

INTERVENCIÓN EN EL PROCESO DE ADSCRIPCIÓN AL PRESTADOR PRIMARIO
EN EL SISTEMA DE SALUD DEL VALLE DEL CAUCA

IVÁN MAURICIO ESCOBAR MENDOZA

Trabajo de grado para optar por el título de:
Magíster en Gerencia de Organizaciones en Salud

Directora de Proyecto de grado:

VICTORIA EUGENIA SOTO, PhD

UNIVERSIDAD ICESI
Facultad de Ciencias Administrativas y Económicas
Santiago de Cali, junio 2018

CONTENIDO

	pág.
1. RESUMEN.....	3
2. JUSTIFICACIÓN	6
2.1 ASEGURAMIENTO EN EL VALLE DEL CAUCA.....	7
3. OBJETIVO GENERAL	9
3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	9
4. METODOLOGIA	10
4.1 DATOS.....	10
4.2 MÉTODO.....	10
5. RESULTADOS.....	12
5.1 LA ADSCRIPCIÓN EN COLOMBIA – MARCO NORMATIVO.....	12
5.2 EL PROCESO DE ADSCRIPCION – EXPERIENCIA INTERNACIONAL.....	14
5.2.1 EXPERIENCIA INTERNACIONAL – HACIA BUENAS PRÁCTICAS.....	20
5.2.2 MODELO DE BUENAS PRÁCTICAS EN EL PROCESO DE ADSCRIPCIÓN	23
5.2.3 GRADO DE AVANCE DE LAS EPS DE ESTUDIO EN RELACIÓN CON LAS BUENAS PRÁCTICAS EN EL PROCESO DE ADSCRIPCIÓN.....	26
6. CONCLUSIONES	33
7. PROPUESTA.....	35
8. BIBLIOGRAFÍA	38
ANEXOS	42

1. RESUMEN

Desde 2016, el sistema de salud en Colombia está implementando la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), conocida como Modelo Integral en Atención en Salud (MIAS); busca integrar el cuidado de la salud y bienestar de la población con los territorios donde se desarrolla, para articular el asegurador, la entidad territorial y los prestadores. La implementación de MIAS ha sido limitada; el departamento pionero, el Guainía, altamente rural (69 %) y con poca competencia en el aseguramiento y la prestación. A partir de las preguntas sin respuesta en la evaluación de dicha experiencia, la presente investigación se pregunta cómo sería la implementación del MIAS el Valle del Cauca, comparable con otros departamentos colombianos, cuya complejidad en el aseguramiento, la prestación y grado de urbanización es mayor, y las necesidades en salud, diversas. Así, se podría explorar una red de prestación que involucre prestación privada y pública en territorios urbanos, rurales y dispersos.

Dado que el MIAS plantea una mayor integralidad en la atención y define de manera implícita una prestación en red, se hace necesario identificar el punto de entrada de los usuarios a esta —en la literatura, llamado el proceso de adscripción de los individuos a su prestador primario—. Identificar el punto o la puerta de entrada de los individuos al sistema de salud es de vital importancia para gestionar su riesgo y poderles direccionar de forma oportuna en la red.

Este documento busca describir el estado del proceso de adscripción en cinco Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB) y su normatividad. Seguidamente, se determinan las brechas existentes en dicho proceso con las mejores prácticas, definidas a partir de la experiencia latinoamericana que, finalmente, al caracterizarlo en cada una de las

EPS objeto del estudio, permitió identificar los retos para ajustarse a los requerimientos del MIAS.

Palabras Clave: Adscripción – Atención primaria salud – Equipos de salud – Caracterización de la población – Modelo de salud.

ABSTRACT

Since 2016, the health system in Colombia has been implementing the Política de Atención Integral en Salud (Comprehensive Health Care Policy –PAIS, for its acronym in Spanish), known as the Modelo Integral en Atención en Salud (Comprehensive Model in Health Care –MIAS, for its acronym in Spanish). It seeks to integrate the population's health care and welfare with the territories where it develops, to articulate the insurer, the territorial entity and the providers.

