan que podamos tener esta integralidad en la atención, sin embargo es necesario garantizar las actividades con los recursos disponibles y de manera articulada e integral prestar el mejor servicio a los usuarios en la institución, para dar continuidad a las acciones que se realizan, y satisfacer las necesidades encontradas en los usuarios, se hace necesario que se tenga una

articulación en las sedes asistenciales de las acciones individuales del Plan Obligatorio de Salud con las actividades colectivas del programa de Territorios Saludables.

La implementación del modelo de atención integral en salud generado por el hospital Centro Oriente podría promover acciones que permitan mejorar la prestación de los servicios en salud articulando las acciones entre el PIC y el POS y así contribuir al desarrollo de la institución.

Este estudio aportaría a mejorar la integralidad del modelo y su implementación por medio del mejoramiento en la integración de procesos que permitan generar acciones en las cuales halla una sola línea de trabajo y se tome en cuenta las variables para poder articular las acciones que realiza tanto salud pública como el área asistencial dando respuesta a las necesidades identificadas en la población. Y en este sentido aporta a evidenciar la necesidad de trabajar de manera articulada interinstitucionalmente, tanto con administrativos y funcionarios.

4. MARCO CONCEPTUAL

A continuación se desarrollarán los diferentes conceptos sobre los cuales se encuentra enmarcado el trabajo de grado dando respuesta al concepto de la integralidad y modelo de atención, análisis de situación de salud, teniendo en cuenta la normatividad en la cual fue planteado el modelo y la importancia de la gestión clínica en la ejecución y proceso, así como el ejemplo de la implementación integral en Chile mostrándose claridades para tener en cuenta en el desarrollo de la implementación.

Normatividad

La normatividad vigente que orienta actualmente la atención integral en salud es la Ley 1438 de 2011 que plantea que el modelo de prestación del servicio público en salud debe estar

fundamentado en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud. A continuación se mencionan algunos aspectos clave de esta ley que sirven de apoyo a la contextualización de la importancia de la atención integral de salud.

En su artículo 12 la Ley 1438 define que “la atención primaria en salud estará constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social comunitaria y ciudadana” (p.7). Define también que la atención primaria en salud es una estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada desde la salud pública y reitera la importancia de la implementación de servicios de salud de manera integral. De igual forma, el artículo 13° de la Ley plantea los principios para la implementación de la atención primaria en el sistema general de seguridad social, entre los cuales están: “universalidad, interculturalidad, igualdad y enfoque diferencial, atención integral e integrada, acción intersectorial por la salud, participación social comunitaria y ciudadanía decisoria y paritaria, calidad sostenibilidad, eficiencia, transparencia, progresividad.

Así mismo en el artículo 22 comenta sobre la portabilidad nacional, en la cual todas las EPS deberán garantizar el acceso a los servicios de salud en el territorio Nacional a través de acuerdos con prestadores de servicios de salud y entidades promotoras de salud. Las Entidades Promotoras de Salud podrán ofrecer los planes de beneficios en los dos regímenes, preservando los atributos de continuidad, longitudinalidad, integralidad, y adscripción individual y familiar a los equipos básicos de salud y redes integradas de servicios.

También se encuentra vigente la ley 1751 de 2015 por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Por medio de varios artículos esta Ley establece la integralidad en la prestación de servicios de salud como lo es el artículo 8 que habla

sobre la integralidad en los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, no podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario.

Igualmente en el artículo 10 uno de los deberes de los usuarios es acceder a los servicios y tecnologías de salud, que le garanticen una atención integral, oportuna y de alta calidad. De la misma forma en su artículo 15 respecto a prestación de servicios de salud plantea que el Sistema garantizará el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas. Finalmente se hace referencia al artículo 20 en el cual la política pública en salud plantea que se deberá basar en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y su atención integral, oportuna y de calidad, al igual que rehabilitación.

Para materializar las orientaciones normativas el gobierno nacional ha buscado diseñar modelos de atención en salud que incluyan los elementos de la legislación pero sin que hasta ahora haya sido implementado alguno. El último intento en esta dirección ha sido anunciado a través de la propuesta de Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y del Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS) que no se toma en consideración en esta investigación puesto que no hace parte del contexto de implementación del Modelo de Atención Integral del Hospital Centro Oriente.

Modelo de Atención

De acuerdo con Méndez, Holder, Artaza, Reynaldo, & Suarez (2011), un modelo de atención es la forma en que se organizan los recursos en un sistema de salud, niveles de atención, perfil de

competencias y se refiere al tipo y la combinación de los servicios que se ofrecen generalmente en un país, una región, o un sistema, tal como el paquete de servicios básicos de un país dado.

Un modelo de este tipo busca articular de forma integral en el sistema del cual forma parte todas las acciones necesarias para responder a las necesidades en salud individual y colectiva mediante actividades sectoriales e intersectoriales. Así, por ejemplo, incluye la articulación entre la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, su diagnóstico y tratamiento, la rehabilitación y la comunicación sectorial, además de las distintas acciones requeridas de otros sectores, según las necesidades, que deben estar disponibles en los servicios de salud y se cuente con los recursos necesarios para manejarlas en el caso que se requieran (Vega, *et al*, 2009).

Análisis de la Situación de Salud de las poblaciones

El ASIS (Análisis de situación de salud) de las poblaciones se conoce como el “proceso analítico-sintético que permite caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, que facilita la identificación de necesidades y prioridades, la identificación de intervenciones, programas apropiados y la evaluación de su impacto” (García, Balbé & Iglesia, 2015, p. 663). Sin embargo en este estudio resaltan que en la formación médica aún hay falencias en su aplicabilidad contextual, que repercuten en la formación constituyendo un desafío en la contemporaneidad. García et al. (2009).

Integralidad

El concepto de integralidad ha sido definido desde al menos dos aproximaciones complementarias, una referida a los niveles de prevención (Organización Panamericana de la Salud, 2007) y la otra, a la comprensión multidimensional de los problemas de las personas.

(Ministerio de Salud, 2005). La integralidad es una función de todo el sistema de salud e incluye la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos (Organización Panamericana de la Salud, 2007). Y en las dos aproximaciones implica que la cartera de servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población desde una aproximación biopsicosocial-espiritual y cultural del ser humano. Considera el sistema de creencias y significados que las personas le dan a los problemas de salud y las terapias socialmente aceptables.

Otra definición propuesta por Acosta y Vega (2008) afirma:

El principio de la integralidad en la atención en salud se define como la provisión continua y con calidad de un amplio rango de servicios de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, dirigida a las personas en el contexto de su familia y comunidad, desarrollada en corresponsabilidad por el sector salud, la sociedad y otros sectores sociales. (p.129).

La orientación hacia la APS y la atención integral e integrada en la declaración de Montevideo en 2005 donde se manifiesta que:

Los sistemas de salud deben estar centrados en la atención individual, en el tratamiento de la enfermedad que deben incluir acciones encaminadas hacia la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Los modelos de atención de salud deben basarse en sistemas eficaces de atención primaria; orientarse a la familia y la comunidad; incorporar el enfoque de ciclo de vida; tener en cuenta las consideraciones de género y las particularidades culturales; y fomentar el establecimiento de redes de atención de salud y la coordinación social que vela por la continuidad adecuada de la atención (Macinko, 2007, p.76).

También se debe tener en cuenta el concepto de atención integral e integrada Haggerty, Yavich, Báscolo, y Grupo de Consenso, (2009), estos conceptos se utilizan para significar principalmente una gama de servicios capaz de brindar atención preventiva, curativa y de rehabilitación.

De la misma forma lo plantea Sanders, Schaay y Mohamed (2008) quienes manifiestan que los Sistemas integrales de salud incluyen componentes terapéuticos y de rehabilitación para hacer frente a los efectos de los problemas de salud, un componente preventivo para abordar los factores causales inmediatos y subyacentes que operan a nivel del individuo, y un componente de promoción de la salud orientado a las causas más básicas que operan normalmente a nivel de la sociedad.

En el anterior artículo plantean también que los centros de salud son o deberían ser el punto focal del Sistema de Salud del territorio para implementar la APS Integral. Estos deben proporcionar una atención de calidad así como facilitar la promoción de la salud de la comunidad. Esto implica que, además de sus habilidades clínicas, el equipo del centro de salud debe tener la capacidad de identificar y establecer alianzas con otros servicios (por ejemplo, los médicos generales, los curanderos tradicionales, la comunidad de trabajadores de salud de la comunidad) y otros sectores, y con organizaciones no gubernamentales y de base comunitaria, entre otras. Y se requiere además aptitudes para la promoción, negociación y compromiso.

La articulación entre acciones colectivas y acciones individuales se puede plantear como la implementación de una estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) con enfoque integral para garantizar el derecho a la salud y mejorar la protección social con principios y valores centrados en la accesibilidad, integralidad y equidad; esta es una alternativa que puede ser

desarrollada por los prestadores de servicios, como los hospitales públicos, para afrontar la fragmentación y segmentación de la atención de salud. (Acosta y Vega, 2008).

De acuerdo con Pierre, De Paepe, Ghilbert, Soors, y Green, (2006), existe la necesidad de integrar los programas en salud con el fin de lograr una perspectiva razonable del control de la enfermedad; también señalan el mérito de la integración de la atención curativa y preventiva con un sistema de servicios de salud pública unificada. Resaltando esto como un punto importante de integración desde el punto de vista de promoción y prevención.

La atención integral puede ser distinta según que conciba desde el mercado o desde el gobierno. Existe atención integral basada en el mercado cuando los diferentes centros utilizan a menudo la integralidad de los servicios para llevar ventaja sobre sus competidores, y existe el enfoque basado en el gobierno cuando éste establece un nivel básico de integralidad y obliga a ofrecer ciertos servicios como la atención médica basada en la consulta, las hospitalizaciones, los trasplantes y la atención de la esterilidad (Starfield, 2004) para responder a las necesidades de la población. Diferenciar entre estos enfoques es importante para conocer los tipos atención integral que se pueden encontrar.

Starfield (2004), señala los componentes de interés del sistema sanitario que deben ser tenidos en cuenta cuando se estudia la atención integral. Estos son: por un lado, *estructura*, que permite suministrar unos servicios de salud utilizando los recursos necesarios, por otro, *proceso*, que es el conjunto de actividades que implican la provisión y recepción de los servicios por medio de la identificación de necesidades, diagnóstico, tratamiento y reevaluación; y el tercer componente, de *resultado*, que se refiere al impacto del sistema de salud.

La atención integral se estudia desde la *estructura* por la *variedad de servicios ofrecidos por la organización* donde debe incluir una parte esencial, es decir , relevante para toda la población

y otros servicios adicionales destinados a las poblaciones con problemas de salud especiales y frecuentes de acuerdo a los problemas y las necesidades de las poblaciones y los pacientes, teniendo en cuenta que problemas hay que tratar, cual es el modo más adecuado para manejarlos y donde hay que hacerlo. Otro componente a tener en cuenta cuando se estudia la atención integral es el de *proceso* con la característica esencial que es la *identificación de problemas (o de necesidades)* donde el problema puede ser un síntoma, un signo, una prueba de laboratorio anormal, un antecedente importante de la historia del paciente o de la comunidad, o la necesidad de una intervención preventiva.

Para evaluar la integralidad de la atención Starfield (2004), muestra métodos que están indicados en aquellas situaciones en las que se conocen ya las necesidades de la comunidad gracias a estudios previos sobre morbilidad y mortalidad.

Existe un método de *abordaje normativo* de evaluación de la integralidad, donde se fija un estándar y se miden los centros asistenciales de acuerdo con la consecución del mismo. En su sección sobre integralidad, la lista del *Institute of Medicine* (1978) para la atención primaria incluye siete preguntas. Aunque cuatro de ellas analizan la disponibilidad de una variedad de servicios, determinando si los centros consiguen la actividad, estas preguntas pueden reestructurarse para conocer la provisión real de los servicios:

¿Puede la consulta manejar, sin necesidad de derivar a los pacientes, la gran mayoría (más del 90 %) de los problemas que presenta la población que atiende (por ej., síntomas generales como fiebre o fatiga, traumatismos menores, dolor de garganta, tos y dolor torácico)?

Cuando está indicado, ¿pueden los médicos ingresar y atender a sus pacientes en el hospital?

¿Pueden los médicos ingresar y atender a sus pacientes en residencias o centros de cuidados mínimos?

Cuando está indicado, ¿pueden los médicos visitar al paciente en su domicilio?

A continuación hay tres preguntas que analizan directamente los parámetros de proceso de la integralidad:

¿Se utilizan unas medidas de prevención primaria y secundaria apropiadas en las personas con riesgo; por ejemplo, vacunación del tétanos o la poliomielitis, detección precoz de la hipertensión y control de los factores de riesgo de la cardiopatía isquémica?

¿Se anima y ayuda a los pacientes a que cuiden de sí mismos y a participar en su propio plan asistencial, por ejemplo en temas como consejos sobre nutrición dieta, ejercicio físico, prevención de accidentes, planificación familiar y problemas de la adolescencia?

¿Apoyan los médicos de la consulta a las agencias que realizan promoción de salud en la comunidad, como programas de educación sanitaria para la población, programas de detección de enfermedades, programas de salud escolar y medicina deportiva y cursos de socorrismo?

Aunque este método fue pensado para utilizarlo en los centros, también puede adaptarse a los servicios de salud organizados en la población. Por ejemplo, ¿manejan todos los médicos del área la gran mayoría de los problemas de salud de la población? ¿Se utilizan servicios apropiados de prevención primaria y secundaria en las personas con riesgo?

Para evaluar este atributo de integralidad es necesario que se haga explícito el alcance de los servicios ofrecidos y se identifiquen las situaciones en las que pueden ser utilizados. “Por lo tanto, debe evaluarse examinando la variedad de servicios disponibles (una característica estructural) y la identificación de necesidades (una característica de proceso)” (Starfield, 2001, p. 227).

Es importante relatar que de acuerdo a Starfield (2001):

La integralidad debe basarse sólo desde los servicios de atención primaria y no incluir los servicios especializados y hospitalarios ya que estos últimos implican la consecución de la integralidad al derivarse a otros niveles asistenciales, tales como necesidad de un procedimiento diagnóstico o terapéutico especializado que el médico de atención primaria no puede proporcionar, seguridad del paciente o el médico acerca de una segunda opinión, en los casos en los que el paciente o el asegurador tienen algún tipo de duda sobre una intervención sugerida, y por último una realización de una evaluación más amplia o más general (p. 219).

Los conceptos manifestados anteriormente enmarcan el contexto de una atención integral y articulada que pueden brindar respuestas a lo que se quiere investigar.

Es necesario evidenciar que para articular las acciones individuales y colectivas y tener un modelo de atención integral debe realizarse una gestión clínica, en el cual las acciones deben tener un común denominador que es la atención de necesidades de los usuarios de acuerdo a lo encontrado, generando acciones conjuntas para mejorar sus condiciones de salud, es así como a continuación se describe herramientas utilizadas para mejorar esta articulación de actividades colectivas e individuales.

Gestión Clínica

La gestión clínica puede proporcionar herramientas de transformación organizacional imprescindibles para modificar la composición de los recursos utilizados al prestar los servicios de atención médica integral. Estas herramientas son basadas en: la gestión de procesos (process-management), gestión clínica de recursos (managed care), y gestión de pacientes (patient management). En la gestión de los procesos se pretende la atención de procesos que tienen mayor frecuencia e importancia clínica, selección basada en la evidencia de intervenciones de

diagnóstico y terapéuticas y desarrollo de la autonomía de los pacientes y sus cuidados, seleccionando estrategias de intervención y organización para la divulgación entre los profesionales y los centros donde ejercen esta forma de atención clínica. (Grosso, Gómez, y Betancourt, 2006).

Es importante dejar claro que tanto la Gestión Clínica, como la administración, la dirección y la gerencia, deben estar íntimamente relacionadas con el trabajo diario de los equipos básicos de atención integral en salud. De esa forma se logra mejorar la efectividad, eficacia y eficiencia para conducir a una atención de la salud de la población con un alto grado de satisfacción y cumplimiento de expectativas, así como que los servicios de salud sean de alta calidad. (Vargas, Rojas, y Sánchez, 2003.)

El primer elemento a analizar de acuerdo con Vargas et al. (2003) es la gerencia en la cual el equipo de salud debe ser líder (desde la perspectiva empresarial), negociador, promotor de cambios y gestor de proyectos innovadores y, sobre todo, tomador de decisiones en las cuestiones que le competen. Otro elemento a analizar es la administración donde es un proceso en el que se aplican las funciones fundamentales como la planeación, organización, ejecución y control para el logro de los objetivos planteados en la organización. Todo esto se hace a través una Dirección, en la cual se requiere de la toma de decisiones y de una comunicación interna adecuada.

Con el fin de tener una mejor comprensión, el modelo de gestión clínica se divide en los siguientes apartados para su desarrollo:

- 1. Encuentro entre los intereses del equipo y el usuario.** El equipo de trabajo como actores de la prestación de los servicios a una población, que ha estado acostumbrada a la atención individual con una caracterización biológica, en la cual se inserta un nuevo

modelo que cambia los procesos de la atención, obliga a que el equipo tenga que legitimar socialmente su actividad para obtener resultados de impacto sobre ella.

2. Orientación a los resultados y decisiones clínicas basadas en evidencia. Esto resulta de todo proyecto de Gestión Clínica que debe tomar en cuenta dos elementos importantes: el desarrollo profesional del equipo y otro que busca la legitimización ante la comunidad, para lo cual se debe buscar obligatoriamente resultados de efectividad, calidad y satisfacción al usuario. Esto se logra con la aplicación de herramientas metodológicas como la medicina basada en la evidencia, la epidemiología, instrumentos informatizados como la historia clínica, el sistema de recolección de datos y el desarrollo de encuestas de usuarios.

3. Entorno organizativo. Hace referencia al medio en el cual se desarrolla los procesos de atención y debe generar un impacto organizativo que obedece a cuatro condiciones que deben ejecutarse en el proceso de la gestión clínica:

- a. Provisión de los servicios
- b. Evaluación de los servicios prestados
- c. Nueva forma de relación entre la dirección y sus profesionales
- d. Cambios en la regulación y contratación de los servicios.

a. Provisión de servicios: El equipo de salud debe asumir la responsabilidad y tener la capacidad de ejecutar la prestación de los servicios. Para ello debe contar con la información necesaria, por ejemplo determinar los tiempos de espera, los recursos básicos y otros elementos necesarios para su trabajo y, sobre todo, tener la autonomía para la toma de decisiones.

b. Evaluación de los servicios prestados: Se inicia de común acuerdo entre el equipo de salud y la Dirección; debe caracterizarse por los siguientes lineamientos:

b1. Carácter clínico: Se basa en las coberturas que los compromisos de gestión formulen y otros que el equipo considere necesario desarrollar de acuerdo con la problemática definida en el Análisis de Situación de Salud (ASIS).

b2. Carácter regulador: Está dado por el cumplimiento de los objetivos y las políticas institucionales.

b3. Carácter evaluador: Permite desarrollar una evaluación de cada uno de los equipos de salud.

b4. Carácter funcional: Sin cargas administrativas para los equipos de salud, ya que esta debe ser responsabilidad de los centros directivos, que deben aportar toda la información necesaria.

c. La nueva forma de relación entre la Dirección y los profesionales: El éxito de la gestión clínica está en que el equipo de salud tome sus decisiones y se responsabilice de sus resultados, para lo cual las estructuras directivas, deben orientar la formulación de instrumentos operativos para el apoyo de la gestión clínica. En este proceso la Dirección debe buscar la información, procesarla, monitorear y evaluar los cumplimientos de las regulaciones establecidas, y agilizar las acciones para adaptarse a las necesidades de recursos existentes.

d. Cambios en la regulación y contratación de servicios: La gestión clínica presupone un cambio en los paradigmas institucionales existentes, de modo que los niveles directivos centren su dedicación en el establecimiento de criterios de asignación de recursos; además, en el control de centros intermedios de apoyo y en la evaluación de los equipos, según las condiciones pactadas previamente. Deben implantarse nuevos modelos de planificación que sean más funcionales y motivacionales.

Es así como se evidencia paso a paso los componentes que deben tener la gestión clínica para desarrollar una atención integral e integrada, teniendo como base estructural el trabajo de los equipos tanto de la prestación de los servicios individuales como colectivos a favor de la comunidad.

Algunos afirman que el futuro de atención de la salud en general, y la atención primaria específicamente, depende de la integración de la atención de la salud personal y la salud pública a nivel de la comunidad local. Orientado a la comunidad de atención primaria integral, la atención individual y poblacional, mezclando habilidades clínicas del médico con la epidemiología, la prevención medicina, y promoción de la salud. Al hacerlo, intenta minimizar la separación entre la salud pública e individual en el cuidado de la salud. (Van Weel, De Maeseneer y Roberts, 2008).

Dado lo anterior existe un modelo de atención integral en Chile que muestra características implementadas de la gestión clínica, el modelo, normatividad e integralidad que se toman a consideración para el desarrollo del trabajo y son consecuentes con la integralidad y articulación que se pretende implementar como se muestra a continuación:

Implementación de la atención integral en Chile

Un ejemplo de cómo se implementa la atención integral en un país es el caso de Chile. Existe un Manual de orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud familiar y Comunitario (en adelante Modelo de Atención Integral), planteado por (Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Atención Primaria del Ministerio de Salud, 2012) en el cual evidencia una serie de objetivos, procesos, organización de los establecimientos de atención primaria de salud y de la unidad encargada de salud en la entidad administradora, sobre la base

del plan de salud comunal (población de Chile) y del modelo de atención definido por el Ministerio de Salud de Chile, comentando paso a paso la forma de operarlo, el cual incluye características y atributos nombrados anteriormente definiendo puntualmente las actividades a realizar.

El concepto de integralidad planteado por la subsecretaría, (2012) ha sido definido desde al menos dos aproximaciones complementarias: una referida a los niveles de prevención y, la otra, a la comprensión multidimensional de los problemas de las personas. La integralidad es una función de todo el sistema de salud e incluye la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos. Implica que la cartera de servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población desde una aproximación biopsicosocial-espiritual y cultural del ser humano. Considera el sistema de creencias y significados que las personas le dan a los problemas de salud y las terapias socialmente aceptables.

