

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL



DIRECCION DE SANIDAD

RESOLUCIÓN NÚMERO 0144 DEL 01 MAR 2022

“Por la cual se adopta el Modelo de Atención Integral en Salud-MATIS en el Subsistema de Salud de la Policía Nacional, conforme a lo establecido en el Acuerdo No. 070 del 02 de agosto de 2019 del CSSMP y se establecen algunas directrices para su implementación”

EL DIRECTOR DE SANIDAD DE LA POLICÍA NACIONAL

En uso de sus facultades legales, conferidas por la Ley 352 de 1997, por el Decreto Ley 1795 de 2000, y la Resolución 05644 de 10 de diciembre de 2019 de la Dirección General de la Policía Nacional y,

CONSIDERANDO:

Que el Acuerdo No. 070 de 2019 del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional *“Por el cual se establece el Modelo de Atención Integral en Salud para el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional”*, define los principios, componentes y lineamientos para la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud en el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional. Este acuerdo comprende desde el aseguramiento hasta la atención integral en salud para los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional y tiene como finalidad el mantenimiento y mejoramiento de las condiciones de salud de los usuarios, la gestión y sostenibilidad financiera del subsistema, en el marco y cumplimiento de los principios, objetivos y elementos estratégicos que se fundamentan en la Atención Primaria en Salud (APS) y en la Gestión integral del Riesgo en Salud (GIRS).

Que mediante Resolución No. 05644 del 10 diciembre de 2019 *“Por la cual se define la estructura orgánica interna, se determinan las funciones de la Dirección de Sanidad y se dictan otras funciones”* suscrita por el Señor Director General de la Policía Nacional se definió una nueva estructura orgánica interna para la Dirección de Sanidad que contiene los elementos necesarios para la adopción del Modelo de Atención Integral en Salud (MATIS) en el Subsistema de Salud de la Policía Nacional (SSPN) establecido en el Acuerdo 070 de 2019 del CCSMP.

Que mediante la definición del nuevo mapa de procesos de acuerdo a los cambios en la normatividad interna que permite dar cumplimiento al Modelo de Atención Integral en Salud (MATIS), la adopción de las Rutas integrales de Atención en Salud (RIAS) de Promoción y Mantenimiento de la Salud y Materno Perinatal, exigidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, para lograr la atención integral, integrada y diferencial como lo exige el modelo de salud y las demás rutas que defina el subsistema de acuerdo al riesgo identificado incluida la RIAS operacional.

Que mediante Directiva Administrativa Transitoria No. 041 del 26 de noviembre de 2020 DIPON-DISAN *“Parámetros institucionales para la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud-MATIS en la Policía Nacional”*, se fijan los parámetros institucionales para la implementación del MATIS en el Subsistema de Salud de la Policía Nacional establecido en el Acuerdo 070 de 2019 del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.

Que mediante Resolución No. 451 DISAN del 11 de diciembre de 2020 *“Por la cual se conforma el Comité de Implementación y Control del Modelo de Atención Integral en Salud (CIMCO-MATIS), del Subsistema de Salud de la Policía Nacional-SSPN”*, se establece al

ej

CONTINUACIÓN DE LA RESOLUCIÓN "Por la cual se adopta el Modelo de Atención Integral en Salud-MATIS en el Subsistema de Salud de la Policía Nacional, conforme a lo establecido en el Acuerdo No. 070 del 02 de agosto de 2019 del CSSMP y se establecen algunas directrices para su implementación"

CIMCO MATIS como un órgano de gerenciamiento estratégico, encargado de coordinar y gestionar los procesos y actividades que se requieran para la implementación y control de los objetivos del Modelo de Atención Integral en Salud MATIS, que conlleva a lograr mejores resultados en salud para los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.

Que la complejidad del portafolio de servicios y la dispersión poblacional del Subsistema, no permiten que un Equipo Básico de Atención en Salud (EBAS) pueda tener a cargo entre 2.500 y 3000 usuarios, siendo necesario reducir el volumen de población a cargo, en aras de optimizar la gestión del riesgo en salud y la resolutiveidad de estos equipos.

Que se hace necesario expedir la presente resolución para generar las directrices generales sobre temáticas transversales de aseguramiento y prestación de servicios en salud, así como la asignación concreta de roles y responsabilidades que garanticen dar continuidad a la implementación y mantenimiento del Modelo de Atención Integral en Salud en el Subsistema de Salud de la Policía Nacional.