The implementation of MIAS has been limited; the pioneer department is Guainía –highly rural (69%)– with little competition in insurance and provision. Based on the unanswered questions that the evaluation of this experience left, this research raises the query on how would MIAS be implemented in Valle del Cauca. This department has complex insurance policies, and its provision and degree of urbanization is greater compared to other departments. Moreover, its needs in healthcare are diverse. Thus, a provision network that involves private and public provision in urban, rural and dispersed territories could be explored.

Given that MIAS offers a greater integrality in care, and implicitly defines a provision network, it is necessary to identify the entry point of users to the system –in the literature, this is called the process of individuals' affiliation to their primary provider–. Identifying the point or gateway of entry of individuals to the health system is fundamental to manage their risk and to address them appropriately within the network.

The objective of this paper is to describe the status of the affiliation process in five Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (Benefit Plan Administrating Entities – EAPB, for its acronym is Spanish) and its regulations. Subsequently, the existing gaps in this process are determined with the best practices, based on the Latin American experience that, lastly, by characterizing it in each one of the EPS that were studied, allowed to identify the challenges for adjusting to the MIAS’ requirements.

Keywords: Ascription - Primary Health Care - Health Equipment - Characterization of the Population - Health Model

2. JUSTIFICACIÓN

El Sistema General de Seguridad Social Salud (SGSSS), creado mediante la Ley 100 de 1993 y reformado con la Ley 1438 de 2011, ha tenido grandes avances. Sin embargo, aún presenta dificultades por su alta carga de enfermedad, redes de prestadores de servicios de salud fragmentadas, desintegradas y con poca resolutiveidad en los niveles básicos de atención (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). En la búsqueda de soluciones a las dificultades que aquejan al sistema de salud, la PAIS busca una atención integral, integrada y continua desde la gestión que realizarían los equipos de salud en el nivel básico de atención. Esta fórmula, un marco estratégico enfocado en el individuo y establece el MIAS, es además, un modelo operacional del marco estratégico que busca integrar los entes territoriales (ET), las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB) y demás sectores determinantes en la salud de la población con enfoque hacia el individuo, la familia y la comunidad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Dicho modelo tuvo su primera experiencia de implementación en el departamento de Guainía, una región con alta dispersión geográfica y con una población altamente rural (69 %). Este contó con la participación de un único asegurador y se integró con un hospital de alta complejidad, que articuló el nivel básico de atención, para brindar una atención oportuna, integral, integrada y continua desde las actividades colectivas hasta las individuales para lograr los resultados en salud esperados. No obstante, la experiencia es limitada dado que esta solo es comparable con las de regiones que tengan condiciones similares (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

El Valle del Cauca cuenta con una red de prestadores de servicios de salud de baja, mediana y alta complejidad, en un territorio con un desarrollo urbano considerable en la

mayoría de sus municipios —la mayor parte de su extensión es rural— (ASIS Valle del Cauca, 2016). Además, cuenta con múltiples aseguradores del régimen contributivo y subsidiado. En este contexto, y con las bondades del MIAS en la integración de aseguradores, prestadores y entes territoriales que trabajan para alcanzar los resultados de salud esperados, es necesario entender cómo está operando la puerta de entrada a esa red.

Es decir, el MIAS para la configuración de las redes de prestadores de servicios de salud y rutas de atención integral necesita identificar los riesgos y necesidades en salud de la población, para ser más eficiente en el uso de los servicios y la Gestión del Riesgo en Salud (GIRS). Es así como el proceso de adscripción permite georreferenciar la población en la red de prestadores disponible en el territorio y, a su vez, gestionar de forma más eficiente los riesgos en salud de las familias, desde la inscripción en la red y el diligenciamiento de fichas de caracterización por cada individuo y su grupo familiar. Asimismo, permite configurar los servicios de salud desde las unidades básicas de atención acorde con dichos riesgos y necesidades en salud.

Finalmente, el proyecto buscó —desde el marco normativo, la referencia internacional y la experiencia de algunas de las EPS que van a ser parte— identificar las mejores prácticas para documentar y establecer un proceso de adscripción que responda a la estructura propuesta por el MIAS y a las necesidades en salud de la población.

2.1 ASEGURAMIENTO EN EL VALLE DEL CAUCA

El Valle del Cauca tiene una población de 4,7 millones de habitantes ubicados, principalmente, en sus cabeceras (88 %). Por un lado, Cali (Capital), Buenaventura, Cartago y Yumbo tienen una población urbana que concentra entre el 88 % y 98 %. Y, por

otro lado, tiene municipios que concentran el 72 % de su población en zonas rurales tales como: El Águila, Dagua, La Cumbre y Bolívar según estimaciones del DANE a 2017.