Al respecto se recomiendan las siguientes directrices a fin de resguardar que la organización del centro de salud sea coherente con el Modelo de Atención Integral de Salud:

- a. El eje articulador de la organización se concibe centrado en el usuario, en donde el equipo director o gestor y el equipo de salud territorial o de sector juegan un rol relevante.
- b. Respecto a la Dirección del Centro de Salud, se recomienda contar con un equipo director o gestor que asesore a la Dirección en funciones técnico administrativas y en áreas estratégicas del desarrollo del modelo de atención integral de salud. Sus integrantes son definidos por la Dirección del establecimiento, se sugiere a lo menos incorporar a las personas que cumplen funciones de jefes de sectores, asesores técnicos, encargado de promoción y participación social, entre otros.

c. Respecto al equipo de salud, es necesario continuar avanzando desde una organización de los equipos alrededor de los programas de salud, hacia equipos de salud territoriales o de sectores con carácter multiprofesional, con una organización interna, que facilita la comunicación y el intercambio de experiencias, una participación real de todos sus miembros y decisiones interdisciplinarias. Para ello es necesario que los equipos territoriales o de sectores:

c.1 Consideren que su rol se desarrolla a lo menos en tres ámbitos: a) aquellas funciones que le son tradicionales e irrenunciables como es el rol asistencial. b) la participación social y comunitaria en salud, como un facilitador que contribuye a generar el proceso participativo dentro de su localidad aportando con sus conocimientos, recursos y habilidades a una tarea colectiva que comprometa a otros actores a elevar el nivel de salud de la población. c) el trabajo intersectorial que apunta al desarrollo global de su localidad. Esto significa dejarse convocar y participar en una tarea que si bien no le es propia, requiere de su aporte específico.

c.2 Realicen sus funciones y actividades integradas en una programación compuesta de objetivos y tareas, en la cual cada miembro participa y asume su responsabilidad en el cumplimiento de ellas, con participación real de todos y reconocimiento del aporte de cada miembro.

c.3 Cuenten con un coordinador de sector, quién será el encargado de dirigir, integrar y consolidar las actividades del equipo territorial en torno a la ejecución del Plan de Salud Familiar para un territorio o sector específico de la población a cargo. Es el contacto directo entre el equipo y la Dirección del establecimiento.

c.4 Acuerden planes de trabajo con definición de roles, metas o tareas a realizar y calendarización de actividades, en forma coherente con la planificación general del establecimiento. Las actividades de los equipos son diversas: administrativas, promocionales, preventivas, curativas, rehabilitación, etc. Se incluyen acciones fuera del establecimiento, orientadas a la comunidad y en conjunto con ésta.

c.5 Cuenten con protocolos que orienten las acciones del equipo de salud y resguarden la seguridad de la población a cargo.

c.6 Sean resolutivos y se encuentren insertos en la comunidad, más cerca de las personas, de esta forma se espera aumentar los niveles de respuesta a las necesidades de ellos, mejorando los niveles de satisfacción y de adhesión de los usuarios a los sistemas de salud.

c.7 Dispongan del tiempo suficiente para reunirse en forma periódica con el objeto de evaluar su plan de trabajo, analizar casos clínicos y estudios de familia, autoevaluar su grado de madurez y desempeño como equipo en la ejecución del trabajo, además de participar en reuniones recreativas o sociales, que les permita mantener un clima laboral adecuado. Los problemas se analizan al interior de las reuniones de equipo y se proponen participativamente soluciones. La frecuencia de reuniones se adapta a las necesidades del equipo y a las demandas de la población a cargo, lo que implica un gran esfuerzo en la programación de actividades de modo que se logre dar respuesta a dichas demandas y a las orientaciones programáticas.

Se sugiere que los equipos realicen un diagnóstico de situación de las reuniones que se realizan en el centro (encuesta perfil de reuniones: detectar duplicidad de tareas o la ausencia de instancias de coordinación de ellas).

d. Conforme la organización definida para el centro de salud se establece el organigrama, el que orienta la reorganización tanto a nivel del establecimiento, como dentro de los propios equipos de trabajo. La organización matricial, que corresponde a un órgano articulador que debe en forma simultánea responder a las normas programáticas provenientes del MINSAL y del Servicio de Salud correspondiente, y a las necesidades de salud de la población. Además, desde el punto de vista organizacional, la matriz también es útil para analizar la distribución del personal, tanto en los equipos por sector como en los asesores técnicos.

e. Contar con un comité de calidad que incorpore la participación de los usuarios, promueva la implementación de sistemas de gestión de los procesos administrativos y asistenciales; a través de la ejecución de auditorías de seguimiento para el mejoramiento continuo de los mismos e impulsen el desarrollo organizacional hacia el aprendizaje permanente.

f. Contar con un plan de capacitación continua de los equipos en temas acordes a la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud, que le permitan una mayor resolución y un manejo adecuado de problemas complejos.

El desafío de abordar la salud desde la concepción biopsicosocial y ofrecer una atención integral a las personas, significa una tarea hasta ahora no asumida completamente. Hacerlo significa dar cabida a cambios diversos y profundos, los que sin lugar a duda harán la tarea de los equipos de salud aún más compleja y exigente, pero a la vez, más atractiva. Consolidar los centros de salud familiar implica necesariamente fortalecer un equipo multi profesional, que desarrolle acciones coordinadas en razón de satisfacer necesidades en salud de la comunidad asignada. Esto implica como consecuencia el impulsar el desarrollo de nuevas estrategias e instrumentos, tanto en el ámbito administrativo como en el técnico.

Revisando estos conceptos se llega a la conclusión que el modelo de atención integral debe tener un enfoque de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación y un análisis del entorno social dirigidos a las personas, familia y comunidad, abordando los problemas y necesidades de salud de la persona desde una perspectiva biopsicosocial, como partes indisociables de los procesos de salud-enfermedad.

Este se logra a través de una gestión con enfoque basado en las necesidades de la comunidad y la variedad de servicios disponibles por medio de la integración de elementos teóricos que aplican la gestión clínica para integrar las acciones individuales y colectivas.

De igual forma se toma como referencia la medición del atributo de la integralidad que plantea Bárbara Starfield con los componentes de estructura y proceso utilizando adicionalmente la estructura de la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud familiar y Comunitario de Chile utilizado como manual de orientaciones.

Dado que estos componentes teóricos brindan una amplia visión para determinar la implementación que se desarrolla en el modelo de atención en salud integral planteado por el hospital Centro Oriente y así identificar sus principales logros, problemas y desafíos.

5. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio de caso bajo el enfoque de evaluación realista que utiliza métodos mixtos (Pawson y Tilley, 1997). Ésta es una aproximación teórica que en vez de centrarse en saber cuál es el RESULTADO de una intervención, estudia CÓMO ha funcionado (qué funcionó, para quiénes y en qué circunstancias). Estudia el contexto donde se aplica un programa y los “mecanismos” que han facilitado o dificultado el desarrollo del programa. El objetivo de la

utilización de este tipo de metodologías es identificar la mejor configuración de contexto-mecanismo-resultado para aplicar el programa en otros sitios (Pawson y Tilley, 1997).

Para medir los logros de la integralidad de la atención se realizó una evaluación rápida de este atributo bajo el diseño propuesto por Starfield (2004), partiendo de la experiencia que se tiene en Bogotá para evaluar el logro de los atributos de la APIS en la Localidad de Suba Vega, *et al.* (2009).

En este estudio de caso se emplearon métodos cualitativos tales como análisis de documentos, encuesta semiestructurada asistida por la investigadora a informantes clave. Por otra parte los métodos cuantitativos incluyeron, aplicación de cuestionario para evaluación rápida de desempeño en la integralidad de la atención, recolección de registros de base de datos para georreferenciación de la población capitada y establecimiento de la relación entre recurso humano, equipos de atención y población capitada.

Para orientar la exploración y el análisis se tuvo como guía la matriz de variables que hace parte de este proyecto de investigación (anexo 1), después de aplicar el cuestionario, se obtuvieron resultados sobre estructura, proceso, gestión Clínica, así como logros problemas y desafíos del modelo de atención teniendo en cuenta el contexto del mismo.

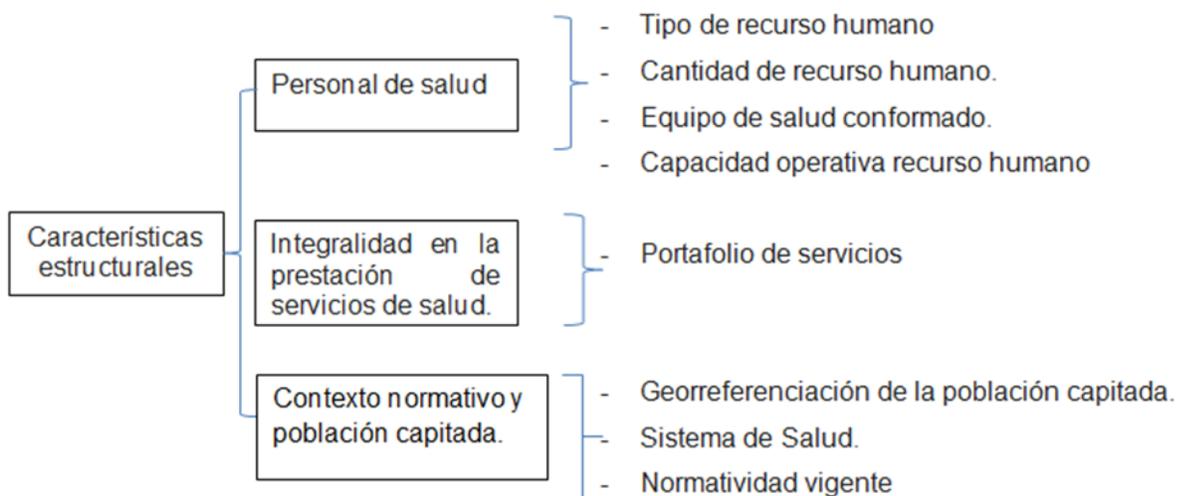
Ámbito de estudio: Esta investigación abarca solo el nivel primario de atención del Hospital Centro Oriente, el estudio fue realizado durante el año 2015 y el trabajo de campo fue realizado durante los meses de septiembre a diciembre de 2015.

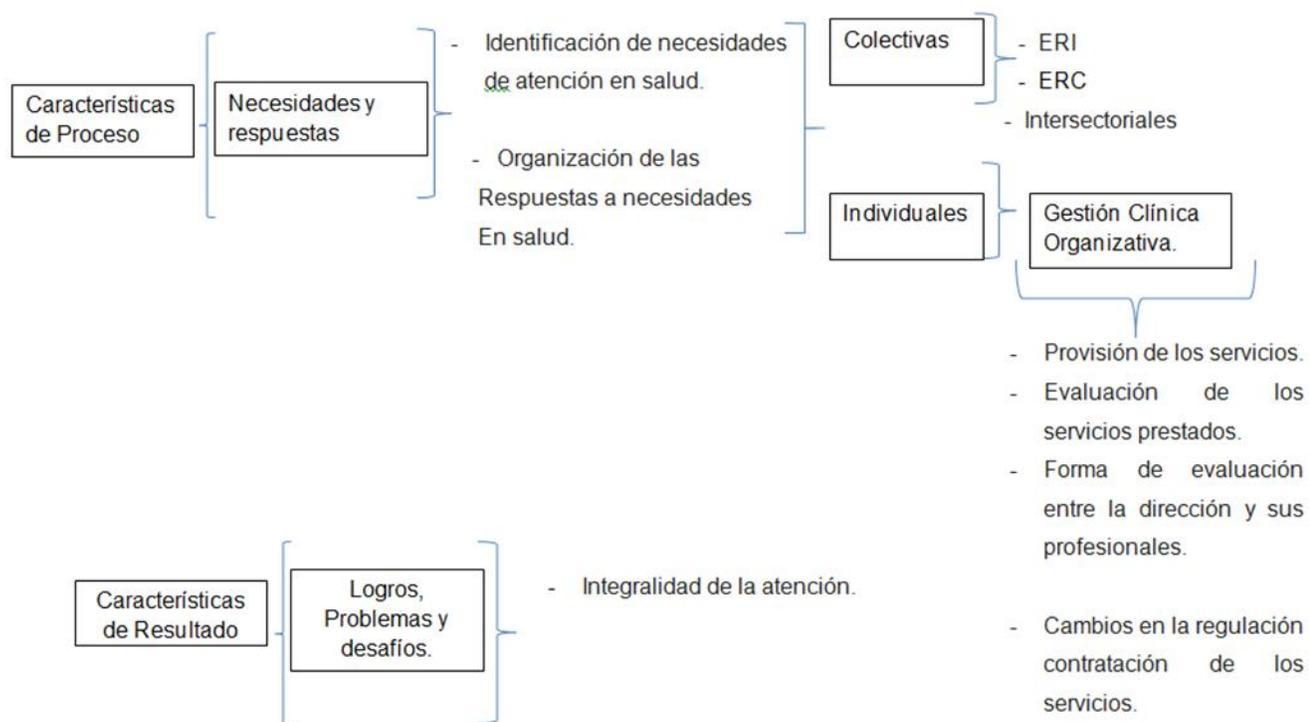
Población: Funcionarios administrativos en los que se encuentra la gerencia, subgerencia, líder de salud pública, líderes de sedes asistenciales que son tres, profesionales de sedes asistenciales que se describen en el cuadro de talento humano así como los de salud pública.

Muestra: Profesionales que han venido trabajando en el proceso de implementación del modelo en el Hospital dirigida a 14 funcionarios.

VARIABLES DEL ESTUDIO: Inicialmente la revisión teórica permitió agrupar las variables en estudio en dimensiones analíticas; estas responden al proceso de integralidad en la APIS. Se usaron algunas variables trazadoras de la integralidad de la atención entre las cuales destacan por cada una de las dimensiones:

Gráfico 1. Variables de estudio manejadas para la aplicación del instrumento de evaluación rápida de desempeño en la integralidad de la atención..





Fuente: Construcción propia

5.2 Fuentes de Información

Esta investigación hizo uso de fuentes primarias a través de encuestas semiestructuradas que se aplicaron por la investigadora durante los meses de septiembre a Noviembre de 2015. La encuesta estuvo dirigida a 14 funcionarios entre los que se encontraban: 4 miembros del personal asistencial, dos de la sede Lafayette y dos de la sede de Samper Mendoza; 6 funcionarios del área de intervenciones colectivas en salud Pública; y 4 personas del área administrativa del Hospital Centro Oriente en la ciudad de Bogotá. Ésta fue aplicada a los funcionarios a conveniencia de acuerdo a su accionar en la implementación del modelo del Hospital Centro Oriente para conocer su percepción frente al modelo, entre los cuales se encuentran: los que han liderado la implementación del modelo actual (Subgerente de servicios de salud, coordinadora de Salud Pública, la líder de sede asistencial Lafayette) así como otros funcionarios que han apoyado el

proceso de implementación y han tomado parte del mismo como trabajadores de los servicios y equipos (el líder de la sede Samper Mendoza, dos médicos y dos enfermeras de la sede asistencial de Samper Mendoza y Lafayette, dos médicos y dos enfermeras del territorio Social Mártires que hacen parte de la adscripción a las sedes asistenciales de la localidad y dos funcionarios del Equipo de Respuesta Complementaria del territorio social Mártires).

Las fuentes de información secundarias incluyen los textos que contienen la normatividad vigente contenidas en la matriz de variables, (anexo 1) sobre integralidad en la atención en Salud e investigaciones o trabajos de grado previos alusivos a la atención primaria en el territorio social de los Mártires y bases de datos de población capitada de las EPSS.

Por último, para explicar los resultados en función de los logros, problemas y desafíos en la implementación del modelo de atención se realizó la encuesta semiestructurada que abarca estos ítems.

5.3 Instrumentos de recolección de datos´

Los instrumentos utilizados para recolección de datos fueron:

- ✓ Encuesta semiestructurada para indagar sobre variable de personal. (Anexo 2.)
- ✓ Encuesta semiestructurada para recolectar información sobre dimensión estructural y de proceso (Anexo 3.)
- ✓ Encuesta semiestructurada para identificar los problemas, logros y desafíos en la implementación del modelo (Anexo 3).
- ✓ Formato de análisis de bases de datos de población capitada (Anexo 4)

La información sobre la dimensión de estructura en la variable de personal se obtuvo a través de un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas y se utilizó un instrumento para identificar las

horas contratadas por día y cantidad de personal disponible en los centros de atención y territorio de Los Mártires (Anexo 2).

La recolección de la información sobre la dimensión estructural, de proceso- gestión clínica se realizó por medio del cuestionario acompañado del PCAT (Instrumento de evaluación de la atención primaria en salud) (Anexo 3).

Para su aplicación se hizo uso de un instrumento que constaba de 60 preguntas las cuales se encuentran agrupadas en categorías de análisis entorno a los componentes de interés del sistema sanitario que deben ser tenidos en cuenta cuando se estudia la salud integral (Starfield, 2004), así como la teoría contenida en la gestión clínica que puede proporcionar herramientas de transformación organizacional imprescindibles para modificar la composición de los recursos utilizados al prestar los servicios de atención médica integral (Vargas , Rojas, y Sánchez, 2003). También se hizo uso de los componentes de un manual de orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud familiar y Comunitario en Chile (Subsecretaría de Redes Asistenciales División de Atención Primaria del Ministerio de Salud, 2012).

Las preguntas tenían como propósito conocer la operación del modelo de atención integral implementada por el hospital Centro Oriente mediante lo que dice la teoría que se realiza atención integral y la forma como se implementa.

La información aportada por la encuesta permitió realizar un análisis de la percepción de los funcionarios del hospital sobre las seis categorías (dimensión de estructura que incluye las siguientes categorías: Disponibilidad y capacidades del recurso humano de los equipos de salud, Capacidad de articulación de la respuesta de los equipos e Integralidad del portafolio de servicios. La otra dimensión que se tuvo en cuenta para estudiar la atención integral es el de proceso con las características de identificación de necesidades, en el cual se crearon categorías

con base a la teoría: Procesos relacionados con la interacción de los equipos en la comunidad, Procesos relacionados con la gestión de los equipos, y Proceso relacionados con la gestión clínica y el entorno organizativo), relacionadas con el modelo teórico de atención integral en salud.

Para conocer los logros, problemas y desafíos, se preguntó de forma abierta cuales son los logros, problemas y desafíos en la implementación del modelo de atención integral en salud planteado por el Hospital Centro Oriente en la encuesta semiestructurada asistida, de la que se obtuvo información primaria la cual se trianguló y analizó usando para ello la categorización de temas por grupos de preguntas orientadas a conocer las percepciones (Anexo 3).

Para analizar el contexto de la normatividad vigente se hizo una revisión de políticas y reglas instauradas a nivel nacional y distrital, Ley 100, ley 1122, ley 1438 de 2011 y modelo de salud distrital, Bogotá Humana y modelo de atención integral en salud del hospital Centro Oriente. Se tuvieron en cuenta también las bases de datos de las personas capitadas del Hospital Centro Oriente para conocer su sitio de residencia y georreferenciarlas por medio de la utilización de mapas con apoyo de un geógrafo donde se evidencie la población sujeto de intervención para tener la integralidad entre el PIC y el POS y de esta forma focalizar la atención. (Anexo 4).

5.4 Procesamiento de los datos

Al contar con preguntas abiertas y cerradas se realizaron los pasos consecuentes a su análisis de acuerdo con la naturaleza de la información recabada; esto es, para las preguntas abiertas toda la información fue grabada y transcrita; luego, se realizó un análisis de regularidades con similitudes y diferencias entre los entrevistados. Esta transcripción se realizó teniendo en cuenta las dimensiones establecidas a priori con base en la estructura combinando la estrategia inductiva

a través de la emergencia de códigos y deductiva partiendo de lo revisado en el marco teórico para plantear macro categorías y la definición de cada una de ellas.

Los cuestionarios se tabularon en Microsoft Excel y ya que todas las variables son de escala de medición ordinal escala Likert, se realizó un análisis de variables estimando la prevalencia y proporción de cada una. Posteriormente se realizó la tabulación de datos y un análisis descriptivo de los datos.

5.5 Análisis de los datos

De acuerdo a las dimensiones en la matriz de variables (anexo 1) se realizó el siguiente análisis de la información:

Para analizar la dimensión estructural se comenzó por examinar la variable de la normatividad vigente y para el sistema de salud se consideró el contexto a nivel nacional, distrital y local, después de la revisión de las leyes que contemplan la integralidad y se encuentran dentro del periodos de estudio como lo son ley 100 de 1993, la ley 1122 de 2007, la ley 1438 de 2011 con sus artículos 12,13 y 22 y la ley 1751 con sus artículos, 8, 10, 15 y 20 el modelo de salud distrital Bogotá humana y el modelo de atención integral en salud del Hospital Centro Oriente se analizaron en su conjunto. En estos casos se utilizó técnicas de análisis de contenido para describir las normas.

Para el siguiente paso del análisis fue necesario examinar las capacidades del recurso humano mediante una relación entre las expectativas y la realidad de lo que hacen, así como conocer con qué recurso humano se cuenta así que se estableció la relación del número de personas por cada uno de los perfiles y las horas contratadas de los profesionales de medicina y enfermería así

como de los equipos de salud, sobre el total de la población capitada donde los siguientes indicadores fueron analizados:

1. Recurso humano por población capitada por cada uno de los perfiles de medicina, enfermería y auxiliar de enfermería.
2. N° promedio de médicos y enfermeras en el último año.
3. N° de horas promedio de trabajo contratadas por médicos y enfermeras por mes en el último año.
4. N° promedio de población capitada en el último año.

Por último se analizó cómo es la conformación de los equipos de salud conociendo la cantidad de equipos de respuesta inicial, y la relación con el personal de los centros de salud frente a las necesidades de los pacientes, identificando la población real capitada por equipo de salud.

Para conocer la dimensión del proceso establecido para lograr la integralidad en la atención en salud se analizó el enfoque que se tiene para la existencia de procedimientos en la determinación de riesgos y la identificación de necesidades en salud y sus respuestas brindadas, a través de las dimensiones de estructura y proceso dentro de la cual se integra la dimensión de gestión clínica-entorno organizativo. El análisis de las encuestas se llevó a cabo por medio de la sumatoria de las frecuencias absolutas de las opciones de respuesta afines de cada una de las dimensiones y categorías establecidas. Luego de agrupar las opciones de respuesta, se obtuvo las frecuencias relativas de los criterios de favorabilidad en cada una de las categorías de *la integralidad en la atención en salud* valoradas por las personas entrevistadas.

Posteriormente, se clasificaron las opciones de respuesta en tres tipos (favorable, aceptable y desfavorable) y se realizó la sumatoria de las frecuencias absolutas de las opciones de respuesta. Para identificar el grado de integralidad que desarrolla el recurso humano frente a los servicios

disponibles de prevención, promoción tratamiento y rehabilitación. La agrupación de las opciones de respuesta se realizó con el propósito de establecer los criterios para valorar el criterio del personal que maneja el modelo de atención con base en cada una de las variables a manejar de acuerdo a la teoría planteada. Con estos resultados se identificó el porcentaje de opciones consideradas favorables, aceptables y desfavorables en cada una de las categorías de estructura y proceso de cada pregunta para obtener una puntuación total para un grupo de elementos con escala de tipo Likert.

Después de haber realizado las encuestas con opciones de respuesta se contó con los siguientes criterios para analizar los resultados del cuestionario teniendo en cuenta la teoría planteada frente a la atención integral:

5.6 Criterios para analizar los resultados del cuestionario

Gráfico 2. Criterios para analizar los resultados del cuestionario

Criterio	Opciones de Respuesta
Favorable	Siempre
Aceptable	Casi siempre
	Algunas veces
Desfavorable	Nunca
	Casi nunca
	No sabe

Fuente: Elaboración propia con base a la escala Likert empleada en el cuestionario.

Posteriormente a cada una de las preguntas analizadas se aplicó el chi cuadrado para cada una de las tablas construidas y establecer la significancia según p sea mayor o menor a 0.05, donde “ $p < 0.05$ el resultado es significativo es decir rechazamos la hipótesis nula de independencia y por lo tanto concluimos que ambas variables estudiadas son dependientes, existe una relación entre ellas.

De acuerdo a Winepi, si $p > 0.05$ el resultado no es significativo, es decir aceptamos la hipótesis nula de independencia y por lo tanto concluimos que ambas variables estudiadas son independientes, no existe relación entre ellas.

Adicionalmente para el análisis de los logros, problemas y desafíos, se preguntó de forma abierta a los funcionarios encuestados cuáles son los logros, problemas y desafíos en la implementación del modelo de atención integral en salud planteado por el Hospital Centro Oriente analizando el contexto de la implementación.

El análisis de contenido se hizo siguiendo a Piñuel (2002), quien lo define distinguiendo:

Al conjunto de procedimientos interpretativos de productos comunicativos (mensajes, textos o discursos) que proceden de procesos singulares de comunicación previamente registrados, y que, basados en técnicas de medida, a veces cuantitativas (estadísticas basadas en el recuento de unidades), a veces cualitativas (lógicas basadas en la combinación de categorías) tienen por objeto elaborar y procesar datos relevantes sobre las condiciones mismas en que se han producido aquellos textos, o sobre las condiciones que puedan darse para su empleo posterior.

(p. 2)

Se resalta de este método “la categorización” que es una operación de clasificación de los diferentes elementos constitutivos del texto en un conjunto de datos que por diferenciación, permite realizar analogías partiendo desde criterios previamente definidos. Según lo descrito por

Piñuel (2002) las categorías son secciones o clases que reúnen un grupo (unidades de registro en el caso del análisis de contenido) bajo un título genérico, reunión efectuada en razón de los caracteres comunes de estos elementos.