En consecuencia,

RESUELVE:

ARTÍCULO 1.- OBJETO. Adoptar el Modelo de Atención Integral en Salud (MATIS) establecido por el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional mediante Acuerdo 070 de 2019 del CSSMP en el Subsistema de Salud de la Policía Nacional (SSPN).

ARTÍCULO 2.- CAMPO DE APLICACIÓN. Lo establecido en la presente resolución es de obligatorio cumplimiento para todas las Áreas y dependencias asesoras del nivel central de la Dirección de Sanidad, así como para las Regionales de Aseguramiento en Salud, Unidades Prestadoras de Salud, Establecimientos de Sanidad Policial y Hospital Central de la Policía Nacional.

ARTÍCULO 3. RECURSOS COMPROMETIDOS EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL MATIS. La totalidad del talento humano, procesos, procedimientos y recursos del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, tanto del aseguramiento, la administración de la prestación como de la prestación de servicios de salud, deberán estar involucrados y comprometidos en la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud.

ARTÍCULO 4.- GLOSARIO Y DEFINICIONES. Para efectos de facilitar la aplicación y dar claridad y comprensión a la lectura del presente acto administrativo, se toman como referencia las siguientes siglas y definiciones:

APGAR familiar: es un cuestionario de cinco (05) preguntas que busca evidenciar el estado funcional de la familia y cómo los miembros de la familia perciben el nivel del funcionamiento de la unidad familiar.

APRES: Área Gestión de Prestación Servicios de Salud.

APS: Atención Primaria en Salud.

ARASI: Área Gestión de Aseguramiento en Salud.

AREAD: Área Administrativa.

ATEL: Accidente de Trabajo y Enfermedad Laboral.

BAI: Búsqueda Activa Institucional.

CIMCO MATIS: Comité de implementación y control del Modelo de Atención Integral en Salud del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.

CSSMP: Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.

DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística.

EBAS: Equipo Básico de Atención en Salud.

Ecomapa: es el complemento del familiograma y permite conocer la interacción de la familia y sus miembros con el medio que los rodea.

Encuesta Socio Económica Cultural y Familiar: es un cuestionario que permite identificar las relaciones interpersonales de los miembros de la familia, su vivienda, acceso a los servicios de salud e ingresos económicos.

ESP: Establecimiento de Sanidad Policial.

Familiograma: es la representación gráfica y estructural de la familia. Permite conocer el tipo de familia y los subsistemas que en ella interaccionan, determinan el ciclo vital familiar por el que atraviesa y permite conocer pautas generacionales repetidas como lo son por ejemplo el alcoholismo y el maltrato, además permite reconocer la presencia de acontecimientos vitales estresantes como lo son pérdidas de seres queridos y embarazos. Con este instrumento, se logra establecer el patrón de comunicación e interacción entre los distintos miembros de la familia.

GADSE: Grupo Administrador de Servicios Asistenciales.

GADT: Grupo de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico.

GIRS: Gestión Integral del Riesgo en Salud.

GRISS: Grupo Redes Integrales de Servicios de Salud.

GUGER: Grupo Gestión del Riesgo en Salud.

GUPLA: Grupo Planeación de la Atención en Salud.

GUMEC: Grupo Auditoría de Cuentas Médicas y Concurrencia.

GUSES: Grupo Soporte y Seguimiento Servicios de Alto Impacto.

INS: Instituto Nacional de Salud.

HOCEN: Hospital Central de la Policía Nacional

MATIS: Modelo de Atención Integral en Salud.

MINSALUD: Ministerio de Salud y Protección Social.

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

PLANE: Planeación Dirección de Sanidad.

RASES: Regional de Aseguramiento en Salud.

Red de apoyo: es todo aquello que puede servirle de soporte al individuo, para resolver o enfrentar sus problemas. La pareja, la familia, el estudio, grupos religiosos, actividades determinadas, entre otros.

RIAS: Ruta Integral de Atención en Salud.

RISS: Red Integral de Servicios de Salud.

SIVIGILA: Sistema de Vigilancia en Salud Pública.

SSPN: Subsistema de Salud de la Policía Nacional.

UPRES: Unidad Prestadora de Salud.