La afiliación en el Valle del Cauca por EAPB y régimen corresponde a un 96 % de su población total y su distribución internamente se consolida en el pareto de la Tabla 1 (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2017).

Tabla 1 Afiliación a Entidades Promotoras de Salud (EPS) en el Valle del Cauca

EPS del Régimen Contributivo	Afiliados a junio 2017	%	Acumulado	EPS del Régimen Subsidiado	Afiliados a junio 2017	%	Acumulado
EPS S.O.S. S.A.	642 718	25 %	25 %	EMSSANAR E.S.S.	928 431	49 %	49 %
COOMEVA E.P.S. S.A.	519 833	20 %	45 %	COOSALUD E.S.S.	320 012	17 %	65 %
LA NUEVA EPS S.A.	333 254	13 %	58 %	CAFESALUD E.P.S. S.A.	181 209	9 %	75 %
COMFENALCO E.P.S.	232 616	9 %	67 %	ASMET SALUD	133 035	7 %	82 %
EPS SURA	185 691	7 %	74 %	NUEVA EPS S.A. -CM	120 700	6 %	88 %
CAFESALUD E.P.S. S.A.	171 768	7 %	81 %	AMBUQ E.S.S.	76 625	4 %	92 %
Resto de entidades (13)	496 986	19 %	100 %	Resto de entidades (15)	148 412	8 %	100 %
		100				100	
Total entidades	2 582 866	%		Total entidades	1 908 424	%	

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2017. Cálculos propios.

3. OBJETIVO GENERAL

Identificar las fortalezas y debilidades en el proceso de adscripción al prestador primario en Colombia, a partir del análisis de los procesos en cinco EPS del Valle del Cauca, en relación con la caracterización de la población afiliada, su gestión del riesgo en salud y los sistemas de información.

3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

3.1.1. Definir el proceso de adscripción en el contexto colombiano a partir de la revisión de la normatividad relacionada con dicho proceso.

3.1.2. Revisar los procesos y actividades administrativas que surten el proceso de adscripción en países de la región.

3.1.3. Identificar los procesos administrativos relacionados con el proceso de adscripción que mayor pertinencia tienen en este y que permita definir un modelo de buenas prácticas administrativas en dicho proceso.

3.1.4. Describir las brechas de los procesos de adscripción en el contexto colombiano a partir del análisis de las brechas existentes, en los procesos administrativos implementadas por las EPS objeto del estudio y las buenas prácticas identificadas en las experiencias internacionales.

3.1.5. Analizar los retos que enfrenta el proceso de adscripción en Colombia de acuerdo con los resultados del análisis de brechas.

4. METODOLOGIA

A partir de la revisión de la normatividad del SGSSS y cada uno de los elementos que están asociados con el proceso de adscripción en el contexto colombiano y la identificación de los procesos relacionados de adscripción en países latinoamericanos (Argentina, Brasil, Chile, Ecuador, Perú y Paraguay), se realizó una comparación entre las buenas prácticas en el proceso de adscripción y los procesos realizados en cada una de las EPS.

4.1 DATOS

Para la búsqueda de información del proceso de adscripción a nivel nacional se realizó una búsqueda en el banco de normas que tiene la página web del Ministerio de Salud y Protección Social y, para identificar las experiencias, se realizó la búsqueda en la base de datos ScienceDirect y EBSCOhost. En este primer punto, la ecuación de búsqueda solo tuvo las palabras claves: adscripción, atención primaria en salud y caracterización de la población.

Respecto a la búsqueda de información del proceso de adscripción a nivel internacional, se revisó cada sistema salud desde su estructura general hasta la especificidad del proceso de adscripción de Argentina, Brasil, Chile, Ecuador, Perú y Paraguay.