Este método se implementó siguiendo unos pasos básicos; primero se realizó la selección del texto que fue estudiado, segundo se realizó la selección de las categorías que se utilizaron, luego se efectuó la selección de las unidades de análisis, y finalmente la selección del sistema de análisis, recuento o de medida.

Para la aplicación de este método fue importante tener en cuenta una codificación precisa, donde se utilizaron metodologías como la descomposición, la agregación o la enumeración y se representó el contenido de forma que permitió ilustrar las características del texto, asimismo permite transformarlo sistemáticamente en unidades que permitieron una descripción precisa de las particularidades tanto del texto en sí como de su contenido.

De esta manera, este trabajo de grado utilizó sistemas de clasificación deductivos e inductivos, donde se agregaron los datos recopilados en categorías de análisis previamente definidas según la literatura o en categorías emergentes producto de la codificación de las diferentes variables analizadas. Los resultados presentados a continuación evidencian las clasificaciones cuantitativas y cualitativas utilizadas.

Y finalmente, el enfoque de la investigación realista estuvo presente en todo el análisis de las variables de implementación del modelo de atención integral en salud del Hospital Centro Oriente.

5.7 Consideraciones Éticas

Esta investigación se relaciona directamente con una investigación sin riesgo. El proyecto en mención implica investigación en seres humanos; forma parte de la categoría sin riesgo para los seres humanos, y se ajusta a las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud establecidas en la Resolución No. 008430 de 1993 y la Resolución No. 2378 de 2008 teniendo en cuenta que se emplean técnicas en lo que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio entre esto se encuentra entrevistas en los que no se le identifica aspectos sensitivos de la conducta.

Para iniciar con el desarrollo de la investigación se requirió el consentimiento informado (Anexo 5), de las personas participantes de la investigación a quienes se les informó sobre la naturaleza de los procedimientos de investigación, beneficios y riesgos a que se sometían, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

6. RESULTADOS, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

6.1 Contexto de la operación del modelo de atención en Salud en el Hospital Centro Oriente en la localidad de Los Mártires.

El entorno inmediato en el cual se hizo el estudio de caso fue la Localidad de los Mártires, a continuación se describirá su contexto:

6.1.1 Localidad de Los Mártires

La Localidad Los Mártires está ubicada en la ciudad de Bogotá D.C. Limita al norte con la Localidad Teusaquillo a través de las avenidas Teusaquillo (calle 25) y Jorge Eliécer Gaitán (calle 26); al occidente limita con la localidad Puente Aranda a través de la Avenida Ciudad de

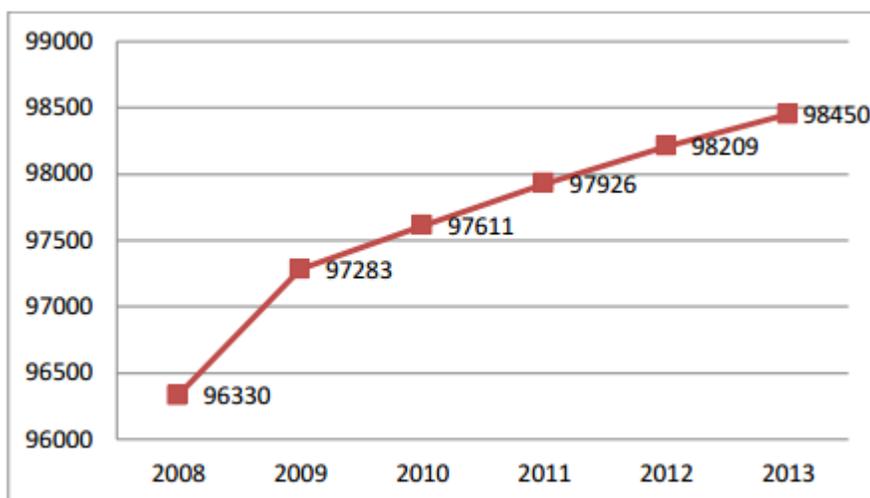
Quito (Avenida Carrera 30); el límite sur se estructura a partir de la Avenida Fucha (calles 8 sur y 1) con la localidad Antonio Nariño; y al oriente limita con la localidad Santa Fe, siendo la Avenida Caracas (Avenida Carrera 14) el eje vial que las divide; según Planeación distrital esta localidad, que corresponde al territorio saludable Los Mártires, está identificada como la número catorce (14) del distrito.

Por su ubicación en la zona céntrica de la ciudad, en esta Localidad confluyen muchas situaciones de carácter demográfico, social y económico, teniendo uno de los barrios, como es el Santa Fe, donde se encuentra la zona de alto impacto, existe consumo de sustancias psicoactivas, prostitución, habitantes de calle, personas en condición de desplazamiento y población LGTBI (Lesbianas, Gays, Transexual, Bisexual, Intersexual).

6.1.1.1 Perfil demográfico

Según las proyecciones de población del DANE 2005-2015, al año 2013 la población total de la Localidad de los Mártires se estimaba en 98.450 habitantes como lo muestra el gráfico 3, el 50,2% de los cuales eran hombres y 49,7% eran mujeres. El Diagnóstico local con Participación Social 2013 de la localidad de Los Mártires muestra que según la distribución de la población por grupo de edad, la mayor parte está representada por el grupo de 15 a 44 años, seguido por el grupo de 45 a 59 años y la población menor de cinco años es 6.7%. La Localidad Los Mártires refleja un descenso importante de su población joven, un leve aumento en edades productivas, y un ligero incremento de población adulta mayor.

Gráfico 3. Distribución de la población, Localidad Los Mártires 2008-2013



Fuente: Secretaría Distrital de planeación de Bogotá y proyecciones poblacionales DANE 2005 – 2015.

El Diagnóstico local con Participación Social 2013 de la localidad de Los Mártires muestra que según la distribución de la población por grupo de edad, la mayor parte está representada por el grupo de 15 a 44 años, seguido por el grupo de 45 a 59 años y la población menor de cinco años es 6.7% de acuerdo a lo evidenciado en el gráfico 4. La Localidad Los Mártires refleja un descenso importante de su población joven, un leve aumento en edades productivas, y un ligero incremento de población adulta mayor.

Gráfico 4. Distribución de la población por grupos de edad, localidad de Los Mártires.

GRUPOS DE EDAD	Hombre	%	Mujer	%	Total	% Total
Menor 1 año	758	1,50	653	1,30	1411	1,40
1 A 4 año	2796	5,60	2442	5,00	5238	5,30
5 A 14 año	6804	13,70	5955	12,20	12759	13,00
15 A 44 año	23328	47,10	22145	45,30	45473	46,20
45 A 59 año	9645	19,50	10262	21,00	19907	20,20
MAYOR 60 años	6189	12,50	7473	15,30	13662	13,90
TOTAL	49520	100	48930	100	98450	100

Fuente: DANE-SDP, Proyecciones de población por localidades 2000-2015.

“Es necesario tener en cuenta que la Localidad es la segunda del distrito con mayor tasa de migración de toda la vida, siendo esta de 47.3% en relación a Bogotá, que es de 40.4%. La distribución del número de habitantes por Unidades de Planeación Zonal –UPZ- en el año 2013, encontró que en la UPZ 037 Santa Isabel habitaron 45.501 personas (46.2%) y en la UPZ 102 La Sabana 52.949 personas (53.7%)”. (Hospital Centro Oriente, 2013).

La Localidad cuenta con un total de 29.158 viviendas un total de 31.818 hogares. El 63.7% de éstos viven en apartamento, el 27.6% habitan en casa, el 5.9% en cuartos de inquilinato y el 2.8% viven en otro tipo de estructura. El 43% corresponde a familias extensas compuestas por cuatro miembros o más, el 22% por tres miembros, el 20% son familias nucleares compuestas por dos miembros y el 15% son familias uniparentales.

El diagnóstico local con participación social de igual forma muestra que en la UPZ 102, existen viviendas que presentan déficit en las condiciones para albergar la población de forma adecuada ya que han sido modificadas para arriendo de piezas o inquilinatos y paga-díarios, lo que representa el 5.9% del uso habitacional. Estas viviendas generalmente son utilizadas por habitantes de calle y población flotante, lo cual incrementa el deterioro social y de la salud de los

habitantes por población en ejercicio de la prostitución, población especial y familias extensas, causa del hacinamiento en el que se encuentra el 4,8% de los hogares. En el año 2013 se identificaron 110 inquilinatos, de los cuales 35 pertenecen a la zona del Bronx.

La Localidad de Los Mártires cuenta con una cobertura del 100% de los servicios públicos (acueducto, alcantarillado, recolección de basuras y energía) y el 70.9% tienen el servicio de gas natural. Según datos del 2011, la localidad contó con el 60.3% de la población en edad de trabajar (Tasa General de Participación TGP). Por sexo, la TGP para los hombres equivalió al 68.0% y para las mujeres al 52.7%, lo que indica que en la localidades presentan brechas relacionadas con el empleo y empleabilidad en razón del sexo.

De igual manera, “la tasa de ocupación se calculó en 54.5%. La población correspondiente al ciclo vital adultez es la que presenta la tasa más alta de ocupación, al mismo tiempo es la que más empleo informal concentra. La población joven, entre tanto, posee los niveles más bajos de ocupación, pero esta tiende a ser más formal. Por su parte, la tasa de desempleo de la localidad para 2011 se calculó en 9.7%. Dicha cifra es superior a la tasa promediada para el distrito, que correspondió a 8.6%, presentándose una diferencia equivalente a 1.1%. En estos términos, Los Mártires es la localidad con la quinta mayor tasa de desempleo en el distrito”. (Hospital Centro Oriente, 2013)

De acuerdo con las proyecciones de población del DANE, para el 2011 el 84,2% de los habitantes de la localidad pertenecen al estrato 3; de éstos el 54,8% se ubica en la UPZ Santa Isabel; el 8,3% de la localidad es estrato 2 y el 7,1% estrato 4, esto en la UPZ la Sabana ya que Santa Isabel sólo cuenta con estrato 3. Únicamente el 0,4% de la población se clasificó sin estrato (Profamilia, 2012).

En cuanto a la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el 90.9% de las personas están afiliadas, el 10,3% de la población no se encuentra afiliada y un 0,2% de las personas no sabe si está o no afiliada. Al analizar la distribución de las personas afiliadas de acuerdo al tipo de régimen, se encuentra que del total de personas afiliadas el 68.4% pertenece al régimen contributivo, el 2.8% al régimen especial, el 28,2% de las personas están afiliadas al régimen subsidiado y un 0,4% no sabe o no informa el régimen (Secretaría Distrital de Planeación, 2014)

Con respecto al nivel educativo, “en la localidad se tiene que el 49% de los hombres y 45 % de mujeres cuenta con educación secundaria incompleta o menos, y en el otro extremo, el 29 % con educación superior en hombres y 33% en mujeres, y 22 % con educación secundaria completa tanto en hombres como mujeres. Dando como resumen una igual mediana de años de estudios de 10.2 años”. (Hospital Centro Oriente, 2013)

6.1.1.2 Perfil epidemiológico del estado de salud de la población de la localidad Los Mártires.

Para el año 2013, según el Sistema de Seguridad de la información del Hospital Centro Oriente, se registraron 7954 consultas de las cuales el 36,2% que incluyen las once primeras causas de enfermedad; dentro de éstas la principal afección tanto para hombres como para mujeres fue otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores con 477 casos seguido de otras enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo con 466 casos para un total de 943 casos.

Gráfico 5. Distribución de las principales causas de morbilidad por grandes grupos año 2013.

	DESCRIPCIÓN DX	No Casos		Total Casos	%
		F	M		
1	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	247	230	477	6
2	Otras enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	248	218	466	5.9
3	Otras helmintiasis	188	181	369	4.6
4	Otros trastornos endocrinos, nutricionales y metabólicos	179	128	307	3.9
5	Otros trastornos de los dientes y de sus estructuras de sostén	141	137	278	3.5
6	Otras enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos	182		182	2.3
7	Conjuntivitis y otros trastornos de la conjuntiva	84	88	172	2.2
8	Otras enfermedades del oído y de la apósis mastoides	94	71	165	2.1
9	Otras enfermedades de la nariz y de los senos nasales	87	77	164	2.1
10	Otros trastornos mentales y del comportamiento	67	90	157	2
11	Faringitis aguda y amigdalitis aguda	75	74	149	1.9
OTRAS CAUSAS				5068	63.7
TOTAL DX		1592	1294	7954	100

Fuente: Sistema de Seguridad de la información 2013 Hospital Centro Oriente II nivel de atención.

También se presentaron un total de 78 casos de conducta suicida, el maltrato infantil y abuso sexual identificó 427 casos notificados y se registraron 1207 nacimientos de los cuales 167 presentaron bajo peso al nacer. Se presentó también un 91% de bajo peso al nacer y un 9% de muy bajo peso al nacer.

La tasa de fecundidad para el año 2013 fue de 37.1 por mil nacimientos en mujeres en edad fértil, el 70.4% se presentó en mujeres jóvenes, el 29% se encontraba entre los 20 a 24 años de edad, el 24% entre los 25 a 29 años, el 17% fue entre las edades de 15 a 19 años y 30-34 años el 9%, el 3% entre las edades de 40-44 años y el 1% en edades de 10-14 años.

Para el 2013 se registraron 489 personas con discapacidad. Según la base del Registro Único de Afiliación: Nacimientos y Defunciones – RUAF-ND, para el año 2011 se reportaron 576 muertes por todas las causas, con una tasa de mortalidad general de 58.8 por 10.000 habitantes. Del total de las mortalidades, el 96.5% se presentan en la vejez donde las dos principales causas

son las enfermedades isquémicas del corazón, con una tasa de mortalidad de 86 por 10.000 habitantes, seguida por las enfermedades cerebrovasculares con una tasa de 37 por 10.000 habitantes.

Para la localidad Los Mártires para el año 2013 la razón de mortalidad materna fue de (n=0 casos) por cien mil nacidos vivos y en el año 2014 no presentaron mortalidades maternas.

Se cuenta con una tasa de mortalidad perinatal de 12,4 por mil nacidos vivos. En la UPZ donde más se registran casos de mortalidad perinatal es en La Sabana con 63.2% (9 casos) mientras que en la UPZ 37 Santa Isabel es de 36,8 % (7 casos). Para el año 2013 se registraron 15 defunciones con clasificación inicial de mortalidad infantil. También se registraron 16 defunciones, con clasificación inicial de mortalidades menores de cinco años, con una tasa de 24,1 por diez mil nacidos vivos. Se registró una defunción con clasificación inicial de mortalidad menores de cinco años por Neumonía con una tasa de mortalidad de 15 por cien mil nacidos vivos.

Para responder de mejor forma a las necesidades de salud de la población se decidió articular y definir el modelo de atención mediante la integración de las acciones del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) realizadas por parte del programa Territorios Saludables y las intervenciones individuales realizadas por el Plan Obligatorio de Salud contratadas con el Hospital Centro Oriente para las personas capitadas que se encuentran en la localidad. Se tuvieron en cuenta las necesidades y perfil epidemiológico de la población como se ha referido en esta parte contextual de los resultados.

6.1.2 Aspectos normativos del modelo de atención

Es necesario partir del contexto de la normatividad que lleva a la generación de modelos de prestación de servicios de salud, la cual está regida bajo la ley 100 de 1993 por el cual se crea el sistema de seguridad social integral, se organiza, rigen, determina su dirección, organización y funcionamiento, sus normas administrativas, financieras y de control y las obligaciones que se derivan de su aplicación con la conformación del régimen contributivo y subsidiado, así como la ley 1122 de 2007 que tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios y hacer reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.

Es así como existe una fragmentación y segmentación de los servicios de salud teniendo en cuenta su prestación, en el cual los usuarios están segmentados en el régimen contributivo, subsidiado y no afiliados, de la misma forma existe una fragmentación con las diferentes EAPB (Empresas Administradoras de Planes de Beneficio), en el cual la población se encuentra en diferentes proporciones en cada una de ellas, lo cual genera que no se pueda brindar una atención integral desde las intervenciones en salud Pública.

La ley 1438 del 19 de enero de 2011 en su artículo 12 plantea que el modelo de atención del SGSSS se sustentará en la atención primaria en salud. La Ley 1438 define que “la atención primaria en salud estará constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social comunitaria y ciudadana” (p. 7). Define también que la atención primaria en salud es una

estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada desde la salud pública y reitera la importancia de la implementación de servicios de salud de manera integral. De igual forma, el artículo 13° de la Ley plantea los principios para la implementación de la atención primaria en el sistema general de seguridad social, entre los cuales están:

“universalidad, interculturalidad, igualdad y enfoque diferencial, atención integral e integrada, acción intersectorial por la salud, participación social comunitaria y ciudadanía decisoria y paritaria, calidad sostenibilidad, eficiencia, transparencia, progresividad e irreversibilidad”. (p. 7).

Así mismo en el artículo 22 comenta sobre la portabilidad nacional, en la cual todas las EPS deberán garantizar el acceso a los servicios de salud en el territorio Nacional a través de acuerdos con prestadores de servicios de salud y entidades promotoras de salud. Las Entidades Promotoras de Salud podrán ofrecer los planes de beneficios en los dos regímenes, preservando los atributos de continuidad, longitudinalidad, integralidad, y adscripción individual y familiar a los equipos básicos de salud y redes integradas de servicios. Aun cuando en esta misma ley se habla de las redes integradas de salud, este trabajo no hace referencia sino al primer nivel de atención.

Teniendo en cuenta esta normatividad bajo la cual está organizado el nivel Nacional y distrital, durante la administración de Bogotá Humana el modelo de atención se centra en la implementación de un sistema de salud basado en la Atención primaria en Salud, denominado programa Territorios Saludables, Salud Para el Buen Vivir, con el fin de implementar y consolidar un modelo de atención integral humanizado, participativo e incluyente que permita afectar positivamente los determinantes de la calidad de vida y salud de la población del Distrito Capital; donde se garantice el acceso en condiciones universales, equidad, calidad y calidez a los

servicios de salud. De otra parte el modelo de atención actual en el Distrito Capital busca integrar los diferentes paquetes de servicios en salud para las poblaciones, en especial el del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) y Atenciones contenidas en el Plan Obligatorio en Salud (POS). Esta forma de accionar se encuentra establecida en las características de atención que debe tener el programa de territorios saludables en la WIKIPIC³ contiene las generalidades del programa, en el cual se busca que las respuestas ante las necesidades identificadas estén dadas de acuerdo a lo encontrado proponiendo una articulación de las acciones y recursos sectoriales y locales (salud, educación, bienestar social, cultura, entre otros) desde un enfoque de derechos para enfrentar los determinantes del deterioro de la calidad de vida, el modelo de atención planteado por el Hospital Centro Oriente y el contexto político y normativo en el cual se desenvuelve donde se encuentra la ley 1438 de 2011.

Partiendo de este contexto el Hospital Centro Oriente a través del Modelo de atención integral busca esa integridad a través de los diferentes equipos de respuesta inicial con las acciones del Plan de intervenciones colectivas, así como con los equipos de respuesta complementaria y los equipos de respuesta diferencial que son los que se ubican en las sedes asistenciales de esta forma se evidencia que existen conceptos que enmarcan la importancia de tener integralidad en la atención, es así cómo se determinaron las características que atribuyeron a fortalecer un modelo en el cual convergen diferentes situaciones que conllevan a la formación y el alcance del modelo de atención que plantea el hospital Centro Oriente.

³ El WIKIPIC es un sitio web en el que se puede consultar los lineamientos del plan de intervenciones colectivas construidos por la dirección de salud pública de la Secretaría Distrital de Salud.

6.2 Organización del modelo de atención del Hospital.

El modelo de atención inicia en la práctica a partir del año 2013 desde la conformación de diferentes equipos que brindan atención en salud en el territorio de Mártires conformado por 16 micro territorios donde se cuenta con alrededor de 12800 familias, afiliadas en un 60% al régimen contributivo y un 30% al régimen subsidiado y el restante no asegurados y régimen especial, siendo esta es la población abordada por el PIC, en el cual no toda la población puede ser abordada por el POS del Hospital Centro Oriente por su contratación (Hospital Centro Oriente, 2015). Este nuevo modelo aplica para la población capitada del régimen subsidiado teniendo en cuenta que son a quienes se debe brindar una atención integral teniendo en cuenta que el hospital le presta atención tanto en el POS como en el PIC a las personas que residen en la localidad de Mártires o en las otras dos que son Santafé y Candelaria. Sin embargo ya se sale de cobertura del PIC las personas que se encuentran capitadas y residen fuera de estas tres localidades como se verá más adelante.

Los equipos que brindan atención son de cuatro tipos: Equipos de Respuesta Inicial (ERI), Equipos de Respuesta Complementaria (ERC), Equipos de respuesta Básica (ERB), que son los que se encuentran en las sedes asistenciales y Equipos de Respuesta Diferencial (ERD) que brindan atención diferencial a la población del Bronx. Los ERI están conformados por médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería donde el territorio cuenta con 8 equipos de salud. Los ERC están conformados por trabajadores sociales, psicólogos, terapeutas, odontólogos, higienistas orales, técnicos en salud ocupacional, profesionales ambientales, técnicos ambientales, gestores comunitarios y agentes de cambio donde desarrollan acciones en promoción de la salud y prevención de la enfermedad, dirigidas a toda la población sin importar

su régimen de afiliación, sin embargo los que son objeto de atención por parte de los equipos ERB son los usuarios capitados.

Los equipos se encuentran distribuidos de acuerdo al número de micro territorios en el cual cada perfil de medicina y enfermería tiene alrededor de 2 a 4 micro territorios para realizar sus acciones en salud. Estas acciones incluyen la valoración del riesgo en salud, asesorías educativas (para todos los ciclos vitales), remisiones a servicios sectoriales y transectoriales, vacunación (para menores de 5 años, mayores de 60 años y mujeres en edad fértil de 10 a 49 años). Dichas acciones son realizadas en los diferentes ámbitos de vida cotidiana, donde se busca que el individuo sea visto desde diferentes contextos que permitan ser abordados en diferentes espacios en los cuales se encuentra.

Los ERB de la localidad Los Mártires se encuentran en las dos sedes asistenciales que son el CAMI (Centro de Atención Médica Inmediata) Samper Mendoza y la UPA (Unidad Primaria de Atención) Lafayette. Estos equipos atienden actividades individuales a la población que no tiene régimen de afiliación y población capitada con el Hospital Centro Oriente. En el CAMI se ofrecen los servicios de urgencias de baja complejidad y observación, sala ERA (Enfermedad Respiratoria Aguda), consulta externa de medicina general y consulta externa odontológica, hospitalización de medicina interna, enfermería y medicina en promoción y prevención de acuerdo a la resolución 412 de 2000 (planificación familiar, toma de citología, control prenatal, crecimiento y desarrollo y vacunación), toma de muestras de laboratorios, farmacia, servicios de atención al medio ambiente, proyectos especiales de prostitución y LGTBI. La UPA Lafayette ofrece los servicios de consulta externa medicina general, consulta externa odontología general, higiene oral, enfermería y medicina en promoción y prevención de acuerdo a la resolución 412

de 2000 (planificación familiar, toma de citología, control prenatal, crecimiento y desarrollo y vacunación, entre otras).

Estos equipos dan respuesta a las necesidades de la población, según los diferentes contextos en que se desenvuelven. Así está planteado en los diferentes documentos donde se establecen las líneas de acción donde se promueve la integralidad en su accionar que contribuyen al mejoramiento de la calidad de vida y salud de los habitantes de las tres localidades (Hospital Centro Oriente, 2013).