ARTÍCULO 5. ELEMENTOS ESTRATÉGICOS. La Dirección de Sanidad de la Policía Nacional en ejercicio de su doble rol de aseguramiento y prestación de servicios de salud, implementa el MATIS en el Subsistema de Salud de la Policía Nacional, desarrollando acciones tendientes a la garantía del goce efectivo de sus derechos, dentro del marco de la eficiencia, garantizando un uso racional y coherente de los recursos disponibles, que contribuyan a la sostenibilidad del Subsistema, teniendo como elementos estratégicos para su implementación:

1. La Atención Primaria en Salud (APS), estrategia determinada por la OPS que centra el modelo en las personas, con enfoque de salud familiar, comunitaria y diferencial, contempla acciones intra e intersectoriales, participación social y comunitaria, cuidado de la salud integral e integrado de la salud, encaminadas exclusivamente al goce efectivo del derecho fundamental de la salud.

2. La Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS) que se fundamenta en la caracterización demográfica, epidemiológica y priorización del riesgo de la población, este elemento demanda la articulación de los diferentes actores del Subsistema de Salud de la Policía Nacional para la armonización, seguimiento, monitoreo y evaluación de las acciones en salud por momentos del curso de vida, contempladas en las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), que van desde la promoción y mantenimiento de la salud, detección temprana, protección específica, llegando hasta el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación e incluso en el acompañamiento en el final de la vida.

ARTÍCULO 6.- CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN DEL SSPN. El Grupo Planeación de la Atención en Salud (GUPLA) del Área Gestión de Aseguramiento en Salud (ARASI), identificará las características demográficas, perfil epidemiológico de la población del SSPN, con la participación de las Regionales de Aseguramiento en Salud (RASES) en el nivel regional y local.

ARTÍCULO 7.- COSTO Y GASTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN EL SSPN. El Área Administrativa (AREAD) de la Dirección de Sanidad, una vez finalice la implementación del Sistema de Costos en Salud, entregará al Grupo Gestión del Riesgo en Salud (GUGER), el costo de las atenciones en salud brindadas por prestadores propios, discriminada por UPRES y Códigos Únicos de Procedimiento en Salud (CUPS). Del mismo modo, el Grupo Auditoría de Cuentas Médicas y Concurrencia (GUMEC) una vez finalizado el desarrollo y ajuste al Módulo de Cuentas Médicas SISAP, remitirá a GUGER, la información del valor de la facturación de cuentas médicas de la subred externa, contratada y no contratada, auditado, conciliado y pertinente para pago, discriminada por UPRES y Códigos Únicos de Procedimiento en Salud (CUPS).

ARTÍCULO 8.- PERFIL DE RIESGO EN SALUD DEL SSPN. El Grupo Gestión del Riesgo en Salud (GUGER) de ARASI, deberá dimensionar y categorizar el impacto económico de la morbilidad, para generar el perfil de riesgo en salud del SSPN, cruzando en una matriz comparativa de frecuencia vs impacto, la información de prevalencia de patologías contenida en el perfil epidemiológico (frecuencia), contra el costo y gasto de las atenciones en salud brindadas con prestadores propios y externas (impacto).

ARTÍCULO 9.- GESTIÓN DEL RIESGO INDIVIDUAL EN SALUD. El Grupo Gestión del Riesgo en Salud (GUGER) de ARASI, con base en el perfil de riesgo en salud del Subsistema, determinará las prioridades en salud a intervenir a través del diseño de estrategias, planes, programas, proyectos, Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), acciones intra e intersectoriales y de participación social en salud, liderando su implementación en el ámbito nacional, regional y local y el monitoreo de coberturas e impacto.

ARTÍCULO 10.- SALAS DE SITUACIÓN. Las Salas de Situación son entendidas como los espacios físicos o virtuales, en donde se muestran, analizan y evalúan interdisciplinariamente los aspectos más relevantes de la información en salud generada por diferentes instancias del aseguramiento y prestación de servicios de salud, respecto a situaciones de salud coyunturales de interés en salud pública, convirtiéndose en una herramienta de vital importancia y de apoyo para evaluar los problemas de salud prevalentes y emergentes, los riesgos de la población y las respuestas institucionales, facilitando la toma de decisiones en salud.