4.2 MÉTODO





La revisión de las experiencias internacionales, que incluyó una revisión de literatura existente y la normatividad de cada país, buscó identificar los siguientes puntos clave: a) definición del concepto de adscripción; b) proceso operativo (Criterios); c) personas responsables de la operación; d) sistemas de información que apoyan el proceso; e) disponibilidad al público y demás interesados; e f) indicadores de gestión asociados con el proceso. Finalizada la revisión internacional, se seleccionaron actividades en cada uno de

los procesos de adscripción que describiesen las mejores prácticas en su desarrollo para Colombia con base en su: a) Pertinencia para el sistema de salud en Colombia y b) coherencia con los objetivos del MIAS.

Para determinar el grado de avance de cada una de las EPS participantes frente al modelo de buenas prácticas, se realizaron cinco entrevistas semiestructuradas de acuerdo con los hallazgos a nivel internacional y, previamente, una entrevista en profundidad a una de las EPS del Valle del Cauca para desarrollar una línea de base a las entrevistas que se realizarían (ver Anexo 1). Las entrevistas tuvieron una duración de sesenta minutos y se realizaron entre marzo y abril de 2018. Los entrevistados fueron 5 jefes de afiliación, 5 jefes de caracterización y dos asistentes de afiliación de tres EPS del régimen contributivo y dos EPS del régimen subsidiado, que permitieron estimar el avance en cada una de las actividades propuestas. Dichas EPS tienen 2842794 afiliados que representan el 68 % respecto al departamento y el 6 % respecto al nivel nacional.

Ahora, la tabla 2 presenta como se estimó el grado de avance en los procesos de las EPS objeto de estudio, respecto a cada una de las actividades identificadas como buenas prácticas en el proceso de atención. Posteriormente, se estimó cada uno de los retos y fortalezas por actividad planteada en el modelo de buenas prácticas, para plantear la estrategia que debería reorientar el proceso de adscripción en las EPS para integrarla con el proceso de caracterización de su población.

Tabla 2 Criterios de evaluación del proceso de adscripción a las EPS

Escala de Evaluación	Criterio	Evidencia
	100% Tarea realizada completamente	Actividad realizada, evidenciada y documentada
	75% Tarea en implementación	Actividad realizada, evidenciada y no documentada
	25% Tarea en fase de planeación	Actividad realizada, no evidenciada y no documentada
	0% Tarea no iniciada	Actividad no realizada.

Fuente: elaboración propia.

5. RESULTADOS

5.1 LA ADSCRIPCIÓN EN COLOMBIA – MARCO NORMATIVO

En 1979, en Colombia, se reglamenta la recolección, procesamiento y difusión de la información epidemiológica mediante la Ley 9 y solo hasta finales de 1993 mediante la Ley 100 se crea el SGSSS que resalta la importancia de mantener la información del estado de salud de la población afiliada para adaptar el plan obligatorio de salud (POS) y así como las entidades de dirección, promoción y prestación en todos sus niveles de complejidad a nivel territorial, integran esta información para definir los planes locales de atención (Art. 160 – 178 – 180). Sin embargo, solo siete meses después el Decreto 1485 de 1994, define la responsabilidad de las EPS para administrar el riesgo en salud individual de sus afiliados y siete años más adelante se promulga la Ley 715 de 2001, en la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, establece que los entes territoriales son los responsables de la ejecución de las acciones de salud pública en PyP de su jurisdicción (Art. 46).

El sistema de vigilancia en salud Pública se crea en el año 2006, por medio del Decreto 3518 y, así mismo, la Resolución 1446 crea y reglamenta los indicadores de calidad de los servicios de salud que los usuarios deben tener como criterios en el momento de decidir libremente su afiliación (Art. 1 – anexo técnico, p. 76 -82). Un año más tarde, la Ley 1122 nace para realizar ajustes al SGSSS, la cual tiene como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios y, en este sentido, los mecanismos para que las atenciones en salud y de promoción y prevención se efectúen cerca a la residencia del afiliado, con agilidad y celeridad (Art. 14 – 32 – 33).

A pesar de que se había creado normas para tener un direccionamiento efectivo hacia promoción de la salud, la medicina preventiva y la vigilancia epidemiológica, el SGSSS aún presenta fragmentación y desconfianza entre sus diferentes agentes (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016), más aun cuando no se establece un marco operativo que permita el acople entre los agentes y las necesidades de salud de la población en un modelo de atención.