Las respuestas dadas por los equipos incluyen las canalizaciones desde el PIC hacia el POS por medio de la demanda inducida a través de un formato de canalización; las canalizaciones del POS hacia el PIC se hacen por medio de correo electrónico, seguimiento a bases de datos y casos priorizados que requieren una atención más oportuna de acuerdo a las problemáticas y seguimientos solicitados de manera prioritaria.

Los datos que se utilizan para seguimiento que se diligencian por el POS para realizar seguimiento en el PIC provienen de bases de datos de gestantes, crecimiento y desarrollo en las cuales se realiza seguimiento a menores que requieren mayor atención como los que han sido hospitalizados, base de crónicos donde se realiza seguimiento a casos priorizados, base de citologías positivas, base de pacientes con TBC, sífilis y morbilidades maternas extremas, de la misma forma existen referentes de programas donde hacen seguimiento a estas bases de datos para poder articular las acciones que requieren mayor atención. Estos resultados se muestran en reuniones denominadas CAPS donde se muestran los resultados obtenidos de la respuesta a las canalizaciones obtenidas.

6.3 Portafolio de Servicios

El Hospital Centro Oriente ofrece servicios de I y II nivel de atención tales como: P y P en enfermería, médico general e higiene oral, anestesiología, cirugía general, ginecobstetricia, medicina general, medicina interna, nutrición y dietética, oculoplaxia, optometría, ortopedia adulto, pediatría, psicología, psiquiatría, trabajo social, urgencias en medicina general, ginecobstetricia, pediatría, cirugía general, observación de urgencias, apoyo diagnóstico en citología vaginal, ecografía abdominal, ecografía, ecografía obstétrica, electrocardiograma, monitoria fetal, rx simple, en hospitalización cuidado crónico, cuidados intermedios pediátricos, medicina interna, obstetricia, pediatría quirúrgica.

En odontología se ofrece odontología general, periodoncia, endodoncia, hay banco de sangre con hematología, inmunología, microbiología, microscopia, química sanguínea y otros fluidos, en rehabilitación hay terapia física, terapia ocupacional, terapia respiratoria, en –cirugías hay cirugía general y cirugía ortopédica y vacunación así como partos. (Centro Oriente, Red de Hospitales, 2016).

6.4 Financiamiento y formas de contratación y pago de la prestación de los servicios individuales y colectivos del Hospital.

El financiamiento de la prestación de los servicios individuales está dado por el pago por capitación de las EPS del régimen subsidiado con la cuales el hospital tiene contratado que son las EPS de Caprecom, Unicajas y Capital Salud, y el pago de las acciones contratadas con el PIC es financiado por la SDS y éste se realiza de acuerdo a las actividades contratadas y facturadas. Las EPS contratan anualmente y el PIC se contrata por periodos de vigencia de acuerdo al presupuesto. (Hospital Centro Oriente, 2015).

6.5 Georreferenciación de la población capitada del Hospital Centro Oriente

La población capitada con la que se contó en promedio en agosto del año 2014 fue de 66.788 personas y en agosto del 2015 fue de 53.075 personas capitadas contándose con una disminución del 20.5%. Esta población se distribuye según geo-referenciación hecha desde las bases de datos de las capitas de cada una de las EPSs del siguiente modo (Ver tabla No. 1 y 2).

La georreferenciación se hace a partir de las bases de datos de la población capitada y en ella se muestra como está distribuida la población en las diferentes localidades, evidenciándose la pérdida de integralidad, teniendo en cuenta que no tiene cobertura el equipo de territorios saludables de la localidad, en algunas de las que hay población capitada.

Tabla 1. Resultados de la georreferenciación obtenida de bases de datos de población capitada con el hospital Centro Oriente de EPSs, Bogotá, Agosto 2014.

EPSS	ago-14	N° DE USUARIOS	% DE GEOCODIFICACIÓN OBTENIDA	% DE POBLACIÓN QUE VIVE EN UNA LOCALIDAD DISTINTA A LOS MARTIRES PERO SON CAPITADAS Y PERTENCEN A LAS LOCALIDADES DEL HOSPITAL CENTRO ORIENTE.	% USUARIOS CAPITADOS QUE VIVEN FUERA DEL AREA DE INFLUENCIA DEL HOSPITAL CENTRO ORIENTE.	% DE USUARIOS CAPITADOS QUE VIVEN EN EL TERRITORIO DE LOS MARTIRES
CAPITAL SALUD		35267	25%	70%	3%	27%
CAPRECOM		16974	57%	55%	8%	37%
UNICAJAS PNH		12372	46%	43%	48%	8%
UNICAJAS PYP		2175	58%	63%	16%	20%
TOTAL		66788	46%	58%	19%	23%

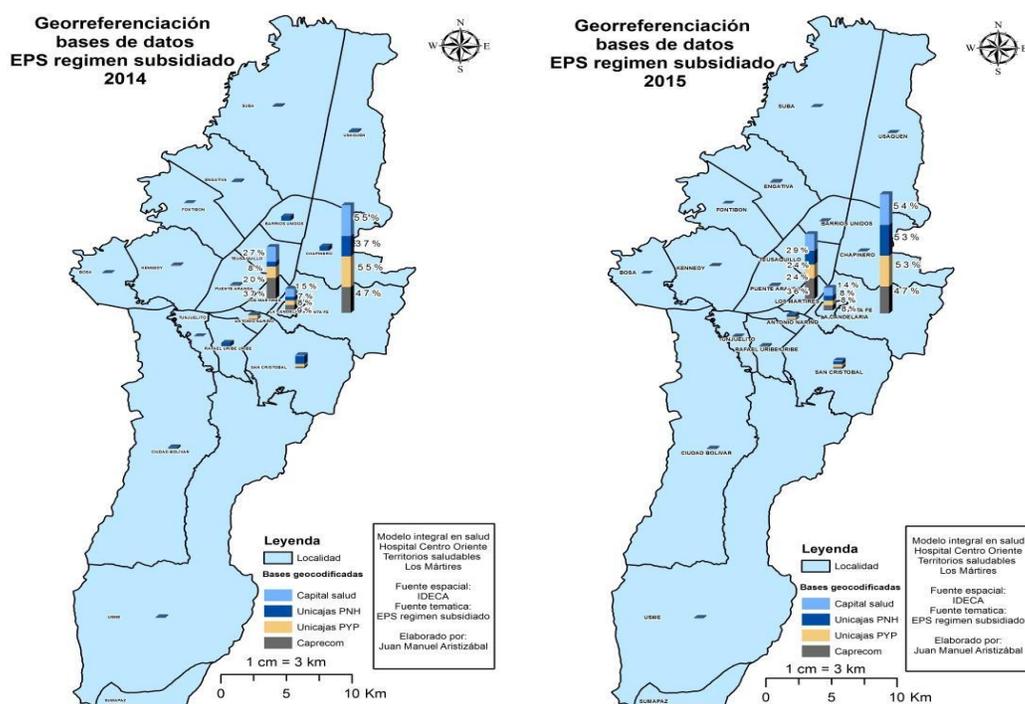
Fuente: Bases de datos de población capitada EPSs.

Tabla 2. Resultados de la georreferenciación obtenida de bases de datos de población capitada con el hospital Centro Oriente de EPSs, Bogotá, Agosto 2015

EPSS	ago-15	N° DE USUARIOS	% DE GEOCODIFICACIÓN TENIDA	% DE POBLACIÓN QUE VIVE EN UNA LOCALIDAD DISTINTA A LOS MARTIRES PERO SON CAPITADAS Y PERTENECEN A LAS LOCALIDADES DEL HOSPITAL CENTRO ORIENTE.	% USUARIOS CAPITADOS QUE VIVEN FUERA DEL AREA DE INFLUENCIA DEL HOSPITAL CENTRO ORIENTE.	% DE USUARIOS CAPITADOS QUE VIVEN EN EL TERRITORIO DE LOS MARTIRES.
CAPITAL SALUD		36029	30%	68%	3%	29%
CAPRECOM		13092	60%	55%	9%	36%
UNICAJAS PNH		1977	59%	62%	14%	24%
UNICAJAS PYP		1977	59%	62%	14%	24%
TOTAL		53075	52%	62%	10%	28%

Fuente: Bases de datos de población capitada EPSs

Gráfico 6: Georreferenciación de población capitada por cada una de las EPSs 2014-2015.



Fuente: Bases de datos de población capitada EPSs

Con base en lo anterior se evidencia que se cuenta con una georreferenciación del 46% en el año 2014 y 52% en el año 2015 de las personas capitadas, esto es debido a que se cuenta con gran dificultad para obtener la dirección de las personas capitadas de las bases de datos suministradas por las EPSs, teniendo también que recurrir para obtener la información de dirección de contacto a las bases de datos de APS suministradas por la Secretaría de Salud: Sin embargo, no se logra tener el 100% de la información de la ubicación de la población capitada con el Hospital Centro Oriente.

La mayoría de la población se encuentra viviendo en las localidades de Santafé y Candelaria, evidenciándose en un 58% de la población georreferenciada y 62% en el año 2015; la población que se encuentra capitada y vive en la localidad de Los Mártires es un 23% en el año 2014 y un 28% en el año 2015, que es la población que se encontraría adscrita al territorio de Mártires y es sujeta de atención tanto por las sedes asistenciales y el territorio Saludable.

La Localidad de Los Mártires tiene 14.967 capitados, del régimen subsidiado, dato sacado en relación al porcentaje que se cuenta de la población subsidiada de la encuesta multipropósito del año 2014 que fue de 28.2% y la relación de capitados del hospital Centro Oriente a agosto de 2015 que fue de 53075, dado que no se cuenta con un dato exacto de la población capitada en la Localidad de los Mártires se realizó esta aproximación.

6.6 Recurso humano

Esta categoría está dada por el tipo de recurso humano que está en Salud Pública y también se encuentra en las sedes asistenciales donde el talento humano se encuentra distribuido de la siguiente manera para atender consulta externa:

En la sede asistencial de Lafayette hay 3 auxiliares de enfermería, 1 enfermera, 2 médicos, 1 odontólogo y 1 orientador de la comunidad donde trabajan de lunes a viernes 8 horas y media mientras que en la sede asistencial de CAMI Samper cuenta con 3 auxiliares de enfermería, 1 enfermera, 2 médicos, 1, 6 de odontología, 1 trabajador social donde trabajan de lunes a viernes 8, 5 horas.

En el territorio de Mártires en salud pública se cuenta con 2 agentes comunitarios en salud, 34 auxiliares de enfermería, 8 médicos, 8 enfermeros (as), 1 odontólogo, 1 higienista en salud oral, 3 técnicos en salud ocupacional, 1 profesional de ciencias ambientales, 5 técnicos en salud ambiental, 2 terapeutas, 5 psicólogos, 3 trabajadoras sociales, 2 gestores comunitarios y 2 nutricionistas de los cuales se cuenta con 144 horas operativas y 40 horas de gestión. De acuerdo a la tabla N° 4 se cuenta con 70992 horas de auxiliares de enfermería, 17904 horas del perfil de enfermería, 21984 horas del perfil de medicina, 7032 horas del perfil de odontología y 7536 horas del perfil de orientadores comunitarios.

En la tabla No. 3 se muestra la distribución total del recurso humano por perfil y horas contratadas en el primer nivel del Hospital Centro Oriente para el año 2015.

Tabla 3 Distribución recurso humano de primer nivel por perfil y horas contratadas de las sedes del Hospital Centro Oriente, 2015

SEDE	PERFIL	CANTIDAD	HORAS OPERATIVAS CONTRATADAS * MES	HORAS CONTRATADAS POR AÑO
LAFAYET	AUXILIARES DE ENFERMERÍA	3	510	6120
	ENFERMERA	1	170	2040
	MEDICOS	2	340	4080
	ODONTOLOGO	1	170	2040
	ORIENTADOR DE LA COMUNIDAD	1	170	2040
SAMPER MENDOZA	AUXILIARES DE ENFERMERÍA	3	510	6120
	ENFERMERA	1	170	2040
	MEDICOS	2	340	4080
	ODONTOLOGO	1,6	272	3264
	TRABAJO SOCIAL	1	170	2040
TERRITORIO DE MARTIRES	AUXILIARES DE ENFERMERÍA	34	4896	58752
	MEDICO	8	1152	13824
	ENFERMERAS (OS)	8	1152	13824
	ODONTOLOGO	1	144	1728
	HIGIENISTA ORAL	1	144	1728
	TERAPEUTA	2	288	3456
	AGENTES DE CAMBIO	2	288	3456
	TRABAJO SOCIAL	3	432	5184
	AGENTES COMUNITARIOS	2	288	3456
	PROFESIONAL AMBIENTAL	1	144	1728
	TECNICOS AMBIENTALES	5	720	8640
	TECNICOS EN SALUD OCUPACIONAL	3	432	5184
	PSICOLOGOS	5	720	8640
NUTRICIONISTAS	2	288	3456	

Fuente: Construcción Propia

En la Tabla No. 4 se muestra la relación de algunos perfiles de recurso humano por población capitada según tiempos completos equivalentes para el año 2015, para el primer nivel del Hospital Centro Oriente.

Tabla 4. Distribución de recurso humano de primer nivel por perfil según tiempos completos equivalentes y población capitada en el Hospital Centro Oriente.

PERFIL	TOTAL DE HORAS DE PERFILES AÑO	TIEMPO COMPLETO EQUIVALENTE AL AÑO.	RECURSO HUMANO POR CADA (1000 HABITANTES CAPITADOS)
AUXILIARES DE ENFERMERÍA	70992	35	2,3
ENFERMERA	17904	9	0,6
MEDICOS	21984	11	0,7
ODONTOLOGO	7032	3	0,2
ORIENTADOR DE LA COMUNIDAD	7536	4	0,2

Fuente: Construcción Propia

De acuerdo con lo anterior la cantidad de recurso humano de primer nivel con que cuenta el Hospital Centro Oriente en la localidad de Los Mártires para atender por cada 1000 habitantes capitados es la siguiente:

- a. 2,3 auxiliares de enfermería por cada 1000 habitantes.
- b. 0.6 enfermeras por cada 1000 habitantes.
- c. 0.7 médicos por cada 1000 habitantes.

Esta relación de recurso humano por población capitada no cumple con los estándares manejados por la OMS de acuerdo a la cantidad de habitantes que debe existir por médico. Según esta agencia “los países con una densidad de menos de 2,28 médicos, enfermeras y parteras por cada 1000 habitantes, generalmente no alcanzan la cobertura meta de 80% de partos atendidos por personas capacitadas e inmunización infantil” (OMS, 2008).

6.7 Grado de integralidad del modelo de atención en salud del Hospital.

En la encuesta de percepción aplicada para medir la integralidad del modelo se midieron las siguientes dimensiones y categorías: primero, estructura que incluye las siguientes categorías: Disponibilidad y capacidades del recurso humano de los equipos de salud, Capacidad de articulación de la respuesta de los equipos e Integralidad del portafolio de servicios. El otro componente que se tuvo en cuenta para estudiar la atención integral es el de proceso con las características de identificación de necesidades, en el cual se crearon categorías con base a la teoría: Procesos relacionados con la interacción de los equipos en la comunidad, Procesos relacionados con la gestión de los equipos, y Proceso relacionados con la gestión clínica y el entorno organizativo.

Los resultados que se tienen frente a esta aplicación se describen a continuación desde los resultados generales de la conjunción entre estructura y proceso, luego cada uno de estos componentes por separado teniendo en cuenta las respectivas categorías que los constituyen.

6.7.1 Dimensión de estructura y Proceso

En esta dimensión se conocen los resultados obtenidos de la suma de todas las frecuencias absolutas de las respuestas de la aplicación de la encuesta en su totalidad donde se evidencia la percepción por cada una de las áreas encuestadas en relación a la estructura y proceso de la implementación del modelo del hospital Centro Oriente como se muestra en la Tabla No. 5:

Tabla 5. Percepción de la implementación del modelo de atención integral del Hospital

Centro Oriente, Bogotá, febrero, 2016.

Tipo de Funcionarios Categoría de favorabilidad	Funcionarios de Intervenciones colectivas		Funcionarios de Intervenciones individuales (sedes)		Funcionarios Administrativos		Total	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
FAVORABLE	179	55%	159	74%	101	47%	439	58%
ACEPTABLE	115	35%	38	18%	84	39%	237	31%
DESFAVORABLE	30	9%	19	9%	31	14%	80	11%
Total	324	100%	216	100%	216	100%	756	100%

Fuente: Aplicación de encuesta realizada a funcionarios del Hospital Centro Oriente. 2015.

De acuerdo a la tabla anterior se evidencia que en un 58% en promedio la percepción de los funcionarios es favorable a la implementación del modelo de atención integral planteado por el hospital Centro Oriente teniendo en cuenta los componentes integrados de estructura y de proceso; igualmente, hay una aceptabilidad del 31% y una desfavorabilidad del 11%.

En esta tabla los funcionarios de las sedes asistenciales son quienes muestran un mayor grado de favorabilidad con un 74%, seguido de la percepción que tuvieron los funcionarios de intervenciones colectivas con un 55% de favorabilidad y, por último, el personal administrativo, que percibe que en un 47% se maneja la integralidad del modelo de atención de forma favorable.

De la misma forma se evidencia que en un 39% en promedio la percepción de los funcionarios administrativos es aceptable la implementación del modelo de atención integral planteado por el hospital Centro Oriente, seguido de la percepción que tuvieron los usuarios de intervenciones colectivas con un 35% y un 18% de los funcionarios de intervenciones colectivas. La percepción desfavorable en los funcionarios se evidenció en los funcionarios administrativos en un 14% seguido de los funcionarios de intervenciones colectivas e individuales con un 9% respectivamente.

Esto evidencia que en general hay favorabilidad y aceptabilidad por parte de los funcionarios frente a la percepción de la implementación del modelo de atención integral del Hospital Centro Oriente; sin embargo, se evidencia un 14% de desfavorabilidad por parte de los funcionarios administrativos, al igual que los funcionarios de intervenciones colectivas con un 9% de desfavorabilidad, el cual hace necesario revisar los diferentes apartados en los cuales se puede evidenciar donde pueden estar las fortalezas y debilidades en la implementación del modelo.

A continuación se mostrará por separado la percepción de los diferentes tipos de funcionarios frente a los componentes estructura y proceso del modelo, de acuerdo a la teoría. Esta información cuenta con un valor de $p=0$ siendo significativa la muestra teniendo en cuenta que las distribuciones de las respuestas en porcentaje son distintas.

6.7.1.1 Dimensión de Estructura

En esta dimensión se contempla la disponibilidad y capacidades de atención integral del recurso humano incluyendo las de gestión, capacidad de articulación de la respuesta de los equipos e integralidad del portafolio de servicios que está contenida en la Tabla No. 6:

Tabla 6. Percepción general de la Dimensión de Estructura, Bogotá, febrero, 2016.

Tipo de Funcionarios Categoría de favorabilidad	Funcionarios de Intervenciones colectivas		Funcionarios de Intervenciones individuales (sedes asistenciales).		Funcionarios Administrativos		Total	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
FAVORABLE	118	58%	104	76%	71	52%	293	62%
ACEPTABLE	66	32%	20	15%	49	36%	135	28%
DESFAVORABLE	20	10%	12	9%	16	12%	48	10%
Total	204	100%	136	100%	136	100%	476	100%

Fuente: Aplicación de encuesta realizada a funcionarios del Hospital Centro Oriente. 2015.

De acuerdo a la tabla anterior se evidencia que el 62% de los funcionarios perciben como favorable la estructura del modelo de atención implementado en el Hospital Centro Oriente, seguido de un 28% que la perciben como aceptable y un 10% como desfavorable.

En esta tabla se muestra que en un 76% los funcionarios de las sedes asistenciales muestran un mayor grado de favorabilidad seguido de los funcionarios de intervenciones colectivas que tuvieron una percepción 58% y por último el personal administrativo con una percepción favorable del 52% frente a la implementación de la estructura del modelo.

De la misma forma se evidencia que los funcionarios de las sedes administrativas tiene una percepción aceptable con un 36%, seguido de los funcionarios de intervenciones colectivas con un 32% y por último los funcionarios de las intervenciones individuales con un 15%.

Se evidencia una percepción desfavorable en relación a la dimensión de estructura en los funcionarios administrativos en un 12% seguido de los funcionarios de intervenciones colectivas con un 10% y un 9% con los funcionarios de las intervenciones individuales.

En la dimensión de estructura manejada por el hospital Centro Oriente es importante resaltar la percepción que tienen los funcionarios de intervenciones individuales, teniendo en cuenta que tuvieron un 76% de favorabilidad, un 15% de aceptabilidad y un 9% de desfavorabilidad, comparado con los funcionarios administrativos donde se obtuvo un 52% de favorabilidad, un 36% de aceptabilidad y un 12% de desfavorabilidad. Lo anterior evidencia que los funcionarios de intervenciones individuales perciben que manejan una adecuada estructura en la implementación del modelo aun cuando los funcionarios administrativos no lo perciben de la misma manera, seguramente porque son ellos quienes ven la globalidad de la implementación y es necesario determinar en qué situaciones pueden haber debilidades que no permitan percibir una adecuada estructura.

Tabla 7. Disponibilidad y capacidades de atención integral del recurso humano de los equipos de salud, Bogotá, febrero, 2016.

Tipo de Funcionarios Categoría de favorabilidad	Funcionarios de Intervenciones colectivas		Funcionarios de Intervenciones individuales (sedes)		Funcionarios Administrativos		Total	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
FAVORABLE	25	42%	28	70%	9	23%	62	44%
ACEPTABLE	33	55%	11	28%	24	60%	68	49%
DESFAVORABLE	2	3%	1	3%	7	18%	10	7%
Total	60	100%	40	100%	40	100%	140	100%

Fuente: Aplicación de encuesta realizada a funcionarios del Hospital Centro Oriente. 2015.

Chi2, 0,0001.

De acuerdo con la tabla No. 7, los diferentes tipos de funcionarios del hospital Centro Oriente muestran que en promedio los resultados de disponibilidad y capacidades de atención integral del recurso humano son favorables en un 44%, aceptable en un 49 % y desfavorables en un 7%.

La mejor calificación de favorabilidad la hace el personal asistencial con 70% de favorabilidad del modelo, seguida del personal de intervenciones colectivas con un 42% y la peor calificación de favorabilidad del modelo la hace el personal administrativo con un 23%.

Se evidencia que los funcionarios administrativos perciben como aceptable la disponibilidad y capacidades de atención integral del recurso humano de los equipos de salud con un 60% seguido de los funcionarios de intervenciones colectivas con un 55% y por último los funcionarios de intervenciones individuales con un 28%.

Dentro de los resultados de percepción desfavorable obtenida, se observa que los funcionarios administrativos tienen un 18% seguido de los funcionarios de intervenciones colectivas e individuales con un 3% respectivamente.

Se identifica que el personal administrativo percibe de manera diferente la disponibilidad y las capacidades de atención de los funcionarios y son quienes identifican, donde se encuentran

las debilidades y fortalezas en los funcionarios, lo que hace que disminuya esta calificación en su favorabilidad aumentado su desfavorabilidad en un 18%.

Al descomponer la calificación previa de percepción en disponibilidad y capacidades los resultados son los siguientes (Tabla No. 8):

Tabla 8. Disponibilidad del recurso humano para atender las necesidades en salud, Bogotá, febrero, 2016.

Tipo de Funcionarios Categoría de favorabilidad	Funcionarios de Intervenciones colectivas		Funcionarios de Intervenciones individuales (sedes)		Funcionarios Administrativos		Total	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
FAVORABLE	3	50	2	50	2	50	7	50%
ACEPTABLE	3	50	2	50	1	25	6	43%
DESFAVORABLE	0	0	0	0	1	25	1	7%
Total	6	100	4	100	4	100	14	100%

Fuente: Aplicación de encuesta realizada a funcionarios del Hospital Centro Oriente. 2015

Chi 2, 0,5719.

De acuerdo a la tabla anterior la percepción de los funcionarios que tienen frente a la disponibilidad del recurso humano para atender las necesidades en salud se encuentra en un 50%, aceptables en un 43% y desfavorable con un 7%.