ARTÍCULO 11. OBJETIVO Y PROPÓSITOS DE LAS SALAS DE SITUACIÓN. Las Salas de Situación tienen como objetivo soportar de una forma técnica la formulación de planes, proyectos, intervenciones e informes sobre los problemas prioritarios o de interés para la salud pública que afectan o pueden afectar al Subsistema de Salud, permitiendo además identificar necesidades de investigación y brechas en la información y los datos.

Los principales propósitos y resultados que se esperan de la implementación de las Salas de Situación a nivel nacional, regional y local son:

1. Contar con un espacio de análisis y discusión eficaz.
2. Mantener vigilancia activa para eventos de interés en salud pública que superen la capacidad de respuesta y de análisis de los Comités de Vigilancia en Salud Pública (COVES) locales y que requieran mayor articulación de capacidades, para evitar, contener, transferir o mitigar oportunamente su impacto.
3. Fortalecer la gestión y la integración de la información y el conocimiento sobre la salud y sus determinantes, alrededor de temas de interés en salud pública para el Subsistema.
4. Generar, disponer y compartir con oportunidad e inmediatez, la información necesaria, pertinente, confiable y de fácil comprensión, generada intra e interinstitucionalmente.

5. Desarrollar una cultura de análisis, investigación en salud y uso sistemático de la información producida en las diferentes dependencias institucionales, dependencias estatales, medios de comunicación y fuentes alternativas.
6. Analizar el estado actual del servicio de salud en relación con la conformación y funcionamiento de la Red Integrada de Servicios de Salud, en función de las prioridades epidemiológicas del Subsistema.
7. Evaluar el impacto de la gestión de riesgos en salud, planes, programas y Rutas Integrales de Atención en Salud-RIAS, frente a las prioridades del subsistema y su efecto en la transformación de las tendencias demográficas y de morbi-mortalidad de la población a cargo.
8. Identificar daños o riesgos prioritarios de interés en salud pública, peligros, vulnerabilidades, y amenazas, mediante el análisis de su causalidad o determinantes, priorizando áreas críticas de intervención.
9. Tomar decisiones y realizar intervenciones oportunas a nivel técnico y administrativo, en los diferentes niveles de gestión.
10. Reorientar los servicios hacia la atención de las prioridades identificadas.
11. Fortalecer la capacidad de los diferentes niveles de aseguramiento y prestación, que permitan anticipar las amenazas que puedan impactar negativamente al Subsistema, proponiendo respuestas organizadas frente a dichas amenazas.
12. Coordinar y articular acciones intra e intersectoriales para solventar las problemáticas identificadas.
13. Elevar el nivel de la gestión en la formulación y ajuste de los planes operativos o de acción, alineados a las políticas, prioridades y compromisos de gestión institucionales, nacionales e internacionales.
14. Identificar, sistematizar, medir y reducir las brechas en la calidad de la información desde la notificación hasta la gestión de eventos de interés en salud pública.
15. Monitorear o evaluar las medidas implementadas y reformular estrategias en caso de no impactar la problemática en estudio.

ARTÍCULO 12. CARACTERÍSTICAS FUNCIONALES Y DE OPERACIÓN DE LAS SALAS DE SITUACIÓN. Las siguientes son características funcionales de las reuniones de la sala situacional:

1. La Sala Nacional será presidida, coordinada y convocada por la Subdirección de Sanidad, y a nivel regional y local por la jefatura de la Regional de Aseguramiento en Salud.
2. La Secretaría técnica estará en cabeza del profesional de la salud de la unidad con especialización en epidemiología, con mayor experiencia, quien se encargará de la elaboración de actas y gestión del archivo documental, en el que se consignen las discusiones, compromisos y decisiones tomadas durante las Salas de Situación, como también de la proyección y elaboración de las comunicaciones oficiales relacionadas con el funcionamiento de la sala.
3. Las Salas de Situación contarán con la participación de representantes del aseguramiento, de la prestación y de la parte administrativa.
4. Sesionarán ordinariamente como mínimo de forma trimestral o extraordinariamente si la realidad nacional, regional o local lo demandara, y se convertirán en sala de crisis, cuando las circunstancias de emergencia epidemiológica así lo ameriten.
5. La Sala de Situación Nacional, puede solicitar la participación, articulación y sesión conjunta de una, varias o la totalidad de salas de situación regional, salas de situación locales, Hospital Central, Establecimientos de Sanidad Policial, así como de instituciones o profesionales expertos, cuando se considere que los temas a abordar, lo requieran. De la misma forma la Sala de Situación regional, podrá ampliar la convocatoria en lo que compete a su jurisdicción.
6. El equipo de trabajo que participa en las Salas de Situación debe ser multidisciplinario, integrado por los representantes de cada uno de los servicios y dependencias asesoras, misionales y de apoyo técnico administrativo, acorde a la temática o evento a discutir y analizar.
7. Las Salas de Situación deben reunir la información de salud y toda aquella que sea pertinente según la temática de discusión y análisis. La información debe estar