En este contexto, el SGSSS, con el propósito de fortalecer el sistema en el marco de la APS y en la búsqueda de acciones coordinadas entre los diferentes agentes del sistema, proclama la Ley 1438 de 2011, que define conceptualmente los lineamientos de las APS y las funciones esenciales de los equipos de salud, sin un mayor detalle (Art. 12 – 13 – 14 – 15 – 16).

La adscripción es registrar el afiliado al prestador de servicios de salud de baja complejidad para la atención ambulatoria de actividades de Promoción de la salud y Prevención de riesgos (PyP), así como las de diagnóstico y tratamiento, incluyendo, lo definido para la portabilidad en el territorio nacional, que respondan a las necesidades de salud de la población afiliada, en el principio de buena fe, en el suministro de información de los usuarios (Resolución 5521. 2013, art. 11). Luego se incluyen, además de las EPS, a todas las entidades que administran el plan de beneficios en salud (Resolución 5592. 2015, art. 11) y, más adelante, se adiciona el concepto a la política PAIS y su modelo operativo MIAS (Resolución 6408. 2016, art. 11). Pese a esta normatividad, no se encuentra un marco operativo del proceso de adscripción, ni sus responsables e integración con la gestión del riesgo en salud.

En conclusión, el MIAS, con un carácter poblacional y territorial, estructura la adscripción al prestador primario y a un equipo de salud dadas las condiciones de cercanía a su lugar de residencia, y con el objetivo de garantizar la cobertura de los riesgos asignados al prestador

primario dentro de las Rutas Integradas de Atención en Salud (RIAS) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). Es decir, la persona se adscribe a una IPS e igualmente a un equipo de salud, este último, liderado por un médico, quien, bajo un enfoque familiar, coordina y articula las intervenciones individuales y colectivas y la continuidad del proceso de atención (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

5.2 EL PROCESO DE ADSCRIPCION – EXPERIENCIA INTERNACIONAL

En el marco de la PAIS, en Colombia, el nivel básico de atención es la puerta de entrada principal al sistema de salud. La adscripción, en este contexto, será un insumo esencial para adaptar el paquete de servicios de las unidades básicas de atención a las necesidades de la población a cargo. Además, el proceso de adscripción servirá para informar la pertenencia a un territorio, la asignación de un equipo de salud que es responsable de su atención integral de acuerdo con su aseguramiento en el SGSSS, así como el seguimiento y monitoreo de los individuos y las familias (Mosquera, Hernández, Vega y Junca, 2011).

Luego, los sistemas de salud de América Latina, según la encuesta de percepción sobre el nivel de coordinación de la atención de salud en el año 2002, arrojó que el 50 % de dichos países han fomentado la adscripción de la población de un área geográfica a un prestador específico o grupo de prestadores de Atención primaria en salud (APS).

Argentina: es un sistema de salud mixto, compuesto por tres sectores: el sector público, el sector de seguro social obligatorio (Obras Sociales) y el sector privado. Su Ministerio de salud lidera la *estrategia de salud familiar y comunitaria en el marco de la implementación de la cobertura universal de salud* y, además, presenta la adscripción georreferenciada como una de las funciones principales de los equipos de salud territoriales (Belló y Becerril-Montekio, 2011).

Adicionalmente, el Ministerio de Salud argentino propone diseñar e implementar, en cada uno de los centros hospitalarios, un sistema de admisión y adscripción de pacientes a los equipos responsables. Estos equipos están compuestos por los administrativos y profesionales de enfermería (Ministerio de Salud, 2013 [Argentina]).

En el caso de la provincia de Santafé, se implementa el Sistema de Información de Centros de Atención Primaria (SICAP), en el cual se realiza la adscripción de las familias y se determina el lugar de referencia del paciente. De este modo, se conoce el área geográfica de residencia de la población a cargo del equipo de salud para planificar las acciones en salud correspondientes. Para ingresar a la plataforma de acceso se dispone la página web (<https://salud.santafe.gov.ar/sicap/>).

En conclusión, en Argentina, la adscripción busca fortalecer: “[...] la construcción de un “contrato” entre el estado y los ciudadanos donde se asume la responsabilidad por el cuidado de la salud, y se actúa como representante del paciente en la red de servicios” (Cappiello, 2013, s.p.) Y, además, se apoya en un sistema de información que le permite identificar geo-referencialmente la población adscripta y el conjunto de tecnologías en salud que tiene configurado cada centro de salud.