Se evidencia una percepción favorable en todos los funcionarios con un 50%, sin embargo es aceptable con los funcionarios de intervenciones colectivas e intervenciones individuales en un 50% y existe un 25% en el cual los funcionarios administrativos perciben desfavorable la disponibilidad del recurso humano para atender las necesidades en salud, no se evidencia mayor disparidad en las respuestas, sin embargo se percibe en los funcionarios administrativos que aún falta mayor grado de disponibilidad para atender las necesidades en salud identificadas, en

contraste con la percepción que tienen los funcionarios de acciones colectivas e individuales con un 50% de favorabilidad y aceptabilidad.

Tabla 9. Capacidades de atención integral del recurso humano de los equipos de salud, Bogotá, febrero, 2016.

Tipo de Funcionarios Categoría de favorabilidad	Funcionarios de Intervenciones colectivas		Funcionarios de Intervenciones individuales (sedes)		Funcionarios Administrativos		Total	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
FAVORABLE	14	47%	13	65%	4	20%	31	44%
ACEPTABLE	14	47%	6	30%	12	60%	32	46%
DESFAVORABLE	2	7%	1	5%	4	20%	7	10%
Total	30	100%	20	100%	20	100%	70	100%

Fuente: Aplicación de encuesta realizada a funcionarios del Hospital Centro Oriente. 2015.

Chi 2, 0,0507

Según la tabla No. 9, las capacidades de atención integral del recurso humano tienen una percepción de favorabilidad entre los diferentes funcionarios del 44%, una percepción aceptable en un 46% y desfavorables en un 10%.

El mayor porcentaje de categoría de favorabilidad aceptable lo tiene la organización de administrativos con un 60% seguido de la organización de intervenciones colectivas con un 47% y sedes asistenciales con un 30%.

El mayor grado de favorabilidad lo tuvieron los funcionarios de intervenciones individuales con un 65%, seguido de los funcionarios de intervenciones colectivas con un 47% y por último los funcionarios administrativos con un 20% frente a la percepción que tienen de la capacidad de atención integral del recurso humano de los equipos de salud.

Se evidencia que los funcionarios administrativos perciben como desfavorable las capacidades de atención integral del recurso humano en un 20%, seguido de los funcionarios de intervenciones colectivas con un 7% y un 5 % los funcionarios de intervenciones individuales.

Esto demuestra que se hace necesario fortalecer las capacidades del talento humano en la prestación de servicios en los que se incluye promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y manejo epidemiológico, porque aun cuando los funcionarios de las sedes asistenciales no lo perciben con un alto porcentaje de favorabilidad y aceptabilidad, en un 47% existe favorabilidad y aceptabilidad en los funcionarios de intervenciones colectivas, un 60% de favorabilidad aceptable y un 20 % de favorabilidad en los funcionarios administrativos, se evidencia el grado de percepción de desfavorabilidad en los funcionarios administrativos en un 20%, un 7% en los funcionarios de intervenciones colectivas, un 5% en los funcionarios de intervenciones individuales.

Tabla 10. Capacidades de gestión del recurso humano de los equipos de salud, Bogotá, febrero, 2016.

Tipo de Funcionarios Categoría de favorabilidad	Funcionarios de Intervenciones colectivas		Funcionarios de Intervenciones individuales (sedes asistenciales).		Funcionarios Administrativos		Total	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
FAVORABLE	8	33%	13	81%	3	19%	24	43%
ACEPTABLE	16	67%	3	19%	11	69%	30	54%
DESFAVORABLE	0	0%	0	0%	2	13%	2	4%
Total	24	100%	16	100%	16	100%	56	100%

Fuente: Aplicación de encuesta realizada a funcionarios del Hospital Centro Oriente. 2015.

Chi2 0,0011

La tabla No. 10 permite observar que la capacidad de gestión del recurso humano que perciben los profesionales encuestados tiene un grado de favorabilidad en el hospital Centro Oriente de aceptable en un 54%, un 43% favorable y un 4% desfavorable.

El mayor grado de favorabilidad de acuerdo a la percepción tenida frente a las capacidades de gestión del recurso humano lo tiene los funcionarios de intervenciones individuales con un 81%, seguido de los funcionarios de intervenciones colectivas con un 33% y por último los funcionarios administrativos con un 19%.

Se evidencia el mayor porcentaje de aceptable en la organización de administrativos con un 69%, seguido de la organización de intervenciones colectivas con un 67% y un 19% de las sedes asistenciales, frente a las capacidades de gestión que perciben los funcionarios del recurso humano. Sin embargo existe una percepción desfavorable en los funcionarios administrativos en un 13%.

De esta forma se evidencia que los funcionarios administrativos tienen menor grado de favorabilidad con un 19% un 69% de aceptabilidad y un 13 % de desfavorabilidad, en comparación con los funcionarios de intervenciones individuales que tienen un 81% de favorabilidad, y un 33% de favorabilidad los de intervenciones colectivas, lo anterior resalta la importancia que exista un grado de estandarización en la percepción que tienen los funcionarios para que haya una mayor articulación donde se incluye la comunicación entre funcionarios para satisfacer las necesidades de atención de la población, trabajo en equipo, planificación de la atención, seguimiento y evaluación de sus actividades así dar respuesta en conjunto de la gestión del recurso humano de los equipos de salud.

Tabla 11. Capacidades de articulación de la respuesta de los equipos, Bogotá, febrero, 2016.

Tipo de Funcionarios Categoría de favorabilidad	Funcionarios de Intervenciones colectivas		Funcionarios de Intervenciones individuales (sedes asistenciales).		Funcionarios Administrativos		Total	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
FAVORABLE	4	22%	4	33%	3	25%	11	26%
ACEPTABLE	3	17%	1	8%	4	33%	8	19%
DESFAVORABLE	11	61%	7	58%	5	42%	23	55%
Total	18	100%	12	100%	12	100%	42	100%

Fuente: Aplicación de encuesta realizada a funcionarios del Hospital Centro Oriente. 2015.

Chi2, 0,5667

La tabla anterior (No. 11) muestra la percepción de los funcionarios frente a las capacidades de articulación de los equipos que es desfavorable en un 55%, seguido de favorable en un 26% y aceptable en un 19%.

Esta categoría los funcionarios de intervenciones colectivas perciben como desfavorable esta articulación de respuesta de los equipos con un 61%, seguido de los funcionarios de intervenciones individuales con un 58% y por último los funcionarios administrativos con un 42%.

Se evidencia que la percepción tenida por parte de los funcionarios de intervenciones individuales es de un 33%, favorable, los funcionarios administrativos tiene un 25% de favorabilidad y 22% de los funcionarios de intervenciones colectivas lo califica como favorable.

Las capacidades de articulación de los equipos, los funcionarios administrativos lo perciben con un 33% como aceptable, un 17% lo perciben los funcionarios de intervenciones colectivas y un 8% los funcionarios de intervenciones individuales.

Las capacidades de articulación de la respuesta de los equipos no se brindan, dado que no existe una comunicación cercana entre los equipos territoriales y los equipos asistenciales, y se hace necesario contar con una mayor resolución de problemas de la población que se atiende,

siendo esto reflejado en el grado de desfavorabilidad de los funcionarios de intervenciones colectivas con un 61%, seguido de los funcionarios de intervenciones individuales con un 58% y un 42% de los funcionarios administrativos.

Tabla 12. Portafolio de servicios, Bogotá, febrero, 2016.

Tipo de Funcionarios Categoría de favorabilidad	Funcionarios de Intervenciones colectivas		Funcionarios de Intervenciones individuales (sedes asistenciales).		Funcionarios Administrativos		Total	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
FAVORABLE	89	71%	72	86%	59	70%	220	75%
ACEPTABLE	30	24%	8	10%	21	25%	59	20%
DESFAVORABLE	7	6%	4	5%	4	5%	15	5%
Total	126	100%	84	100%	84	100%	294	100%

Fuente: Aplicación de encuesta realizada a funcionarios del Hospital Centro Oriente. 2015.

Chi2, 0,0748

De acuerdo con la Tabla No. 12, el portafolio de servicios con el que cuenta el hospital Centro Oriente es percibido por los funcionarios como favorable en un 75%, aceptable en un 20% y desfavorable en un 5%.

El mayor grado de favorabilidad lo tienen los funcionarios de las intervenciones individuales con un 86%, seguido de los funcionarios de las intervenciones colectivas con un 71% y por ultimo con un 70% de los funcionarios administrativos.

En un menor grado de favorabilidad, se evidencia una percepción de aceptable en un 25% con los funcionarios administrativos, seguido de un 24% con los funcionarios de intervenciones colectivas y un 10% con los funcionarios de intervenciones individuales.

Se muestra una percepción desfavorable del portafolio de servicios con los funcionarios de intervenciones individuales en un 6%, seguido de los funcionarios con un 5% de intervenciones individuales y administrativos respectivamente.

El portafolio de servicios del Hospital Centro Oriente tiene una percepción favorable y aceptable en un alto porcentaje con los diferentes funcionarios, es conocido por cada una de las áreas y de igual forma se implementa, aun cuando existe algunos con percepción desfavorable un 6% con los funcionarios de intervenciones individuales y un 5% en los funcionarios de intervenciones individuales y administrativos en los cuales se encuentra la educación realizada en las sedes asistenciales donde se evidencia que no se brinda en algunos ítems mencionados en el instrumento.

6.7.1.2 Dimensión de Proceso

En esta dimensión se tuvo en cuenta procesos relacionados con la interacción de los equipos en la comunidad, procesos relacionados con la gestión de los equipos y procesos relacionados con la gestión clínica y el entorno organizativo en el cual, en cada una de las siguientes tablas se describen los resultados obtenidos en conjunto y por cada uno de las categorías analizadas.

Tabla 13. Percepción general de la Dimensión de Proceso, Bogotá, febrero, 2016.

Tipo de Funcionarios Categoría de favorabilidad	Funcionarios de Intervenciones colectivas		Funcionarios de Intervenciones individuales (sedes)		Funcionarios Administrativos		Total	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
FAVORABLE	61	51%	51	64%	30	38%	142	51%
ACEPTABLE	49	41%	22	28%	35	44%	106	38%
DESAVORABLE	10	8%	7	9%	15	19%	32	11%
Total	120	100%	80	100%	80	100%	280	100%

Fuente: Aplicación de encuesta realizada a funcionarios del Hospital Centro Oriente. 2015. Chi2

0,001

La tabla anterior muestra la percepción tenida por parte de los funcionarios en relación al proceso llevado a cabo en la implementación del modelo de atención integral del hospital Centro Oriente, se muestra favorable en un 51%, aceptable en un 38% y desfavorable en un 11%.

Se evidencia que los funcionarios de intervenciones individuales tienen una percepción favorable de la dimensión de proceso en un 64%, seguido de los funcionarios de intervenciones colectivas con un 51% y por último los funcionarios administrativos con un 38%.

De acuerdo a la tabla anterior los funcionarios administrativos tienen una percepción aceptable de la dimensión de proceso del modelo en un 44%, los funcionarios de intervenciones colectivas la tienen en un 41% y los funcionarios de intervenciones individuales en un 28%.

En un menor grado se observa percepción desfavorable frente a la dimensión de proceso en los funcionarios administrativos con un 19%, seguido de los funcionarios de intervenciones individuales en un 9% y por último los funcionarios de intervenciones colectivas en un 8%.

Esto demuestra la necesidad de identificar fortalezas y debilidades en estas áreas, para poder mejorar la integración de procesos en el manejo que se está realizando en la implementación del modelo, y contar con los posibles aspectos a mejorar, debido a la disparidad en las respuestas. A continuación se agrupan los diferentes procesos de acuerdo a sus particularidades.

Tabla 14. Interacción de los equipos con la comunidad, Bogotá, febrero, 2016.

Tipo de Funcionarios Categoría de favorabilidad	Funcionarios de Intervenciones colectivas		Funcionarios de Intervenciones individuales (sedes asistenciales).		Funcionarios Administrativos		Total	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
FAVORABLE	18	60%	11	55%	2	10%	31	44%
ACEPTABLE	7	23%	6	30%	13	65%	26	37%
DESFAVORABLE	5	17%	3	15%	5	25%	13	19%
Total	30	100%	20	100%	20	100%	70	100%

Fuente: Aplicación de encuesta realizada a funcionarios del Hospital Centro Oriente. 2015.

Chi 2, 0,0069.

En la categoría de procesos se maneja los relacionados con la interacción de los equipos con la comunidad donde se evidencia una percepción favorable de 44% favorable, seguido de una percepción aceptable con un 37% y desfavorable con un 19%.

El mayor porcentaje lo tiene la organización de intervenciones colectivas con un 60% de percepción favorable, dado que son quienes permanecen más en contacto con la comunidad, seguido de las intervenciones individuales con un 55% y los administrativos con un 10%.

Los funcionarios de las sedes administrativas perciben que la interacción de los equipos con la comunidad es aceptable con un 65%, seguido de la percepción que tienen los funcionarios de intervenciones individuales con un 30% y los funcionarios de intervenciones colectivas tiene una percepción de aceptable en un 23%.

De igual forma la tabla muestra que los funcionarios administrativos perciben la interacción de los equipos con la comunidad como desfavorable en un 25%, seguido de los funcionarios de intervenciones colectivas con un 17% y por ultimo las intervenciones individuales en un 15%.

Lo anterior muestra por parte de los administrativos, funcionarios de acciones colectivas y funcionarios de intervenciones individuales que aún falta usar medidas secundarias apropiadas en las personas con riesgo, promover el autocuidado, acompañamiento de los equipos asistenciales a los equipos territoriales, explorar redes de apoyo social y comunitarias, así como tener diagnósticos integrales que se involucren a la comunidad para así poder aumentar la favorabilidad.

Tabla 15. Percepción de la gestión de los equipos, Bogotá, febrero, 2016.

Tipo de Funcionarios Categoría de favorabilidad	Funcionarios de Intervenciones colectivas		Funcionarios de Intervenciones individuales (sedes asistenciales).		Funcionarios Administrativos		Total	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
FAVORABLE	26	54%	21	66%	15	47%	62	55%
ACEPTABLE	17	35%	8	25%	13	41%	38	34%
DESFAVORABLE	5	10%	3	9%	4	13%	12	11%
Total	48	100%	32	100%	32	100%	112	100%

Fuente: Aplicación de encuesta realizada a funcionarios del Hospital Centro Oriente. 2015.

Chi 2, 0,6633

La percepción que se tiene por parte de los funcionarios en relación de la gestión de los equipos de salud se percibe como favorable en un 55%, en un 34% se percibe como aceptable y desfavorable en un 11%.

Con un 66% lo perciben los funcionarios de las intervenciones individuales como favorable los procesos de gestión de los equipos, en un 54% lo perciben los funcionarios de intervenciones colectivas y en un 47% lo perciben como favorable los funcionarios administrativos.

Los funcionarios administrativos de acuerdo a la tabla anterior perciben como aceptable la gestión de los equipos con un 41%, seguido de los funcionarios de intervenciones colectivas con un 35% y por último los funcionarios de las sedes asistenciales que lo perciben como aceptable en un 25%.

Se evidencia una percepción desfavorable frente a la gestión de los equipos de salud en los funcionarios administrativos con un 13%, seguido de los funcionarios de intervenciones colectivas que tienen una percepción del 10% y por último los funcionarios de intervenciones individuales con un 9%.

Lo anterior evidencia que se deben fortalecer los procesos de gestión en los equipos tales como tener funciones y actividades integradas en una programación compuesta por objetivos y

tareas, acordar planes de trabajo con definición de roles, metas coherentes con la planificación general del establecimiento, así como disponer de tiempo suficiente para reunirse en forma periódica con el objetivo de evaluar el plan de trabajo, analizar casos clínicos y estudios de familia, contar con un plan de capacitación continua de los equipos con temas acorde a la implementación del modelo de atención integral en salud que permitan mayor resolución de los problemas complejos e identificar el tipo de respuesta que debe brindar como funcionario ante una necesidad detectada para generar una mayor integralidad del modelo de atención del hospital Centro Oriente.

Se debe fortalecer en cada uno de estos aspectos para ganar mayor grado de favorabilidad en los diferentes tipos de organizaciones frente a lo establecido por el Manual de orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud familiar y Comunitario (en adelante Modelo de Atención Integral), planteado por (Subsecretaría de Redes Asistenciales División de Atención Primaria del Ministerio de Salud, 2012).

Tabla 16. Gestión Clínica- entorno Organizativo, Bogotá, febrero, 2016.

Tipo de Funcionarios Categoría de favorabilidad	Funcionarios de Intervenciones colectivas		Funcionarios de Intervenciones individuales (sedes asistenciales).		Funcionarios Administrativos		Total	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
FAVORABLE	17	40%	23	68%	13	46%	53	54%
ACEPTABLE	25	60%	4	29%	9	32%	38	39%
DESFAVORABLE	0	0%	1	4%	6	21%	7	7%
Total	42	100%	28	100%	28	100%	98	100%

Fuente: Aplicación de encuesta realizada a funcionarios del Hospital Centro Oriente. 2015.

Chi 2, 0

Según la tabla anterior se evidencia que en un 54% en promedio la percepción de los funcionarios es favorable en la implementación de la gestión clínica y el entorno organizativo

teniendo en cuenta los componentes integrados en la dimensión de proceso; igualmente, hay una aceptabilidad del 39% y una desfavorabilidad del 7%.

En esta tabla se muestra que los funcionarios de las sedes asistenciales son quienes muestran un mayor grado de favorabilidad con un 68%, seguido de las percepción que tuvieron los funcionarios de intervenciones colectivas con un 40% de favorabilidad y, por último, el personal administrativo, que percibe que en un 46% se maneja la gestión clínica y el entorno organizativo de forma favorable.

De la misma forma se evidencia que en un 60% en promedio la percepción de los funcionarios de intervenciones colectivas es aceptable la implementación de los procesos de gestión clínica y entorno organizativo, seguido de la percepción que tuvieron los funcionarios administrativos con un 32% y un 29% de los funcionarios de intervenciones individuales.

La percepción desfavorable en los funcionarios se evidenció en los funcionarios administrativos en un 21% seguido de los funcionarios de intervenciones individuales con un 4% respectivamente.

De acuerdo a los procesos relacionados con la Gestión clínica – Entorno organizativo, estos procesos están dados frente a las acciones realizadas en el POS en las sedes asistenciales y en las intervenciones colectivas en salud pública, es necesario discriminar las variables, donde hay que fortalecer esta categoría en la cual se encuentran: provisión de servicios, evaluación de los servicios prestados, relación entre la dirección y los profesionales y cambios en la regulación y contratación de los servicios, el cual se mostrará cada una en las siguientes tablas, evidenciando así, donde puede tener un mayor impacto de afectación. Este resultado es significativo ya que se cuenta con una $p=0$, donde todas las variables son dependientes, y las distribuciones porcentuales son significativamente distintas en los diferentes tipos de organización.

Tabla 17. Provisión de los servicios, Bogotá, febrero, 2016.

Tipo de Funcionarios Categoría de favorabilidad	Funcionarios de Intervenciones colectivas		Funcionarios de Intervenciones individuales (sedes asistenciales).		Funcionarios Administrativos		Total	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
FAVORABLE	2	33%	3	75%	2	50%	7	50%
ACEPTABLE	4	67%	1	25%	2	50%	7	50%
DESFAVORABLE	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	6	100%	4	100%	4	100%	14	100%

Fuente: Aplicación de encuesta realizada a funcionarios del Hospital Centro Oriente. 2015.

Chi 2, 0,6566

Los diferentes tipos de funcionarios del hospital Centro Oriente muestran que en promedio los resultados de proceso de provisión de los servicios son favorables en un 50%, aceptable en un 50% y desfavorables en un 0%.

El mayor porcentaje de favorabilidad lo tiene la organización de sedes asistenciales con un 75%, seguido de los administrativos con un 50% y de intervenciones colectivas con un 33%.

En la categoría de favorabilidad aceptable el mayor porcentaje lo tuvo la organización de intervenciones colectivas con un 67% seguido de los administrativos con un 50% y sedes asistenciales con un 25%.

Esta categoría mide el grado de percepción que tiene los diferentes equipos de salud para asumir la responsabilidad y capacidad de ejecutar la prestación de los servicios frente a diferentes situaciones presentadas, el cual se hace necesario fortalecer de acuerdo a la percepción de los funcionarios de intervenciones colectivas con un 67% de aceptabilidad, un 50% de percepción de los funcionarios administrativos y un 25% de aceptabilidad en los funcionarios de intervenciones individuales, aun cuando en ningún tipo de organización se evidenció grado de desfavorabilidad, se evidencia que no siempre los funcionarios realizan esta actividad.

Tabla 18. Evaluación de los servicios prestados, Bogotá, febrero, 2016.

Categoría de favorabilidad	Funcionarios de Intervenciones colectivas		Funcionarios de Intervenciones individuales (sedes)		Funcionarios Administrativos		Total	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
FAVORABLE	10	42%	12	75%	10	63%	32	57%
ACEPTABLE	14	58%	3	19%	4	25%	21	38%
DESFAVORABLE	0	0%	1	6%	2	13%	3	5%
Total	24	100%	16	100%	16	100%	56	100%

Fuente: Aplicación de encuesta realizada a funcionarios del Hospital Centro Oriente. 2015.

Chi 2, 0,04

En la evaluación de los servicios prestados se evidencia que el 57% de las organizaciones del Hospital Centro Oriente tienen un resultado favorable, donde el 38% lo perciben como aceptable seguida de un 5% desfavorable.

El mayor porcentaje lo tiene los funcionarios de las intervenciones individuales con un 75% de percepción favorable seguido de los funcionarios administrativos con un 63% y los funcionarios de intervenciones colectivas con un 42%.

Los funcionarios de intervenciones colectivas perciben que la evaluación de los servicios prestados es aceptable con un 58%, seguido de la percepción que tienen los funcionarios administrativos con un 25% y los funcionarios de intervenciones individuales tienen una percepción de aceptable en un 19%.

De igual forma la tabla muestra que los funcionarios administrativos perciben la evaluación de los servicios prestados como desfavorable en un 13%, seguido de los funcionarios de intervenciones individuales con un 6% y no hay percepción desfavorable con los funcionarios de intervenciones colectivas.

Los procesos de evaluación de los servicios prestados se basan en la cobertura que los compromisos de gestión formulen y el equipo considere desarrollar de acuerdo a las

problemáticas definidas en el análisis de la situación de salud, están dados por los objetivos y políticas institucionales, así como permitir el desarrollo de la evaluación de cada uno de los equipos de salud y proporcionar la información necesaria sin que los equipos de salud tengan cargas administrativas de tal forma que se percibe como favorable esta categoría aun cuando es necesario fortalecerla para que se pueda contar con un 100% de favorabilidad dada la importancia de fortalecer por medio de la evaluación los procesos, las dinámicas institucionales y mejorar de esta forma la evaluación de los servicios prestados.

Este resultado es significativo teniendo en cuenta que se cuenta con un valor de $p=0.04$ en el cual las distribuciones son significativamente distintas en los diferentes tipos de organización.

Tabla 19. Relación entre la dirección y los profesionales, Bogotá, febrero, 2016.

Tipo de Funcionarios Categoría de favorabilidad	Funcionarios de Intervenciones colectivas		Funcionarios de Intervenciones individuales (sedes)		Funcionarios Administrativos		Total	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
FAVORABLE	3	50%	4	100%	1	25%	8	57%
ACEPTABLE	3	50%	0	0%	2	50%	5	36%
DESFAVORABLE	0	0%	0	0%	1	25%	1	7%
Total	6	100%	4	100%	4	100%	14	100%

Fuente: Aplicación de encuesta realizada a funcionarios del Hospital Centro Oriente. 2015.

Chi 2, 0,1609

De acuerdo a la tabla anterior se evidencia que el 57% de los funcionarios perciben como favorable la relación entre la dirección y los profesionales, seguido de un 36% que la perciben como aceptable y un 7% como desfavorable.