ce

- disponible y actualizada, de acuerdo a la periodicidad de reuniones y se debe presentar solo aquella que tenga carácter trascendental y útil en la toma de decisiones.
8. En la primera sesión de cada año se adoptarán las fichas técnicas para los indicadores básicos de interés en salud pública, tanto del aseguramiento como de la prestación de servicios de salud, con base en las prioridades generadas en el informe de caracterización de población y perfil epidemiológico. De conformidad con la periodicidad establecida en cada ficha técnica, se incorporará el análisis de indicadores, en el orden del día de la respectiva sesión de sala situacional.
 9. En las sesiones de las Salas de Situación, también se podrán presentar informes y estudios adelantados por investigadores o grupos de investigación, sobre temas estratégicos de interés en salud pública para la población de usuarios del Subsistema o que puedan incidir sobre esta, en temas tales como:
 - a) Perfil epidemiológico y perfil de riesgo: común, ocupacional, operacional.
 - b) Enfermedades infecciosas, emergentes, reemergentes, huérfanas y olvidadas.
 - c) Enfermedades crónicas.
 - d) Salud mental, equidad de género y violencias.
 - e) Identificación de determinantes sociales de la salud que necesiten ser intervenidos intra e intersectorialmente.
 - f) Desigualdades/inequidades (género, edad, nivel socioeconómico, etnia, labor desempeñada, rango o jerarquía institucional, condición de discapacidad, embarazo, ruralidad, entre otros).

ARTÍCULO 13.- ASPECTOS GENERALES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS SALAS DE SITUACIÓN. La Subdirección de Sanidad a nivel nacional y la jefatura de cada Regional de Aseguramiento en Salud a nivel regional y local, tendrán las siguientes responsabilidades:

1. Disponer el espacio físico o virtual adecuado y gestionar los recursos para el adecuado funcionamiento de la Sala de Situación.
1. Conformar el equipo multidisciplinario técnico administrativo, acorde a la temática o evento (s) a discutir y analizar.
2. Fortalecer las competencias existentes del equipo que conforma la Sala de Situación a través de compartir las experiencias y buenas prácticas intra y extra institucionales, así como la capacitación de sus integrantes.
2. Asegurar la vigilancia en salud pública al interior de la institución, involucrando la participación de las diferentes dependencias a su cargo para detectar, evaluar y notificar oportunamente los eventos sujetos a vigilancia epidemiológica.
3. Garantizar el funcionamiento de los sistemas de información, para que brinden información oportuna, confiable y útil para la toma de decisiones.
4. Tomar decisiones con base en los hallazgos, evidencias demostradas y recomendaciones emitidas por el equipo de la sala situacional.

El equipo de trabajo que participa en las Salas de Situación deberá tener en cuenta las siguientes fuentes de información:

- a) Informes de Instituciones especializadas (OMS, OPS, MINSALUD, INS, DANE, Medicina Legal).
- b) Publicaciones y reportes diversos de carácter científico y social, de instituciones académicas, centros de investigación, entre otros.
- c) Bases de datos de sitios integradores de evidencia científica.
- d) Perfil demográfico, perfil epidemiológico, prioridades de la caracterización de la población, perfil de riesgo en salud.
- e) Marco normativo internacional, nacional, regional o local vigente, según la temática a abordar.

ARTÍCULO 14.- RUTAS INTEGRALES DE ATENCIÓN EN SALUD (RIAS). El Grupo Gestión del Riesgo en Salud de ARASI, será el encargado de la proyección de los actos administrativos necesarios para la adopción de cada una de las RIAS emitidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, así como del diseño de las RIAS adicionales requeridas por el Subsistema, entre ellas, una ruta propia para el régimen de excepción, que aborde la Salud Operacional.

Las RIAS serán herramientas y referentes obligatorios que deben ser implementados acatados por todos los responsables del aseguramiento y prestación de servicios de salud del Subsistema de Salud, en todo el territorio nacional.

ARTÍCULO 15.- FORMULARIO ÚNICO DE INGRESO AL SSPN. El Grupo Planeación de la Atención en Salud, en coordinación con GUGER, definirá las variables mínimas que debe contener el Formulario único de Ingreso al SSPN, documento en el cual el titular, además de informar los datos de identificación personales y de su núcleo familiar, declara cuál es su estado de salud y el de sus beneficiarios, convirtiéndose en el primer instrumento de identificación de riesgos de salud para los usuarios del SSPN.

Los responsables validación de derechos de cada Regional de Aseguramiento en Salud, serán los encargados de exigir su diligenciamiento por parte del titular, como requisito para activar los derechos en el SSPN y se encargarán de transcribirlo en el respectivo aplicativo SISAP-Web.

Para todos los usuarios que ya tienen derechos en el SSPN, pero no cuentan con la declaración del estado de salud, los responsables de la gestión de riesgos de las RASES, serán los responsables de exigir su diligenciamiento progresivo y proceder a la transcripción en el aplicativo SISAP-Web.

ARTÍCULO 16.- INSTRUMENTOS Y HERRAMIENTAS DE LAS (RIAS). El Grupo Gestión del Riesgo en Salud de ARASI, establecerá para el SSPN, las herramientas de salud familiar denominadas familiograma, ecomapa, APGAR familiar –redes de apoyo y encuesta socio económico cultural, que permiten identificar los determinantes sociales en salud y los riesgos individuales y familiares. Estas herramientas, deberán ser diligenciadas para todos los usuarios, por parte de los Equipos Básicos de Atención en Salud (EBAS), en el respectivo aplicativo SISAP-Web.

ARTÍCULO 17.- BÚSQUEDA ACTIVA INSTITUCIONAL (BAI) Y SEGUIMIENTO A COHORTES. El Grupo Planeación de la Atención en Salud y el Grupo Gestión del Riesgo en Salud de ARASI y las Regionales de Aseguramiento en Salud realizarán la Búsqueda Activa Institucional, para la identificación en diferentes bases de datos y fuentes de información, de los eventos de interés en salud pública del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), así como para la detección de otros riesgos en salud no cubiertos por las cohortes de cada RIAS, que permitan la canalización efectiva de la población hacia el portafolio que ofrece la Red Integral de Servicios de Salud del SSPN.

ARTÍCULO 18.- ADAPTACIÓN FUNCIONALIDADES DE LOS EQUIPOS DE PRESTACIÓN MATIS. Para facilitar la implementación del portafolio de servicios en las diferentes Unidades Prestadoras de Salud (UPRES), se incorpora en la terminología para la planeación y evaluación de los diferentes prestadores propios, las denominaciones de "Equipos Básicos de Atención en Salud (EBAS)" y "Grupos de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico (GADT)", como figuras mediante las cuales se organizará la administración del talento humano, que permitirán manejar un lenguaje unificado para la rendición de cuentas ante el CSSMP, pero que no implican cambios en los nombres que actualmente se manejan para los prestadores de la Red Integral de Servicios de Salud del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, tratándose por tanto, de un cambio eminentemente funcional y no estructural.

Para el Subsistema de Salud de la Policía Nacional el propósito, finalidad y funcionalidad establecida para los Equipos Básicos de Atención en Salud (EBAS) y Grupos de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico (GADT) en el Acuerdo CSSMP 070 de 2019, se incorpora en su totalidad a diferentes instancias en el aseguramiento, planeación de la atención y operación de la atención, en armonía con el sistema de referencia y contra-referencia, implicando un reenfoque con énfasis en atención primaria en salud y gestión de riesgos en salud.

cr

ARTÍCULO 19.- ASIMILACIÓN FUNCIONAL DE LAS ACTIVIDADES DE LOS GADT EN LA PRESTACIÓN. Los grupos funcionales en la intramuralidad (Laboratorio Clínico de Referencia Nacional y Línea de Apoyo Emocional) o extramuralidad (Programa médico domiciliario, Programa Hospital en Casa e intervenciones de salud operacional), así como los grupos de apoyo diagnóstico y terapéutico, o grupos de profesionales conformados por las UPRES con fines específicos asistenciales, continuarán aplicando las mismas denominaciones que en la actualidad usan.