En esta tabla se muestra que en un 100% los funcionarios de las sedes asistenciales muestran un mayor grado de favorabilidad seguido de los funcionarios de intervenciones colectivas que tuvieron una percepción 50% y por último el personal administrativo con una percepción

favorable del 25% frente a la implementación de la relación entre la dirección y los profesionales.

De la misma forma se evidencia que los funcionarios de las sedes administrativas tienen una percepción aceptable con un 50%, al igual que los funcionarios de intervenciones colectivas con un 50%.

Se evidencia una percepción desfavorable en relación a la categoría de relación entre la dirección y los profesionales en los funcionarios administrativos en un 25% sin tener ninguna otra calificación desfavorable en estos procesos.

En relación a la toma de decisiones por parte del equipo de salud y responsabilidad de los resultados, donde se parte del compromiso que los administrativos ven en los equipos de salud, en esta disparidad de respuestas es importante fortalecer y tener reconocimiento de las diferencias dado el grado de desfavorabilidad en los funcionarios administrativos en un 25%, en el cual se hace necesario socializar el grado de responsabilidad que tienen los funcionarios ante diferentes situaciones para asumir las responsabilidades y acciones de mejora pertinentes .

Tabla 20. Cambios en la regulación y contratación de servicios, Bogotá, febrero, 2016.

Tipo de Funcionarios Categoría de favorabilidad	Funcionarios de Intervenciones colectivas		Funcionarios de Intervenciones individuales (sedes asistenciales).		Funcionarios Administrativos		Total	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
FAVORABLE	2	33%	0	0%	0	0%	2	14%
ACEPTABLE	4	67%	4	100%	1	25%	9	64%
DESAVORABLE	0	0%	0	0%	3	75%	3	21%
Total	6	100%	4	100%	4	100%	14	100%

Fuente: Aplicación de encuesta realizada a funcionarios del Hospital Centro Oriente. 2015.

Chi 2, 0,0179

Los diferentes tipos de funcionarios del hospital Centro Oriente muestran que en promedio los resultados de cambios en la regulación y contratación de servicios son favorables en un 14%, aceptable en un 64 % y desfavorables en un 21%.

La mayor calificación de percepción la hace el personal asistencial con 100% de percepción aceptable de los cambios en la regulación y contratación de los servicios, seguida del personal de intervenciones colectivas con un 67%, y un 25% de calificación de favorabilidad aceptable por parte del personal administrativo.

Se evidencia que los funcionarios administrativos perciben como desfavorable los cambios en la regulación y contratación de los servicios en un 75% y los funcionarios de intervenciones colectivas lo perciben como favorable en un 33%.

Esto es debido a que los administrativos lo perciben desde la normatividad actual que es muy difícil cambiar, y de la misma forma manifiestan las sedes asistenciales, donde no depende de ellos los cambios en la regulación y la contratación y los funcionarios de intervenciones colectivas lo ven desde la perspectiva que el hospital ha generado convenios en los cuales se evidencia cambios en la atención de diferentes tipos de poblaciones como la generación de proyectos especiales.

El modelo de atención planteado por el Hospital Centro Oriente no da cuenta en un 100% de su integralidad, dado que a medida que se fue revisando cada una de las dimensiones propuestas para conocer el grado de integralidad se evidencia tan solo un 58% de favorabilidad, un 31% de aceptabilidad en el cual casi siempre o algunas veces se realizan acciones de integralidad y un 11% de desfavorabilidad donde nunca o casi nunca se evidencia esta integralidad, encontrándose de esta forma falencias como se muestran a continuación:

En la dimensión de estructura en la cual está inmersa las categorías de disponibilidad y capacidades del recurso humano de los equipos de salud, capacidad de articulación de la respuesta de los equipos e integralidad del portafolio de servicios se evidencia que hay carencia de comunicación y articulación entre los equipos de salud tanto asistenciales como territoriales, para tener una mayor gestión por parte del recurso humano.

En la dimensión de proceso de igual forma se encuentran inmersas las categorías de procesos relacionados con la interacción de los equipos en la comunidad, procesos relacionados con la gestión de los equipos, y procesos relacionados con la gestión clínica y el entorno organizativo, dentro de los cuales se muestra que existe una baja interacción de los equipos con la comunidad con un 44% de favorabilidad donde siempre se cuenta con ello y un 37% en el cual casi siempre o algunas veces se realiza esta categoría así como un 19% donde nunca o casi nunca se percibe que no se ejecuta esta categoría, en provisión de servicios es necesario fortalecer los equipos de salud en asumir la responsabilidad de diferentes situaciones y autonomía en la toma de decisiones así como la evaluación de los servicios con las actividades realizadas y mejorar la relación entre la dirección y los profesionales dado el grado de responsabilidad que se tiene de los resultados por parte de los funcionarios.

Lo anterior hace necesario que se realicen procesos de unificación de criterios y actividades que den cuenta de una percepción pertinente frente a las diferentes categorías analizadas, y de esta forma contar con un modelo de atención integral que permita dar respuesta de manera articulada a las diferentes necesidades encontradas en la población.

7. Problemas, logros y desafíos en el proceso de implementación del modelo de APS desde las percepciones del personal misional y administrativo

A continuación se describirá las percepciones tenidas por parte de los funcionarios de intervenciones colectivas e individuales y de los funcionarios administrativos en relación a la implementación del modelo actual de APS en el hospital Centro Oriente, percepción sobre la implementación de la integralidad en el modelo, logros en la implementación del modelo, como perciben la integralidad en las acciones que realiza tanto salud pública como las sedes asistenciales, problemas y desafíos que se tienen al implementar el modelo.

7.1 Percepciones de los funcionarios sobre la implementación del modelo actual de APS en el Hospital Centro Oriente.

Los funcionarios entrevistados que pertenecían al área administrativa orientaron su respuesta a plantear el modelo desde el deber ser, enfatizando que este opera por medio de los equipos de respuesta inicial, equipos de respuesta complementaria y equipos de respuesta diferencial. Así mismo se encontró disparidad de conceptos entre las personas entrevistadas de esta área ya que en otra de las respuestas manifiestan que aún no se puede implementar el modelo desde lo planteado ya que existe una fuerte carga asistencial y operativa. En concordancia con la anterior respuesta se encuentran las de los funcionarios de las sedes asistenciales, los cuales expresaron de forma sincera que cada equipo realiza sus actividades y se limitan a la canalización por medio de la demanda inducida y detectando enfermedades solamente en consulta.

Estas conceptualizaciones contrastan con las expresadas por parte de los funcionarios del área de intervenciones colectivas, los cuales sienten el proceso de APS de forma más operativa; realizar barridos para caracterizar y actualizar bases de datos atendiendo dentro del modelo de

territorios saludables la valoración como parte de una acción particularizada y aislada y a la canalización como estrategia para lograr demanda inducida pero sin guardar relación directa ni continuidad con el caso inicialmente remitido.

Uno como profesional remite los casos, pero realmente no se hace un verdadero seguimiento a los procedimientos requeridos. (Médico de intervenciones individuales)

En conclusión sobre la percepción de la implementación del modelo de APS se evidencia desarticulación entre las diferentes áreas del hospital, las cuales describen un modelo con acciones independientes y parcializadas sin contar con una definición clara ni integral del modelo por parte todos los funcionarios.

7.2 Implementación del modelo de atención integral

Frente a las percepciones de los entrevistados a la atención integral se encontró ambigüedades en las respuestas ya que en el área administrativa así como el área de intervenciones individuales evidencian la forma de implementación de manera diferente.

Se evidencia confusión frente a la comprensión de la atención integral ya que los entrevistados no hacen diferenciación entre las acciones y los procedimientos para lograr una atención integral. Los administrativos lo entienden por medio del proceso de canalizaciones aun cuando hay debilidades en el seguimiento, ya hay un reconocimiento de los equipos tanto del PIC como del POS, se cuentan con bases de datos para realizar seguimiento, sin embargo hace falta establecer procedimientos acerca de la forma de hacer la respectiva retroalimentación ya que manifiestan que “aún falta mucho para que el modelo sea integral” (Funcionaria Administrativa).

Otra funcionaria del área intervenciones individuales de igual forma considera que las canalizaciones no las realiza a los equipos territoriales, sino que se dan a los referentes de

programa donde encuentra mayor respuesta. Los equipos de las sedes asistenciales y los de intervenciones colectivas identifican que las reuniones de los CAPS (Centros de Atención Primaria en Salud) que se realizan mensualmente son un medio de articulación y el acercamiento que tienen desde territorios y sentirse parte de las sedes asistenciales mejora la articulación y la atención a los usuarios aumentando la demanda en las sedes asistenciales.

Según lo manifestado para que el modelo realmente sea integral se requiere de la unificación tanto de criterios como de procedimientos para lograr las metas propuestas a través de estrategias compartidas.

7.3 Logros alcanzados en la implementación del modelo de atención integral en salud planteado por el Hospital Centro Oriente.

Dentro de los logros alcanzados en la implementación del modelo del hospital Centro Oriente desde las perspectivas de los entrevistados se encuentra lo manifestado desde el área administrativa en cuanto a la intención de ir más allá que solamente orientación y educación, “hace que se rompa el esquema y empieza a ser más resolutiva la consulta” (Funcionario administrativo), el hecho que ya se esté implementando acciones planteadas en el modelo es un logro.

Otro de los logros identificados es el reconocimiento de un equipo altamente competente tanto en el territorio como en las sedes asistenciales que complementa las acciones realizando seguimiento y acompañamiento. De la misma forma el poder llegar a la implementación de los programas a las poblaciones más vulnerables priorizándolas, contando con la el perfil de enfermería como acompañante del proceso de seguimiento y el manejo de la atención diferencial que requiere la población.

Las personas de las sedes asistenciales justifican como logros el aumento en la cobertura de la población, y del seguimiento a los pacientes por medio de las canalizaciones recibidas realizando las cosas que puedan estar a su alcance para solucionar diferentes situaciones tenidas con la comunidad, obteniendo retroalimentación, la priorización de la gerencia en este proceso de articulación en la atención primaria en salud es un gran logro que manifiesta una de las funcionarias, así como el aumento de la demanda de usuarios a las sedes asistenciales. Uno de los funcionarios evidencia como logro las reuniones mensuales de los CAPS para enterarse de los indicadores que se han tenido de cubrimiento en la población.

Desde el área de acciones colectivas manifiestan como logro tenido que ha habido mayor cobertura a los usuarios y el hecho de que en las sedes atiendan a los pacientes vulnerables como gestantes sin importar la afiliación y se evidencia que hay una mayor atención integral al paciente, siendo más resolutiva. “Llegar a tener acciones resolutivas por parte del área intervenciones individuales direccionado desde territorios saludables” (Funcionario de intervenciones colectivas, comunicación personal, 13 de septiembre de 2015).

También ven como un logro que ya se han disminuido barreras de acceso acercando los servicios a las familias divulgando más el portafolio de servicios así como la atención diferencial que se ha venido implementando en el hospital.

7.4 La integralidad en las acciones que realizan tanto salud pública como las sedes asistenciales.

En las entrevistas se evidenció que la integralidad está aún muy incipiente donde manifiestan los administrativos que es necesario fortalecer el tema de comunicación especialmente entre el PIC y el POS, así mismo se requiere una articulación entre funcionarios. Aunque si se han

presentado casos de éxito como las remisiones que se han realizado de población indígena la cual fue hospitalizada en sedes asistenciales y con la cual se realizó un seguimiento a su historia clínica en el área de intervenciones colectivas, buscando tanto articulación como integralidad en las atenciones prestadas.

Por parte del área intervenciones individuales manifiesta que hay deficiencias en el modelo de integralidad ya que desde su óptica no es tan operativo el modelo y se queda corto frente a las necesidades reales de atención, teniendo limitantes como al cumplimiento de las metas y en el caso de requerirse visitas de seguimiento inmediatas no se podrían realizar si no se encuentra programada, también falta mayor consistencia en la presentación de las estrategias de atención que se tienen entre las sedes asistenciales y las de intervenciones colectivas, teniendo datos pero sin análisis de forma conjunta.

Desde el área de intervenciones colectivas se evidencia que las acciones que se realizan tanto desde el área de salud pública como de intervenciones asistenciales son integrales en la medida de abordaje del individuo mirándolo desde sus diferentes áreas que requieren atención especialmente en cuanto a las actividades de promoción, prevención y rehabilitación.

Estas intervenciones en ocasiones pueden estar cortadas entre el PIC y el POS por barreras de acceso que se presentan esto fue manifestado por solo uno de los entrevistados sin embargo no todos los informantes perciben esta situación manifestando que si existe articulación.

7.5 Problemas que se presentan en la implementación del modelo de atención planteado por el Hospital Centro Oriente.

De acuerdo a los problemas vistos desde cada área se resalta que los administrativos consideran que la forma de contratación tanto del PIC como del POS es diferente y no hace

viable la operación del modelo, midiendo cantidad de acciones realizadas y no el impacto generado; así el tema de barreras de acceso y aseguramiento limita la atención. Manifiestan que también es necesario dar un poco más de tiempo a la implementación donde los dos equipos puedan sentarse y planear su forma de operar y, que tengan mayor capacitación en estos procesos. A su vez, faltan sistemas de información para poder acceder desde el territorio a la historia clínica del hospital y falta adherencia de los usuarios a un solo equipo de salud para poder dar continuidad en la atención ya que van a diferentes sedes del hospital por la misma causa.

Desde el área intervenciones individuales e intervenciones colectivas consideran que se debe mejorar el seguimiento a las personas con necesidades especiales siendo más resolutivos así como consideran que faltan recursos tales como sistemas de información y teléfono para poder realizar un mejor seguimiento a los usuarios, así como estandarizar la formulación en los territorios y el proceso de remisiones. En lo que respecta al área de intervenciones colectivas consideran que deben conocer los usuarios capitados por el hospital y faltan recursos como glucómetro, equipo de órganos para ser más resolutivos, también consideran que falta más articulación entre los funcionarios del PIC y del POS y se maneja como dos islas aparte, igualmente se trabaja bajo la presión de una meta y es necesario fortalecer esos procesos de articulación, teniendo más citas oportunas de acuerdo a las necesidades sentidas de la población, teniendo un mayor reconocimiento del área intervenciones individuales a los equipos del territorio.

7.6 Desafíos que se presentan en la implementación del modelo de atención planteado por el Hospital Centro Oriente.

Las diferentes posturas de los entrevistados están mediadas en gran parte por el área de trabajo así desde el área administrativa y el área de intervenciones colectivas consideran que dentro de los desafíos más grandes es romper paradigmas en el hecho de tener fraccionamientos en el sistema de salud y dar atención plena sin barreras de acceso.

Para fortalecer la implementación del modelo es primordial enfatizarlo hacia el seguimiento y la evaluación, buscando mediciones de impacto y no por atenciones realizadas, en ello coinciden tanto el área de intervenciones individuales, intervenciones colectivas y los administrativos al considerar que el desafío es que el recurso humano tenga un posicionamiento para la operativización del modelo y aporte creando espacios técnicos de articulación adquiriendo un mayor contacto y comunicación, creando una agenda clara de trabajo a desarrollar, manteniendo un modelo en salud estandarizado y no cambiante según el gobernante de turno. Por parte del área de intervenciones individuales consideran que el gran desafío es tener mayor cobertura de la población atendiéndolos de acuerdo a su necesidad donde se impulse a generar una mayor coordinación de las actividades.

Desde el área de intervenciones colectivas se evidencia que uno de los desafíos son que haya mayor comunicación de los equipos del POS con el PIC y de igual forma reuniones donde todos los médicos estén tanto de las sedes asistenciales como los del PIC, y de esta forma también disminuir las barreras de acceso administrativas a la población y compartir y unificar la forma de abordar al usuario de forma integral unificando procesos y procedimientos.

8. Alcance de la implementación de acuerdo a la normatividad vigente.

En relación a los textos analizados comprendiendo el modelo de atención integral planteado por el hospital Centro Oriente, la ley 1751 de 2015 contempla el derecho fundamental a la salud donde en su artículo 8 manifiesta que los servicios prestados no deben fragmentarse, sin embargo al no contar con una unificación de servicios estandarizados y contratados con una misma red de servicios no podrá tenerse al usuario con un continuo seguimiento por la contratación actual de las actividades, en el cual la contratación debería estar estandarizada y unificada para dar respuesta a esta dificultad.

En relación al artículo 15 de la misma ley se está llevando a cabo la prestación de los servicios de acuerdo a lo escrito en el cual debe haber una concepción de salud integral que incluya promoción prevención y rehabilitación, como también lo plantea el artículo 20, sin embargo no se especifica que otro tipo de articulación plantea para poder brindar la integralidad en salud, generando vacíos para la implementación, ya que no brinda herramientas para dar continuidad y articular las acciones.

En la Ley 1438 en su artículo 12 plantea que el modelo de atención de SGSSS se sustentará en la atención primaria que es una estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada desde la salud pública y reitera la importancia de la implementación de servicios de salud de manera integral, en este aspecto se evidencia que por medio del modelo de atención del Hospital Centro Oriente se da cumplimiento a esta ley sin embargo solo se puede implementar con los usuarios capitados del hospital Centro Oriente, teniendo en cuenta que con los usuarios del régimen contributivo y especial no se está teniendo el contacto esperado para generar una articulación integral, debido a la estructuración del SGSSS basado en la ley 100 de 1993 y Ley 1122 de 1997 en la cual quedo planteada la prestación de los servicios de salud de

manera segmentada por la afiliación de los usuarios a los diferentes planes de beneficio, dándose de esta forma fragmentación en la atención, en donde se limita el accionar en las personas del régimen contributivo y los que no se encuentran capitados con el hospital Centro oriente perdiéndose de esta forma la continuidad en las acciones.

De la misma forma en el artículo 13 de la misma ley declara los principios para la implementación de la atención primaria donde de igual forma solo se puede hacer como está planteado con los usuarios capitados.

Estas normas generadas han sido creadas para dar cumplimiento a la generación de un modelo de atención integral con la implementación de la atención primaria en salud. Sin embargo, al contar actualmente con este sistema de salud no se podrá realizar la articulación entre el PIC y el POS ya que todos los usuarios deberían estar adscritos a una sede asistencial donde se puedan integrar las acciones tanto individuales como colectivas sin mediar el tipo de afiliación.

El modelo de atención planteado por el Hospital Centro Oriente se ha venido implementando con la población capitada que vive en la localidad, quedando de lado la que se encuentra capitada pero no vive en la localidad. No obstante, la población diferente a esta capitación no puede ser intervenida por su contratación tenida, es por esto que el hospital limita su accionar. Lo anterior hace necesario la implementación de normas que permitan garantizar la atención de manera integral a la población, permitiendo el desarrollo de procesos unificados, contando con una articulación efectiva donde halla continuidad en las acciones, garantizando una atención con calidad con la integración de las acciones del PIC y el POS.

9. DISCUSIÓN

La implementación del modelo del hospital Centro Oriente en la localidad de los Mártires, de acuerdo a sus características estructurales y de proceso, ha venido efectuando atención integral teniendo en cuenta el contexto de la normatividad y se está llevando a cabo con los usuarios capitados. Sin embargo existen varios países en el cual se implementa el atributo de integralidad donde muestra su forma de operación de manera global y no un contexto descriptivo del proceso operativo que se evidencia en este estudio con el modelo implementado de atención del hospital Centro Oriente, donde muestra las características que se deben tener en cuenta para tener integralidad en la atención, es así como a continuación se mencionan algunos modelos de implementación de la integralidad en salud.

Un modelo de atención en salud integral se plantea en diferentes estudios como el mapeo de la APS en Chile Vega y Acosta (2014) menciona que se cuenta con un centro de salud integral con enfoque familiar y comunitario, en el cual se organiza el trabajo de forma sectorizada con trabajo en equipo y multidisciplinar, hay planificación de actividades y trabajo con la red; el financiamiento de la APS está dado por contribuciones dadas por el ministerio de salud y personas afiliadas con capacidad de pago y de igual forma todas las personas tienen derecho a las protecciones en salud incluidas las de APS y diferentes patologías.

De igual manera en Argentina Ríos (2014) afirma:

La articulación intersectorial hace convergencia en los Centros de Integración Comunitaria (CICs), en los que desde su concepción y planificación inicial, integran acciones de los Ministerios de Salud, Desarrollo Social, Trabajo, Planificación y el Gabinete Social. Los CICs constituyen un modelo de gestión pública que implica la integración y coordinación de las

políticas de Atención Primaria de Salud y Desarrollo Social en un ámbito físico común de escala municipal (p.33)

En cada país se desarrolla el atributo de integralidad y se implementa siendo el centro de salud en el que se converge la atención, como también lo afirma Fidelis (2014):

En Brasil, se puede decir que la concepción de las Redes de Atención de Salud (RAS), cuyo objetivo principal es garantizar la integralidad, se basa en el entendimiento de que los puntos de atención constituyen redes poliárquicas, en las cuales los diversos servicios y acciones son coordinados por la APS, que es el centro comunicador de las redes. Para el uso más racional de los recursos, las RAS se estructuran a través de arreglos productivos, conformados por servicios de densidades tecnológicas que varían entre las de menor densidad (APS), densidad intermedia (atención secundaria) y de más alta densidad tecnológica (atención terciaria). (p.28).

También se evidencia en Perú que la atención se maneja de forma integral y unificada con atenciones colectivas e individuales partiendo de la planificación en el centro de salud, Acosta y Vega (2014).

En el nuevo enfoque del MAIS-BFC (modelos de atención integral en salud basado en la familia y la comunidad) la puerta de entrada son los Establecimientos de Salud (ES) del primer nivel de atención, los cuales realizan acciones extramurales mediante los equipos básicos de salud que tienen a cargo la realización de las visitas a los hogares y desarrollar intervenciones en salud que comprenden un paquete de atención integral a la persona (por ciclo de vida), un paquete de atención integral a la familia (PAIFAM) y un paquete de atención integral a la comunidad. Las acciones intramurales de los ES incluyen la realización de una historia clínica integral por etapa de vida y atención de profesionales que reciben remisiones para atenciones en salud según las necesidades identificadas en las visitas domiciliarias. (p.17)

El enfoque del atributo de integralidad abordado en los diferentes países evidencia que donde converge la articulación de las acciones tanto colectivas como individuales están en el centro de salud donde se planifica la atención y el abordaje de la población, sin embargo en este trabajo se evidencia que estas acciones se realizan por separado, donde el modelo de atención del hospital Centro Oriente intenta integrarlas pero como se evidencia en el contexto en el que se desarrolla que aún están muy incipientes y requieren una planificación y unificación de criterios, al igual que fue evidenciado en los estudios realizados por Ruiz, Et al. (2011), en el cual muestran dificultades en la implementación de APS integral, estas limitantes son de tipo estructural y determinados por un sistema de salud de mercado de aseguramiento, donde interviene la parte contractual con una segmentación institucional y fragmentación operativa.

De la misma forma se muestra a nivel distrital sobre implementación de la APS en la red pública donde las acciones individuales del POS están separadas del PIC y se fundamenta en la canalización de pacientes con mecanismos débiles de seguimiento y mecanismos de contrarreferencia deficientes sin información clara que permita hacer seguimiento a las acciones, (Vega, *et a.*, 2011).

En Colombia aún se concibe un sistema de salud fragmentado donde se hace necesario se profundice en un proceso de transformaciones estructurales en el sistema de salud para garantizar procesos que favorezcan el despliegue nacional y territorial de la APS de forma integral de esta forma se hace necesario unificar en un solo fondo público común los recursos que financian las acciones colectivas e individuales en salud, integrar las prestaciones individuales y colectivas en planes de salud que respondan a las necesidades de la persona, unificar directrices de planificación y gestión pública de todos los programas e intervenciones individuales y colectivas, fortalecer y extender los equipos básicos de salud para que respondan adecuadamente a las

necesidades de salud de las personas con intervenciones integrales en salud, organizar la adscripción de personas y familias a los equipos básicos de salud, fortalecer la resolutividad, integralidad y cobertura del primer nivel de complejidad y aumentar la oferta del recurso humano de APS, sus capacidades y habilidades, y re-orientar su distribución según las necesidades de la población y de los territorios (Vega y Acosta, 2014).