En su funcionalidad, los GDAT incrementarán su participación en la información, educación y comunicación para la salud, en la gestión de riesgos individuales primarios (propios del individuo) y técnicos (seguridad del paciente o inherentes a la prestación de servicios), convirtiéndose en fuente activa generadora de alertas, notificación de eventos de interés en salud pública y como actores obligados a efectuar la detección de usuarios que no están haciendo parte de las RIAS priorizadas por el Subsistema, canalizándolos hacia el respectivo prestador.

En la planificación o evaluación de productividad y desempeño, por parte de las UPRES y de APRES, podrán ser agrupados, denominados o clasificados como GADT, especialmente cuando se requiera generar información de gestión ante el CSSMP.

PARÁGRAFO.- MÉDICOS FAMILIARISTAS. Los médicos especialistas en medicina familiar, por su enfoque de formación en APS, además de ser un soporte efectivo para la atención asistencial, deberán contar como mínimo con un veinte por ciento (20%) de sus horas contratadas para dedicación a las labores de implementación, fortalecimiento y mejoramiento del MATIS en su área de influencia, programándose como mínimo 190 horas/mes de médico especialista en medicina familiar, para una cobertura de entre 20.000 y 30.000 usuarios.

ARTÍCULO 20.- ASIMILACIÓN FUNCIONAL DE LAS ACTIVIDADES DEL MATIS EN LA ADMINISTRACIÓN DE LA PRESTACIÓN. El Grupo Administrador de Servicios Asistenciales (GADSE) de APRES en lo concerniente al nivel nacional y las UPRES en el ámbito local, utilizarán las denominaciones de EBAS y GADT para la medición de indicadores de uso de servicios, producción, productividad y para la programación de talento humano, insumos, recursos y servicios necesarios para la gestión integral del riesgo en salud, en la prestación de servicios. La delimitación de funciones y productos a entregar mediante adecuación de volumen, para cada uno de los integrantes del EBAS, será establecida por GADSE.

Para los cálculos de adecuación de volumen y en el manejo de información para informes MATIS del Subsistema, un EBAS tendrá a cargo entre 1.500 y 2.000 usuarios, entendiéndose por EBAS, un equipo de personal asistencial de disciplinas básicas en consulta externa, conformado como mínimo por médico general, una enfermera y una auxiliar de enfermería, de tiempo completo (8 horas).

Todos los médicos generales, enfermeras y auxiliares de enfermería de consulta externa del prestador propio, harán parte de los EBAS, con agendamientos de acciones en salud, acordes a las necesidades de portafolio y directorio aprobados para cada lugar y tendrán la capacidad de ofrecer todas las actividades relacionadas con la atención de usuarios en la baja complejidad de la UPRES, para abordar el riesgo común (promoción y prevención, enfermedad y accidente de origen común), riesgo ATEL (enfermedad y accidente de origen laboral), riesgo en salud operacional, realización de exámenes de capacidad psicofísica.

Los profesionales de la salud contratados para labores administrativas (Administración de la prestación en la UPRES), no harán parte de la programación y seguimiento para las denominaciones de equipos de trabajo asistencial EBAS o GADT.

En la programación de usuarios a cargo de cada Equipo Básico de Atención en Salud, se utilizará el siguiente factor de corrección para dimensionar el volumen de usuarios que debe tener un EBAS, el cual deberá ser inversamente proporcional a la concentración de

población en los extremos de la vida que tenga el territorio en particular evaluado, como se menciona en la siguiente tabla:

Proporción de Población en los extremos de la vida, respecto a la población total	# de usuarios por cada EBAS
> 23%	1.500
> 20 a 23%	1.650
17 a 20%	1.800
< 17%	2.000

Por población en los extremos de la vida se entiende la sumatoria de la población menor de 5 años y mayor de 60 años, población que demanda mayor volumen de servicios y genera una frecuencia de uso superior al resto de la población.

Los demás integrantes del equipo asistencial de apoyo diagnóstico y terapéutico, incluidos los auxiliares de odontología (recurso ligado a la presencia del servicio de odontología), se programarán conforme al volumen de demanda (adecuación de volumen).

ARTÍCULO 21.- GESTIÓN DE LA RED INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD. El Grupo Redes Integrales de Servicios de Salud (GRISS) de ARASI, desarrollará las siguientes actividades del MATIS, relacionadas con la gestión de la Red Integral de Servicios de Salud (RISS) del SSPN:

1. Proyección de lineamientos generales para la conformación de la RISS del SSPN, formas de contratación e incentivos en salud, gestión farmacéutica y funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia, autorizaciones y transcripciones, de conformidad con el plan de beneficios vigente.
2. Consolidación de las Subredes Integrales de Servicios de Salud (una por cada Regional de Aseguramiento en Salud) y socialización de la RISS del SSPN, georreferenciando los servicios ofrecidos, coberturas, red urgencias y oncología.
3. Seguimiento a la continuidad en la prestación del servicio de la RISS y concurrencia médica a las labores del prestador, retroalimentado brechas de calidad detectadas tanto al Área Gestión de Prestación Servicios de Salud, como a las RASES.
4. Evaluación de la suficiencia de servicios de salud para cada RIAS, de la seguridad en la farmacoterapéutica, del comportamiento de las excusas de servicio e incapacidades médicas, de la pertinencia en la prescripción de tecnologías en salud no contemplados en el plan de beneficios de la Policía Nacional, de la pertinencia técnica y económica de las cuentas médicas, así como del reconocimiento de reembolsos por el pago de servicios no ofrecidos por la RISS.

ARTÍCULO 22.- SOPORTE DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN. Telemática DISAN en coordinación con ARASI, APRES, Planeación DISAN (PLANE) y AREAD, deberá adaptar progresivamente el Sistema de Información en Salud (SISAP) de la Dirección de Sanidad, a las nuevas exigencias, necesidades y denominaciones del MATIS, permitiendo optimizar la captura de datos con calidad desde la fuente primaria, la comunicación, disposición de información e interoperabilidad segura con afiliados y beneficiarios, usuarios internos y externos, el monitoreo a la implementación del modelo y la gestión de la información y el conocimiento en salud.

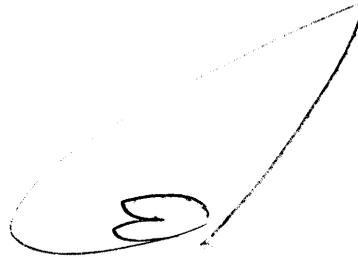
ARTÍCULO 23.- CONTINUIDAD DEL DESPLIEGUE NORMATIVO DEL MATIS. Cada Área y dependencia Asesora de la Dirección de Sanidad, evaluará necesidades adicionales de lineamientos y despliegue normativo, planeando, proyectando y ajustando los tipos documentales que permitan mayor eficiencia y efectividad en la implementación y mantenimiento del MATIS en el Subsistema de Salud de la Policía Nacional, de conformidad con la Guía 1DS-GU-0015 "Lineamientos para el control de documentos en la Policía Nacional".

ARTÍCULO 24.- SEGUIMIENTO A LA IMPLEMENTACIÓN DEL MATIS EN EL SSPN. El Comité de Implementación y Control del Modelo de Atención Integral en Salud (CIMCO-MATIS) creado mediante la Resolución 451 DISAN del 12 de noviembre de 2020, será el órgano de gerenciamiento estratégico encargado coordinar y gestionar los procesos y actividades que se requieran para la implementación y control de los objetivos del MATIS.

ARTÍCULO 25.- VIGENCIA Y DEROGATORIAS. La presente Resolución rige a partir de su expedición y deroga cualquier disposición que le sea contraria.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE,

Dada en Bogotá D.C., a los **01 MAR 2022**



Mayor General **MANUEL ANTONIO VÁSQUEZ PRADA**
Director de Sanidad Policía Nacional

Elaborado por
Revisado por
Aprobado por
Fecha de elaboración:

SM-116 Andrea Moreno Peña ARASI-GUPLA
PS-24 Mauricio Salamanca Betero ARASI-GUPLA
AD-33 Carmen Lilia Puig García DISAN-ASJUR
MY- Marieny Velandía Gómez APRES-SUDIR
MY- Maryam Liset Moreno Arenas ARASI-GUPLA
MY- Rafael Antonio Rojas Guzmán DISAN-TELEM
TC- Johan Darío Cala González - DISAN-PLANE
CR- Magaly Beatriz Vergel Pastor SUSAN-ARASI
CR- Nairo Enrique Espinel Rojas SUSAN-AREAS
CR- Sandra Pinzón Camargo DISAN-SUSAN