Se hace necesario entonces que se establezca una normatividad en la cual todas las entidades puedan aportar a este proceso y de esta forma poder brindar una atención a toda la población generando articulación y legitimando las acciones del PIC con los prestadores de servicios de salud unificando así las acciones en salud de las acciones colectivas e individuales realizando acciones que permitan brindar una integralidad en la prestación de los servicios de salud.

Es así como actualmente el modelo de atención en salud planteado por el hospital Centro Oriente se ha desarrollado en este contexto y para que las actividades que llevan a que el plan de intervenciones colectivas y el área asistencial se articulen deben existir ciertos criterios relacionados con lo que plantea los componentes de interés del sistema sanitario que deben ser tenidos en cuenta cuando se estudia la salud integral (Starfield, 2004), así como la teoría contenida en la gestión clínica que proporciona herramientas de transformación organizacional imprescindibles para modificar la composición de los recursos utilizados al prestar los servicios de atención médica integral (Vargas , Rojas , y Sánchez, 2003.) Y también componentes de un ejemplo de cómo se implementa la atención integral en Chile donde existe un manual de orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud familiar y Comunitario (Subsecretaría de Redes Asistenciales División de Atención Primaria del Ministerio de Salud, 2012). Dado que en diferentes estudios no se evidencia el proceso por el cual se lleva a

cabo la integralidad en la prestación de servicios de salud, este trabajo permite tener un resultado de conceptos que pueden contemplarse para desarrollar un proceso de atención integral en salud.

Con base en el marco teórico estudiado y las categorías de análisis realizadas se demuestra que hay gran diferencia entre lo que piensan las diferentes organizaciones donde los administrativos son quienes tienen un menor porcentaje de interpretación favorable, acorde con las categorías analizadas, en comparación con los equipos de atención que tienen un mayor grado de favorabilidad frente al manejo de la atención integral que se tiene planteada como modelo de la institución; esto puede ser debido a que ellos manejan un alto grado de expectativa frente al manejo de cómo se debe implementar el modelo y no lo perciben que se esté llevando a cabo como ellos lo esperan.

Los funcionarios de intervenciones individuales tienen un alto grado de percepción de integralidad teniendo resultados generales tales como el 74%, este resultado al analizarlo por cada una de las categorías se mantiene en mayor porcentaje que los demás funcionarios, sin embargo no da cuenta que se esté llevando esta integralidad con los demás equipos de salud teniendo en cuenta que el grado de percepción es diferente tanto en intervenciones colectivas, intervenciones individuales, como con los administrativos, de acuerdo a los porcentajes obtenidos eso lleva a que se estén manejando procesos a nivel de cada área en su particularidad pero al evaluarlo de manera integral como en la encuestas semiestructuradas se muestra que aun esta incipiente el modelo en su operativización.

En contraste con el modelo de Chile es un muy buen ejemplo de operativización de la integralidad en salud teniendo en cuenta las dimensiones de estructura y proceso ya que se muestra de manera detallada la forma en que se debe planificar y aspectos a tener en cuenta para

la implementación de un modelo de atención integral, junto con el componente de sistema sanitario que maneja Starfield y el modelo de gestión clínica.

Este trabajo se limita en cuanto a la necesidad de conocer cómo pueden ver la integralidad los usuarios beneficiarios del modelo, que es otra forma de interpretar como se está llevando a cabo la implementación desde esta perspectiva, el cual puede aportar a la integración de procesos que permitan tener una mejor prestación de los servicios de salud, siendo este un aspecto importante para abordar en futuras investigaciones, que no se tuvo en cuenta en este estudio dado el enfoque que se buscaba al evidenciar la forma de implementación en el área institucional y así conocer su forma de operación en la articulación y su integralidad, así como también sería interesante evidenciar como podrían contribuir desde su perspectiva a la integralidad los usuarios del régimen contributivo dada la experiencia que se puede dar bajo un modelo de atención integral incluyendo toda la población para así extender este trabajo a un modelo de atención integral distrital.

El marco teórico se limitó al contenido de la implementación del modelo el cual va enfocado a la integralidad en la prestación de los servicios en salud, acompañado de elementos que favorecieran esta integralidad tales como la gestión clínica y la implementación de un modelo de atención integral de Chile que permitieran describir la forma en que se está llevando a cabo, donde no se tuvo en cuenta la evaluación de la implementación, dado que se comentó en la metodología de evaluación realista que hace parte de los diferentes tipos de evaluación según su propósito.

Este trabajo abre una puerta a como se podría trabajar una población dada su distribución dentro de diferentes localidades en el distrito, siendo necesario generar adscripción a sedes asistenciales,

en el cual no se debe dejar de lado las personas que laboran en sitios diferentes a su residencia siendo un reto poder articular esta población dentro de un manejo integral.

Es necesario fortalecer y mantener la constancia para llevar a cabo la implementación de procesos y generar de esta forma una armonización en la medida de lo posible, teniendo en cuenta la operación del SGSSS, que se podrá continuar implementando por el momento con la población capitada y pobre no asegurada con la que cuenta el hospital, hasta tener una normatividad de atención integral implementada.

10. CONCLUSIONES

Existen límites en el sistema para el logro de la integralidad de la atención y funcionamiento de la APS, dada la normatividad vigente donde se encuentra inmerso el SGSSS que enmarca una fragmentación y segmentación de la atención en salud, lo que hace que no se pueda realizar una prestación de servicios de salud de manera integral a nivel nacional y distrital, en el cual los usuarios están segmentados en el régimen contributivo, subsidiado y no afiliados, de la misma forma existe una fragmentación con las diferentes EAPB (Empresas Administradoras de Planes de Beneficio), en el cual la población se encuentra en diferentes proporciones en cada una de ellas, siendo limitantes de tipo estructural.

El modelo de atención en salud integral que se ha venido implementando en el hospital Centro Oriente de acuerdo a las dimensiones y categorías analizadas, debe desarrollarse bajo procesos que fortalezcan el mejoramiento de la integración que permitan dar respuesta a las necesidades identificadas en salud bajo el contexto de la normatividad vigente.

En la dimensión de estructura se evidencia un porcentaje alto de favorabilidad con un 62%, sin embargo, al conocer más a profundidad las categorías que la componen se manejan

porcentajes por debajo del 50%, en categorías como disponibilidad y capacidades de atención integral del recurso humano, capacidades de gestión del recurso humano, y capacidades de articulación de la respuesta de los equipos, evidenciándose de esta forma que la mayor fortaleza en esta dimensión para tener un porcentaje alto fue la de contar con la integralidad del portafolio de servicios que es conocido por los funcionarios del hospital.

Es necesario contar con la ubicación del 100% de la población que se tiene asignada y/o capitada al Hospital Centro Oriente para brindar una atención integral incorporando tanto las acciones colectivas como individuales desde el POS y de esta forma poder medir el recurso humano requerido para la implementación de acciones de salud integral.

Para atender de manera integral a la población se debe contar con la cantidad de personal requerido dependiendo el número de usuarios que se tienen a cargo y con la contratación que se tiene actualmente es una limitante, donde se busca cantidad de acciones realizadas, pago por producto dejando de lado esta integralidad en la prestación de servicios de salud.

Con relación a la dimensión de proceso, haciendo referencia a la identificación de necesidades, en el contexto de la normatividad vigente hace que no se pueda cumplir por la fragmentación de los servicios de salud, sin embargo se deben fortalecer los procesos internos del modelo de atención para dar respuesta en salud a las necesidades identificadas en la población que se tiene a cargo y es objeto de atención tanto del PIC como del POS.

La normatividad vigente está planteada para que se realice una atención integral, y el hospital Centro Oriente ha generado un gran paso en la construcción del modelo para dar respuesta a las necesidades encontradas en salud, a pesar de las barreras que existen para brindar atención a toda la población de manera integral, siendo un desafío llegar a toda la población teniendo en cuenta el sistema de salud vigente.

Se evidencia que aun cuando los usuarios capitados deben tener una atención integral entre el PIC y el POS la gestión del recurso humano de los equipos de salud en el área de intervenciones colectivas tiene un bajo porcentaje con un 54% de favorabilidad demostrándose que aún existen acciones a fortalecer en cuanto a la planeación de trabajo, capacitación y evaluación de las actividades desarrolladas en un contexto por los equipos de salud y se reafirmó en las encuestas realizadas donde lo plantean los funcionarios como desafío para mejorar la atención integral.

11. RECOMENDACIONES

La creación de nuevas normas a nivel nacional y distrital que eviten la fragmentación y segmentación en la prestación de servicios de salud para brindar una atención primaria en salud de manera integral generando una mejor integración de procesos y de esta forma permita que se realice actividades tanto colectivas e individuales de manera complementaria, mejorando las condiciones de salud de la población en relación a las necesidades identificadas.

Los análisis obtenidos en este trabajo permiten ampliar el conocimiento para mejorar la integración de procesos que permitan aplicarse en el modelo para optimizar la articulación entre las intervenciones individuales realizadas desde el POS y el plan de intervenciones colectivas realizadas en salud pública para unificar esfuerzos y garantizar una atención integral a los pacientes capitados con el hospital y que residan en la localidad, teniendo unificación de conceptos y de la misma forma la percepción entre funcionarios.

Teniendo en consideración que no se cuenta con una adecuada georreferenciación de la población capitada se hace necesario mejorar el sistema de información para adquirir mayor control sobre la población que se tiene a cargo, y de esta forma tener conocimiento de la cobertura para brindar una atención integral.

Se hace necesario que se cuente con el recurso humano suficiente para poder dar respuesta a las necesidades identificadas en salud de los usuarios que se encuentran en el territorio, inicialmente con la población que se encuentra capitada para trabajar de manera articulada, optimizando los recursos.

Frente a los resultados de la disponibilidad y capacidades de atención integral del recurso humano de los equipos de salud es preciso enfatizar que aun cuando los equipos de salud del plan de intervenciones colectivas como los de las sedes asistenciales consideran que tienen las capacidades de brindar atención integral, los administrativos consideran que aún se encuentran en la categoría de aceptable donde se hace necesario fortalecer en estos temas para llegar a una mejor integración de procesos requeridos para una adecuada atención integral en salud, frente al marco conceptual establecido.

Fortalecer las diferentes acciones de acuerdo a la dimensión de estructura es imperativo, aun cuando se evidenció en la aplicación de las encuestas, que se maneja un porcentaje favorable de integralidad es necesario que se unifiquen procesos y conceptos en la implementación del modelo de atención integral en salud y así se tenga claro el paso a paso de su operativización junto con la forma de seguimiento y evaluación para que todas las áreas administrativas y asistenciales del hospital tengan una información clara y consecuente.

Es igualmente importante continuar con la implementación del modelo aun cuando existan barreras que no permitan una adecuada ejecución, teniendo en cuenta que es necesario trabajar de manera articulada para unificar esfuerzos y mejorar las condiciones de salud de la población de manera integral.

REFERENCIAS

- Acosta Ramírez, N., & Vega Romero, R. (16 de 05 de 2008). El caso de la implementación de la estrategia de Atención Primaria Integral en Salud (APIS) en la localidad de Suba. *Gerencia Política Salud* 7 (14), P. 125-144.
- Acosta Ramírez, N., Pollard Ruiz, J., Vega Romero, R., & Labonté, R. (2011). Atención primaria integral en salud en Sudamérica: contexto, logros e implicaciones políticas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 27(10), P. 1875-1890.
- Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C. (2012-2016). Acuerdo número 489 del 12 de junio de 2012. Obtenido de Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental, y de Obras Públicas para Bogotá D.C., Recuperado el 06-06-2015, disponible en:
http://www.sedbogota.edu.co/archivos/SECTOR_EDUCATIVO/proyectos%20de%20inversion/2013/junio/PLAN-DESARROLLO2012-2016.pdf.
- Alcaldía Mayor de Bogotá, S. D. (2012-2016). Modelo de Atención en Salud Bogotá. Recuperado el 7 de Marzo de 2015, disponible en:
[http://saludpublicabogota.org/wiki/images/1/1e/Modelos Atención en Salud Bogotá Humana](http://saludpublicabogota.org/wiki/images/1/1e/Modelos_Atención_en_Salud_Bogotá_Humana)
- Arias, B., & Sánchez, R. (2013). El Caso de una Puerta de Entrada a los Servicios sanitarios del Programa Bogotá Territorio Saludable. Bogotá.
- Baldomero, J. E., Silva, R., Herrera, L., López, P., del Río, A., y Saurí José, E. (2010). Implementation of an integral health program for diabetic foot ulcer patients by using Heberprot-P at the primary health attention level in the municipality of Playa, in Havana, Cuba. *Biotechnología Aplicada*, 27(2).

Bancomundial. (2016). Recuperado el 18 de 02 de 2016, de El Banco Mundial, disponible en:

<http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.MED.PHYS.ZS>.

Congreso de la República de Colombia. (2007). Ley 1122 de 2007. Recuperado el 12-02-2016,

Obtenido de Sistema Jurídico Alcaldía de Bogotá disponible en:

<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=22600>

Congreso de la República de Colombia. (1993). Ley 100 de 1993. Recuperado el 12-02-2016,

Obtenido de Sistema Jurídico Alcaldía de Bogotá disponible en :

<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248>

Decreto Supremo: N° 2296, Chile. (1995).

Del Llano, J. (2010). Eficiencia, equidad, prioridades y objetivos de política sanitaria., Gestión

Clínica y Sanitaria Volumen 12, N° 1, P 6-13.

Departamento Nacional de Estadísticas. (2011). Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2011.

Obtenido de Presentación resultados, recuperado el 02-06-2015, disponible en:

http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/calidad_vida/Presentacion_ECV_2011.pdf

Departamento Nacional de Estadísticas, Secretaría de Planeación Distrital. (19 de 09 de 2011).

Primera Encuesta Multipropósito para Bogotá. Obtenido de Primera Encuesta

Multipropósito para Bogotá, recuperado el 02-06-2015, disponible en:

http://www.sdp.gov.co/imagenes_portal/animaciones/temas/principales/1_calidad_de_vida.pdf.

Fidelis de Almeida & Patty (Junio 2014). Mapeo y Análisis en Sur América. Mapeo de la APS

de Brasil. ISAGS, Rio de Janeiro.

García R, P., Balbé A., & Iglesia N., R. (Julio 1 de 2015). El análisis de la situación de salud y la participación social en la formación médica. *Cubana de Educación Médica Superior*, 29(3), 660-668.

Grosso Sandoval, G., Gómez Rivadeneira, A., & Betancourt Urrutia, V. F. (2006). *Modelo de Salud Administración de Planes de Beneficios desde la Perspectiva de la Gestión del Riesgo*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina: Unidad de Servicios de Salud (UNISALUD).

Hospital Centro Oriente, (2014). Base de datos EPSS. Bogotá. Recuperado el 02-03-2015.

Hospital Centro Oriente, (2015). Base de datos APS. Bogotá. Recuperado el 02-02-2016
disponible en:

<https://drive.google.com/drive/folders/0B5FOwJVuS36zfmIzTnhfenBCM2N1QVZJX29RTmVTcnBtX0l6UURWem5NWkUwTVh0aGhFWDA>

Hospital Centro Oriente (2013). *Modelo Humanizado de Abordaje Integral Bajo Enfoque de Atención Primaria y Promocional De Calidad y Vida*. Bogotá.

Hospital Centro Oriente (2014). *Diagnóstico Local con Participación Social 2013*. Localidad Los Mártires. Hospital Centro Oriente ESE II Nivel, Bogotá,

Hospital Centro Oriente (2015). Hospital Centro Oriente. Recuperado el 8 de 03 de 2015,
disponible en: <http://esecentroorientegovco/hco>.

Hospital Centro Oriente. (18 de 01 de 2016). Red de Hospitales. Recuperado el 18 de 01 de 2016, de portafolio de servicios redco, disponible en:

<http://veronicagomezwb.wix.com/portafolio-redco-web>

Haggerty, J. L., Yavich, N., Báscolo, E. P., & Grupo de Consenso, s. u. (2009). Un marco de evaluación de la atención primaria de salud en América Latina. *Rev Panam Salud Publica*, 26(5), P. 377–84.

Hernández F., L. J. (2002). Aproximaciones a la Política Pública en Salud en Bogotá, Distrito Capital. *Revista Salud Pública*, P. 120-127.

Labonté, Ronald, Sanders, David, Baum, Fran, Schaay, Nikki, Packer, Corinne, Laplante, Denise, Vega Romero, Román, Viswanatha, Vinay, Barten, Francoise, Hurley, Catherine, Tujuba Ali, Hayat, Manolakos, Halli, Acosta Ramírez, Naydú, Pollard, Jennifer, Narayan, Thelma, Mohamed, Suraya, Peperkamp, Lonneke, Johns, Julie, Ouldzeidoune, Nacerdine, Sinclair, Raven, & Pooyak, Sherri. (2009). Aplicación, efectividad y contexto político de la atención primaria integral de salud: resultados preliminares de una revisión de la literatura mundial. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 8(16), 14-29. Recuperado el día 05 de mayo de 2015, disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272009000100002&lng=en&lng=pt.

LEY 1438. Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. Colombia, 19 de Enero de 2011.

Ley 1751 Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Colombia, 16 de febrero de 2015.

Macinko J, M. H. (2007). La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Rev. Panam Salud Pública* (2/3), P. 73–84.

Méndez, C. A., Holder, M., Artaza Barrios, O., Reynaldo, & Suarez Jiménez, J. M. (2011).

Redes Integradas de Servicios de Salud: El Desafío de los Hospitales. OPS/OMS, Santiago, Chile.

Ministerio de la Protección Social y Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública. (2011). ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD EN COLOMBIA, 2002-2007. Bogotá DC: Imprenta Nacional de Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social. (12 de Noviembre de 2013). Normativa. Obtenido de <http://www.minsalud.gov.co/Paginas/Normatividad.aspx>

Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes asistenciales (2005). Modelo de Atención Integral en Salud. Serie cuadernos modelo de atención N° 1.

Mosquera, P. A., Hernández, J., Vega, R. R., & Junca, C. (2011). Experiencia de implementación de la estrategia de atención primaria en salud en la localidad de Bosa. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá, P.124-152.

Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma Ata. Kazajstán: OMS; 1978.

Organización Mundial de Salud. (Noviembre de 2008). Estadísticas de la fuerza de trabajo en salud es producida por el Departamento de Recursos Humanos para la Salud. Spotlight, Publicación (6).

Organización Mundial de la Salud. (Noviembre de 2013). Derecho a la Salud. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>.

Organización Panamericana de la Salud, (2007). Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C: OPS.

Pawson, R., & Tilley, a. (1997). Pawson, R. and Tilley, N. Realistic Evaluation. Sage.

Pierre Unger, J., De Paepe, P., Ghilbert, P., Soors, W., & Green, A. (2006). Disintegrated care: the Achilles heel of international health policies in low and middle-income countries.

International Journal of Integrated Care – Vol. 6, 18 September, P. 1568-4156.

Piñuel Raigada, J. L. (2002). Epistemología, metodología y técnicas del análisis de contenido.

Estudios de Sociolingüística, P. 1-42.

Population and Public Health Branch. (Septiembre de 2003). Public Policy and Public

Participation Engaging Citizens and Community in the Development of Public Policy.

Recuperado el 15 de 03 de 2015 Obtenido de Health Canadá, disponible en:

http://www.phac-aspc.gc.ca/canada/regions/atlantic/pdf/pub_policy_partic_e.pdf.

Profamilia. 2012. Primera encuesta de demografía y Salud Distrital. Recuperado el 30 de marzo de 2015 Obtenido de

<http://www.demografiaysaludbogota.co/admin/acrobat/resumendeprensa.pdf>.

Ramírez, A., Acosta Ramírez, N., Pollard Ruiz, J., Vega Romero, R., & Labonté, R. (2011).

Atención primaria integral en salud en Sudamérica: contexto, logros e implicaciones políticas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, P. 1875-1890.

Ramonet, I., & Moreno, G. (2004). El Quinto Poder. Fundación para la Investigación y la Cultura.

Ríos Ferreira Gilberto (Junio 2014). Mapeo y Análisis en Sur América. Mapeo de la APS de Argentina. ISAGS, Rio de Janeiro.

Ruiz Rodríguez, M., Acosta Ramírez, N., Rodríguez Villamizar, L. A., Uribe, L. M., & León-

Franco, M. (2011). Experiencia de implementación de un modelo de Atención Primaria.

Rev. Salud pública. 13 (6), P.885-896.

- Sanders, D., Schaay, N., & Mohamed, S. (2008). Primary Health Care. International Encyclopedia of Public Health, Vol 5, P. 305-316.
- Secretaría Distrital de planeación (2014). Recuperado el 20 de 01 de 2016, de Encuesta multipropósito disponible en:
http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/Encuesta_Multiproposito_2014/Resultados_2014/Boletin_Resultados_Encuesta_Multiproposito_2014.pdf
- Secretaría de Salud Distrital. (Diciembre de 2013). Plan Territorial de Salud. Obtenido de Bogotá Distrito Capital 2012-2016, recuperado el 05-03-2015, disponible en:
<http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Plan%20Territorial%20de%20Salud%202013.pdf>
- Secretaría Distrital de Planeación. (2011). Bogotá Ciudad de Estadísticas. Principales resultados de la primera encuesta multipropósito para Bogotá. Bogotá DC, Bogotá DC, Colombia: Secretaría Distrital de Planeación.
- Starfield, B. (2001). Equidad en salud y atención primaria: Una meta para todos. Revista Gerencia y Políticas en Salud, P.7-16.
- Starfield, B. (2004). Atención Primaria, Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y Tecnología, Cap. 10 (Integralidad de la Atención). Barcelona: Masson.
- Subsecretaría de Redes Asistenciales División de Atención Primaria del Ministerio de Salud, O. P. (2012). Orientaciones para la Implementación de Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Chile.
- Van Weel, C., De Maeseneer, J., & Roberts, R. (September 13, 2008). Integration of personal and community health care. The Lancet, Vol. 372, No. 9642, P.871-872.

- Vargas Umaña, I., Rojas Hidalgo, J. M., & Sánchez Monge, A. (2003.). La Gestión Clínica para el Primer Nivel de Atención, algunos elementos. San José de Costa Rica: 1 ed.
- Vega Romero, R., & Acosta Ramírez, N. (Junio 2014). Mapeo y Análisis en Sur América. Mapeo de la APS de Chile, Colombia y Perú. ISAGS, Rio de Janeiro.
- Vega Romero, R., Martínez Collantes, J., & Acosta Ramírez, N. (2009). Evaluación rápida del desempeño de la red pública de servicios de salud de Suba en el logro de los atributos de la Atención Primaria de Salud - APS. Rev. Gerenc. Polit. Salud, P.165-190.
- Vega, R., Hernández, J., Mosquera, P. A., & Junca, C. (2011). Proyecto Aprendiendo de la Experiencia de APS en Bogotá. Bogotá.
- Winepi. (s.f.). Prueba del chi cuadrado, recuperado el 28 de Enero de 2016. Disponible en: <http://www.winepi.net/epi2/webquest/wq10/pag5.htm>.
- World Health Organization, (2010). Healthy People 2010.

ANEXOS

ANEXO 1. Matriz de variables

Dimensión	Descripción de la Dimensión	Nombre de la variable o de la categoría de análisis	Definición	Nivel de medición: Cualitativa o cuantitativa	Categorías de la variable o subcategorías de la categoría cualitativa	Fuente de información de donde se obtendrá
Características Estructurales- Personal	Suministra los servicios de salud utilizando los recursos necesarios, Incluye a todas las personas relacionadas con la provisión de los servicios así como su formación y preparación.	Tipo de recurso humano involucrado en la atención de salud	Perfiles con los cuales cuenta el hospital Centro Oriente para la prestación de los servicios de salud.	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Agentes comunitarios de salud • Auxiliares de enfermería • Enfermera(o) • Médico(a)s 	Entrevista con funcionarios del Hospital Centro Oriente que crearon el modelo y/o lo han venido implementando donde se aplique el instrumento para contabilizar los profesionales según perfil.

Dimensión	Descripción de la Dimensión	Nombre de la variable o de la categoría de análisis	Definición	Nivel de medición: Cualitativa o cuantitativa	Categorías de la variable o subcategorías de la categoría cualitativa	Fuente de información de donde se obtendrá
					<ul style="list-style-type: none"> • Odontólogos • Psicólogos • Asistente social • Otros. 	
		Cantidad de recurso humano disponible por población capitada	Recurso humano disponible para brindar atención en salud a las personas capitadas.	Cuantitativo	<p>*Cantidad de recurso humano profesionales.</p> <p>*N° de médicos y enfermeras en el último año.</p> <p>*N° de horas promedio de trabajo contratadas por médicos y enfermeras por mes en el último año.</p>	Bases de datos del personal de Talento Humano del Hospital centro Oriente, sedes asistenciales y del territorio de Los Mártires y horas contratadas por mes.

Dimensión	Descripción de la Dimensión	Nombre de la variable o de la categoría de análisis	Definición	Nivel de medición: Cualitativa o cuantitativa	Categorías de la variable o subcategorías de la categoría cualitativa	Fuente de información de donde se obtendrá
					*N° de población capitada en el último año.	
		Equipos de Salud conformados.	Organización de la fuerza de trabajo en relación a las necesidades de atención dentro del ámbito territorial de prestación de servicios.	Cuantitativo.	*Equipos de Respuesta Inicial *Equipos de respuesta complementaria. *Personal de los Centro de Salud. Relación del personal de los equipos de salud con el personal de los centros de salud en el proceso de atención frente a las	Entrevista con funcionarios del Hospital Centro Oriente (Profesionales y gestores) que crearon el modelo y/o lo han venido implementando

Dimensión	Descripción de la Dimensión	Nombre de la variable o de la categoría de análisis	Definición	Nivel de medición: Cualitativa o cuantitativa	Categorías de la variable o subcategorías de la categoría cualitativa	Fuente de información de donde se obtendrá
					necesidades de los pacientes	
		Capacidades del recurso humano.	Capacidades del recurso humano para la prestación integral de los servicios de salud.	Cuantitativo	*Capacidades en promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación	Entrevista con funcionarios del Hospital Centro Oriente (Profesionales y gestores) que crearon el modelo
					*Manejo Epidemiológico	

Dimensión	Descripción de la Dimensión	Nombre de la variable o de la categoría de análisis	Definición	Nivel de medición: Cualitativa o cuantitativa	Categorías de la variable o subcategorías de la categoría cualitativa	Fuente de información de donde se obtendrá
					*Capacidades de trabajo en equipo. *Capacidades en Planificación de la atención Capacidades para atención centrada en la persona, la familia y la comunidad.	y/o lo han venido implementando
Características Estructurales-Integralidad en la prestación de los servicios	Variedad de servicios ofrecidos a las personas, familias o comunidades de acuerdo a sus necesidades	Portafolio de servicios	Variedad de servicios que ofrece la institución.	Cuantitativo	<ul style="list-style-type: none"> • Vacunación infantil. • Atención para niños y adolescentes. • Atención para adultos. 	Entrevista con funcionarios del Hospital Centro Oriente (Profesionales y

Dimensión	Descripción de la Dimensión	Nombre de la variable o de la categoría de análisis	Definición	Nivel de medición: Cualitativa o cuantitativa	Categorías de la variable o subcategorías de la categoría cualitativa	Fuente de información de donde se obtendrá
de salud.					<ul style="list-style-type: none"> • Atención para el adulto mayor. • Control prenatal. • Servicios de planificación familiar. • Atención de enfermedades de transmisión sexual (por ejemplo, SIDA, sífilis). • Programa de control de tuberculosis. 	gestores) que crearon el modelo y/o lo han venido implementando para conocer la provisión real de los servicios.

Dimensión	Descripción de la Dimensión	Nombre de la variable o de la categoría de análisis	Definición	Nivel de medición: Cualitativa o cuantitativa	Categorías de la variable o subcategorías de la categoría cualitativa	Fuente de información de donde se obtendrá
					<ul style="list-style-type: none"> • Control /tratamiento de enfermedades epidémicas (por ejemplo, dengue, malaria). • Atención de enfermedades crónicas (artritis, asma, enfermedades del corazón). 	

Dimensión	Descripción de la Dimensión	Nombre de la variable o de la categoría de análisis	Definición	Nivel de medición: Cualitativa o cuantitativa	Categorías de la variable o subcategorías de la categoría cualitativa	Fuente de información de donde se obtendrá
Características Estructurales-Población elegible	Definir la comunidad a la que se atiende	Georreferenciación de la población capitada con el Hospital Centro Oriente Lugar de residencia de la población capitada con el Hospital Centro Oriente.	Identificación del sitio de residencia de la población capitada del hospital Centro Oriente que debe ser atendida por el territorio social de los Mártires.	Cualitativa	Población capitada que pertenece al territorio de los Mártires y reside en el territorio.	Bases de datos del último mes.
Características de Proceso	<i>Identificación de necesidades</i> de atención y de organización de las repuestas a las mismas.	Identificación de necesidades de atención en salud.	Enfoque y existencia de procedimientos para la determinación de riesgos, daños y determinantes sociales en salud de la población.	Cuantitativo	El alcance en la identificación de necesidades en salud está dada: *Promoción *Prevención *Tratamiento	Entrevista con funcionarios del Hospital Centro Oriente (Profesionales y gestores) que crearon el modelo

Dimensión	Descripción de la Dimensión	Nombre de la variable o de la categoría de análisis	Definición	Nivel de medición: Cualitativa o cuantitativa	Categorías de la variable o subcategorías de la categoría cualitativa	Fuente de información de donde se obtendrá
					*rehabilitación.	y/o lo han venido implementando
		Organización de la respuesta a las necesidades de la atención en salud.	Tipo de respuesta que brindan los funcionarios y equipos de salud frente a una necesidad detectada.	Cuantitativa	*Integración de las actividades individuales y colectivas del PIC-POS en la actividad de los equipos de salud y de los centros de salud. *Acciones intersectoriales.	Entrevista con funcionarios del Hospital Centro Oriente (Profesionales y gestores) que crearon el modelo y/o lo han venido implementando
De proceso- Gestión Clínica- Entorno	Conocer si se cuenta con herramientas de transformación organizacional para	* Provisión de los servicios.	Responsabilidad y capacidad de ejecutar la prestación de los servicios	Cuantitativa	*Disponibilidad de información para identificar necesidades,	Entrevista con funcionarios del Hospital Centro Oriente que crearon

Dimensión	Descripción de la Dimensión	Nombre de la variable o de la categoría de análisis	Definición	Nivel de medición: Cualitativa o cuantitativa	Categorías de la variable o subcategorías de la categoría cualitativa	Fuente de información de donde se obtendrá
Organizativo	modificar la composición de los recursos utilizados al prestar los servicios de atención médica integral.				<p>*Conocimiento de los tiempos de espera en el Centro de Salud. (Para acceder al portafolio de servicios).</p> <p>*Conocimiento de los recursos básicos necesarios</p> <p>*Coordinación de La atención individual, familiar y comunitaria bajo la responsabilidad de los equipos de atención y del centro de salud.</p>	el modelo y/o lo han venido implementando

Dimensión	Descripción de la Dimensión	Nombre de la variable o de la categoría de análisis	Definición	Nivel de medición: Cualitativa o cuantitativa	Categorías de la variable o subcategorías de la categoría cualitativa	Fuente de información de donde se obtendrá
		* Evaluación de los servicios prestados.	Coordinación entre el equipo de salud y la Dirección del Hospital para seguimiento de las tareas y sus resultados	Cuantitativa	<p>* Cobertura de los compromisos de gestión clínica de acuerdo con las problemáticas definidas.</p> <p>* Cumplimiento de los objetivos y las políticas institucionales.</p> <p>*Evaluación de cada uno de los equipos de salud.</p>	<p>Entrevista con funcionarios del Hospital Centro Oriente que crearon el modelo y/o lo han venido implementando</p> <p>Entrevista con miembros de los equipos y centros de atención</p>

Dimensión	Descripción de la Dimensión	Nombre de la variable o de la categoría de análisis	Definición	Nivel de medición: Cualitativa o cuantitativa	Categorías de la variable o subcategorías de la categoría cualitativa	Fuente de información de donde se obtendrá
					*Grado en que los centros directivos aportan toda la información necesaria a los equipos de salud y funcionarios de los centros de atención.	
		* Forma de relación entre la dirección y sus profesionales.	Competencias de los equipos de salud para que tome sus decisiones y se responsabilice de sus resultados.	Cuantitativa	*Toma de decisiones. *Responsabilidad de los resultados.	Entrevista con funcionarios del Hospital Centro Oriente que crearon el modelo y/o lo han venido implementando

Dimensión	Descripción de la Dimensión	Nombre de la variable o de la categoría de análisis	Definición	Nivel de medición: Cualitativa o cuantitativa	Categorías de la variable o subcategorías de la categoría cualitativa	Fuente de información de donde se obtendrá
		* Cambios en la regulación y contratación de los servicios.	Competencia de los niveles directivos en asignación de recursos, control de los centros de atención y evaluación de los equipos.	Cuantitativa	*Modelos de atención de acuerdo a las necesidades identificadas. *Asignación de recursos de acuerdo a las necesidades.	Aplicación de cuestionario a funcionarios del Hospital Centro Oriente (gestores y profesionales) que crearon el modelo y/o lo han venido implementando.
Resultado	Medida en que se implementa la integralidad en la atención en salud en el Hospital Centro Oriente.	Integralidad en la atención	Evaluación del modelo en salud desarrollado por el Hospital Centro Oriente	Cuantitativa	Logros, Problemas y desafíos	Entrevista con funcionarios del Hospital Centro Oriente que crearon el modelo y/o lo han venido

Dimensión	Descripción de la Dimensión	Nombre de la variable o de la categoría de análisis	Definición	Nivel de medición: Cualitativa o cuantitativa	Categorías de la variable o subcategorías de la categoría cualitativa	Fuente de información de donde se obtendrá
						implementando.
Estructurales - Contexto	Características del sistema de salud a nivel nacional y local que afectan la integralidad de la atención y Contexto de la normatividad vigente	Sistema de Salud	Caracterización del sistema de salud de Colombia en relación a los problemas, desafíos y logros de los hallazgos encontrados	Cualitativa.	* Relación entre las características del sistema de salud colombiano y el modelo de atención.	Documentos sobre el sistema de salud vigente. Entrevista con funcionarios del Hospital Centro Oriente que crearon el modelo y/o lo han venido implementando.

Dimensión	Descripción de la Dimensión	Nombre de la variable o de la categoría de análisis	Definición	Nivel de medición: Cualitativa o cuantitativa	Categorías de la variable o subcategorías de la categoría cualitativa	Fuente de información de donde se obtendrá
		Normatividad vigente	Contenido de las reglas instauradas a nivel político que regulan la prestación de los servicios de salud para manejar el concepto de integración entre el PIC y el POS y la integralidad de la atención.	Cualitativa	*Leyes que regulan la prestación de servicios de salud	Políticas y reglas instauradas a nivel nacional y distrital, ley 1751 de 2015, 1438 de 2011 y modelo de salud distrital, Bogotá Humana y Modelo de atención integral en Salud del Hospital Centro Oriente.

Fuente: Construcción de la autora.

ANEXO 2. Ficha para la recolección de información en bases de datos de talento humano

ESTRUCTURA –PERSONAL			
1	Por favor, indique cuantos y qué tipo de profesionales trabajan en la unidad por centro de atención en el territorio de Los Mártires.		
	Tipo de profesional	N. de personas	Horas contratadas por día
	Agentes comunitarios de salud		
	Auxiliares de enfermería		
	Enfermera(o)		
	Médico(a)s		
	Odontólogos		
	Psicólogos		
	Trabajador Social		
	Otros profesionales de salud (especifique)		
	Otros (que no son profesionales de salud), especifique:		

ANEXO 3. Instrumento de recolección de información

A. Información general.	
1	Fecha: (Día/Mes/Año)

2	Nombre del entrevistado:	
3	Título o formación académica:	
4	Cargo (marque solo una respuesta)	
		Administrador(a)
		Agente comunitario de salud
		Gestor(a) (coordinadora, directora)
		Enfermera(o)
		Médico(a)
		Otro profesional. Especifique:
5	Número de teléfono:	
6	E-mail	
7	Tipo de organización (marque solo una respuesta).	
		CAP
		CAMI
		UPA
		Centro ambulatorio de carácter privado
		Intervenciones Colectivas
		Administrativos del hospital

Características Estructurales

	ESTRUCTURALES – DIPONIBILIDAD Y CAPACIDADES DE ATENCION INTEGRAL Y DE GESTIÓN DE LOS EQUIPOS DE SALUD.	Nunca (1)	Casi Nunca (2)	Algunas veces (2)	Casi siempre (4)	Siempre (5)	No sabe (0)
8	Existe en su entorno laboral disponibilidad del recurso humano para atender las necesidades en salud identificadas.						
9	¿Considera usted que existe comunicación entre funcionarios para satisfacer las necesidades de atención de la población?						
10	¿ Considera que el talento humano se encuentra capacitado para prestar servicios de salud integral que incluyan:						
10.1	Promoción						
10.2	Prevención						
10.3	Tratamiento						
10.4	Rehabilitación						
15.5	Manejo epidemiológico						
10.6	Trabajo en equipo						
10.7	Planificación de la atención						
10.8	Seguimiento y evaluación de sus actividades						
	ESTRUCTURALES- CAPACIDAD	Nunca	Casi	Algunas	Casi	Siempre	No sabe

	DE ARTICULACIÓN DE LOS EQUIPOS.	(1)	Nunca (2)	veces (2)	siempre (4)	(5)	(0)
11	¿Puede la consulta manejar, los problemas que presenta la población que atiende (por ej., síntomas generales como fiebre o fatiga, traumatismos menores, dolor de garganta, tos y dolor torácico) sin necesidad de derivar a los pacientes, la gran mayoría (más del 90%)?						
12	Cuando está indicado, los médicos de los equipos territoriales ¿pueden ingresar y atender a sus pacientes en el hospital?						
13	¿Pueden los médicos asistenciales ingresar y atender a sus pacientes en su domicilio o centros de cuidados mínimos?						
	DE PROCESO-INTERACCIÓN DE LOS EQUIPOS CON LA COMUNIDAD.	Nunca (1)	Casi Nunca (2)	Algunas veces (2)	Casi siempre (4)	Siempre (5)	No sabe (0)
15	¿Se utilizan unas medidas de prevención primaria y secundaria apropiadas en las personas con riesgo; por ejemplo, vacunación del tétanos o la poliomielitis, detección precoz de la hipertensión y control de los factores de riesgos de la cardiopatía isquémica?						

16	¿Se anima y ayuda a los pacientes a que cuiden de sí mismos y a participar en su propio plan asistencial, por ejemplo en temas como consejos sobre nutrición dieta, ejercicio físico, prevención de accidentes, planificación familiar y problemas de la adolescencia?						
17	¿Apoyan los médicos de la consulta a los equipos que realizan promoción de salud en la comunidad, como programas de educación sanitaria para la población, programas de detección de enfermedades, programas de salud escolar y medicina deportiva y cursos de socorrismo?						
18	¿Se formulan diagnósticos integrales de los problemas familiares incorporando el enfoque de riesgo?						
19	¿Se exploran las redes de apoyo social y comunitario de las personas que consultan en el sistema?						
	DE PROCESO-GESTION DE LOS EQUIPOS.	Nunca (1)	Casi Nunca (2)	Algunas veces (2)	Casi siempre (4)	Siempre (5)	No sabe (0)
20	¿Se realizan las funciones y actividades integradas en una programación compuesta de objetivos y tareas, en la cual cada miembro participa y asume su						

	responsabilidad en el cumplimiento de ellas, con participación real de todos y reconocimiento del aporte de cada miembro?						
21	¿Se cuenta con un coordinador de sector, quién es el encargado de dirigir, integrar y consolidar las actividades del equipo territorial en torno a la ejecución del Plan de Salud Familiar para un territorio o sector específico de la población a cargo?						
22	¿Se acuerdan planes de trabajo con definición de roles, metas o tareas a realizar y calendarización de actividades, en forma coherente con la planificación general del establecimiento?						
23	¿Se cuentan con protocolos que orienten las acciones del equipo de salud y resguarden la seguridad de la población a cargo?						
24	¿ Se dispone del tiempo suficiente para reunirse en forma periódica con el objeto de evaluar su plan de trabajo, analizar casos clínicos y estudios de familia, autoevaluar su grado de madurez y desempeño como equipo en la ejecución del trabajo, además de						

	participar en reuniones recreativas o sociales, que les permita mantener un clima laboral adecuado?						
25	¿Se cuenta con un plan de capacitación continua de los equipos en temas acordes a la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud, que le permitan una mayor resolución y un manejo adecuado de problemas complejos?						
26	¿Se cuenta con un comité de calidad que incorpore la participación de los usuarios, promueva la implementación de sistemas de gestión de los procesos administrativos y asistenciales; a través de la ejecución de auditorías de seguimiento para el mejoramiento continuo de los mismos e impulsen el desarrollo organizacional hacia el aprendizaje permanente?						
27	Identifica el tipo de respuesta que debe brindar como funcionario ante una necesidad detectada a programas del PIC - POS y/o acciones intersectoriales.						
	PROCESO-GESTIÓN CLÍNICA- ENTORNO ORGANIZATIVO	Nunca (1)	Casi Nunca (2)	Algunas veces (2)	Casi siempre (4)	Siempre (5)	No sabe (0)
28	¿El equipo de salud asume la						

	responsabilidad y tienen la capacidad de ejecutar la prestación de los servicios?, (cuenta con la información necesaria, por ejemplo determinar los tiempos de espera para las consultas asistenciales, los recursos básicos y otros elementos necesarios para su trabajo y, sobre todo, tener la autonomía para la toma de decisiones).						
29	La evaluación de los servicios prestados se basa en las coberturas que los compromisos de gestión formulan y otros que el equipo considere necesario desarrollar de acuerdo con la problemática definida en el Análisis de Situación de Salud (ASIS)?						
30	La evaluación de los servicios prestados está dada por el cumplimiento de los objetivos y las políticas institucionales?						
31	¿La evaluación de los servicios prestados permite desarrollar una evaluación de cada uno de los equipos de salud?						
32	¿Los directivos proporcionan la información necesaria, sin que los equipos de salud tengan cargas administrativas?						

33	¿El equipo de salud toma sus decisiones y se responsabiliza de sus resultados?						
34	¿Se realizan cambios en la regulación y contratación para implantarse nuevos modelos de planificación que sean más funcionales y motivacionales?						
	Logros Problemas y Desafíos						
35	¿Cómo considera usted que se está llevando a cabo la implementación del modelo de atención integral?						
36	Cómo ve usted la integralidad en las acciones que realiza tanto salud pública como las sedes asistenciales?						
37	Describa el modelo actual del Hospital Centro Oriente para la implementación de la atención integral en salud.						
38	Cuales considera usted que son los principales logros alcanzados en la implementación del modelo de atención integral en salud planteado por el HCO.						
39	Desde su perspectiva cuales son los problemas que se presentan en la implementación del modelo de atención planteado por el HCO?						
40	Desde su perspectiva cuales son los desafíos que se presentan en la implementación del modelo de atención						

	planteado por el HCO?						
Integralidad en la atención							
¿En qué medida su unidad o centro de atención ofrece los siguientes servicios?							
ESTRUCTURA-PORTAFOLIO DE SERVICIOS		Nunca (1)	Casi Nunca (2)	Algunas veces (2)	Casi siempre (4)	Siempre (5)	No sabe (0)
41	Vacunación infantil						
42	Atención para niños y adolescentes						
43	Atención para adultos						
44	Atención para el adulto mayor.						
45	Control prenatal						
46	Servicios de planificación familiar						
47	Atención de enfermedades de transmisión sexual (por ejemplo, SIDA, sífilis)						
48	Programa de control de tuberculosis.						
49	Atención de enfermedades crónicas (artritis, asma, enfermedades del corazón).						

50	Tratamiento/control de diabetes						
51	Tratamiento/control de hipertensión o presión alta.						
52	Tratamiento de pequeñas heridas						
53	Consejo sobre el uso de alcohol o tabaco.						
54	Consejos sobre alimentación o nutrición.						
55	Problemas de salud mental.						
56	Consejos sobre actividad física.						
57	Educación sobre la preparación higiénica de agua o comida.						
58	Educación sobre violencia doméstica.						
59	Educación sobre accidentes domésticos.						
60	Educación preventiva odontológica (cepillado de dientes, higiene bucal)						
61	Atención odontológica						

ANEXO 4. Instrumento para la georreferenciación de la población capitada del Hospital Centro Oriente que reside en el territorio de Los Mártires

1. Se verificará por medio de la georreferenciación de las bases de datos de la población capitada.

Proporción de cantidad de capitados que viven y están fuera del territorio.

a. Los que viven en una localidad distinta a los Mártires pero son capitadas del Hospital Centro Oriente.

b. Los usuarios capitados que viven fuera del área de influencia del hospital Centro Oriente.

c. Cantidad de usuarios capitados que viven en el territorio de Los Mártires y se encuentran capitados.

ANEXO 5. Consentimiento Informado – Entrevista funcionarios en salud

El desarrollo de esta investigación tiene como propósito generar conocimiento para determinar una forma en la cual se podría implementar un modelo de atención integral donde se puedan articular las acciones individuales y colectivas que brinden respuestas a las necesidades identificadas de los pacientes capitados y vinculados para tener soluciones y mejorar las condiciones de salud de la población de los usuarios en el marco de una actual normatividad donde existe fragmentación y segmentación en los servicios de salud y así poder tener un marco referente para reorganizar los servicios de salud que ofrece la ESE.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista y completar una encuesta. Esto tomará aproximadamente _____ minutos de su tiempo. Lo

que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Usted tiene derecho a suspender su participación en esta investigación en el momento en que lo considere pertinente. Usted podrá conocer los resultados en una reunión de socialización de los mismos.

El presente consentimiento informado se encuentra enmarcado bajo la Resolución 8430 de 1993 “Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud” y los criterios a tener en cuenta para la investigación en comunidades.

Su firma abajo indica que usted **ACEPTA** participar del estudio.

Dado a los _____ días del mes de _____ del año _____.

Nombre Firma o huella.

ANEXO 6. Cronograma.

ETAPA	ACTIVIDADES	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr
		1. Propuesta del Tema y elaboración del anteproyecto	Elaboración de la propuesta del tema															
Aprobación y asignación de tutor																		
Definición del problema y sus antecedentes																		
Revisión del estado del arte.																		
Revisión de Fundamentos teóricos y/o conceptuales																		
Formulación de objetivos.																		
Justificación																		
Propósito																		
Elaboración de la bibliografía																		
2. Elaboración y presentación del	Elaboración de los métodos a utilizar																	
	Preparación y diseño de instrumentos para																	

ANEXO 7. Presupuesto

ACTIVIDAD	VALOR
RECURSO HUMANO	\$ 11.097.253,70
TRANSPORTE	\$ 240.000,00
PAPELERÍA	\$ 200.000,00
HORAS DE COMPUTADOR y RED	\$ 750.000,00
HORAS DE TUTORIA	\$ 6.435.000,00
GEOGRAFO	\$ 100.000,00
VARIOS (REFRIGERIOS PARA LOS PARTICIPANTES).	\$ 132.008,74
TOTAL	\$ 18.954.262,43