Brasil: tiene establecido un sistema de salud compuesto por un sector público, el Sistema Único de Salud (SUS), que da cobertura al 75 % de la población, y un sector privado, que incluye el Sistema de Atención Médica Suplementaria (SAMS) y la atención particular que cubren al 25 % restante (Becerril-Montekio, Medina y Aquino, 2011).

El SUS define la adscripción de los usuarios como un proceso de vinculación de personas y/o familias a profesionales de la salud o equipos. Dicho vínculo permite entender cómo se puede lograr la corresponsabilidad frente al cuidado de la salud a partir de las relaciones de afectividad y confianza entre el usuario y el trabajador de la salud. Además, “[...] permite

evitar la pérdida de referencias en la continuidad de la atención y disminuye los riesgos de iatrogenia derivados del desconocimiento de las historias de vida y de la coordinación del cuidado” (Ministerio de salud de Brasil, 2011, s. p.).

Entre las actividades relevantes en el proceso de adscripción brasileño, el cual está a cargo del Agente Comunitario de Salud (ACS), se encuentra: a) trabajar con adscripción de familias en base geográfica, definida como microárea; b) registrar todas las personas de su microárea y mantener los registros actualizados; c) orientar a las familias en cuanto a la utilización de los servicios de salud disponibles; d) acompañar, por medio de visita domiciliar, a todas las familias e individuos bajo su responsabilidad y e) desarrollar actividades en las unidades básicas de salud, siempre que estén vinculadas a la promoción y mantenimiento de la salud citados, en los demás numerales definidos por el Decreto 2.488 de 2011 del Ministerio de Salud de Brasil.

Adicionalmente, el Sistema de Información de Atención Básica (SIAB) en sus actividades de agregar, almacenar y procesar la información, generada desde la Atención básica, incluye el proceso de adscripción como parte de las fichas que estructuran el trabajo de los Equipos de atención básica (EAB). Dicho SIAB está disponible para los usuarios en la dirección electrónica: www2.datasus.gov.br/SIAB/

Finalmente, el SIAB es la base para la toma de decisiones del Ministerio de Salud de Brasil respecto a las necesidades específicas y colectivas de la población en cada territorio a nivel nacional, y se convirtió en un repositorio rico en datos que abarca la información fundamental y amplia en cada área de la salud, que puede ser utilizado por EAB desde los procesos operativos, hasta varios tipos de investigaciones.

Chile: el proceso de adscripción a una región determinada, obedece al criterio de proximidad geográfica y tiene como objetivo, favorecer el acceso a la atención primaria de forma oportuna y expedita de un paciente, en el prestador del territorio.

Los monitores voluntarios chilenos, de alcance comunitario, tienen como tarea fundamental adscribir al jefe de familia y este, a su vez, puede inscribir al resto de los integrantes del grupo familiar mediante una ficha clínica electrónica (FCE) para Atención Primaria de Salud (APS). En esta ficha se asignará el centro de salud que el usuario elija, con la premisa de que se priorizará la cercanía territorial para trabajo extramural y visitas domiciliarias.

Un paciente se puede cambiar de centro de salud una vez al año, aunque en casos de necesidad es posible el cambio anticipadamente. Para inscribirse se requiere carnet de identidad y un certificado de residencia. El sistema público (FONASA) revisa cada año los registros de los adscriptos para evitar multiplicidad en el mismo subsistema o con presencia en el subsistema privado, además se valida si se cargaron pacientes fallecidos (Pontificia Universidad Católica de Chile, 2015).

La disponibilidad del sistema de información en Chile que soporta al proceso de adscripción es de acceso exclusivo para cada centro de salud. Y este se enmarca en la estrategia y plan de acción que busca convertir los procesos manuales a digitales desde el ámbito administrativo y asistencial mediante el Sistema de Información de la Red Asistencial, SIDRA (Ministerio de salud de Chile, 2015).

En conclusión, se espera que: “[...] la APS alcance una cobertura del 80% con Registro Clínico Electrónico (RCE), focalizando entonces la inversión al soporte, mantenimiento, infraestructura de alojamiento y mejora continua de los estándares para la interoperabilidad y seguridad, entre otros” (Rayen Salud, 2017, s. p.). Esto quiere decir que la toma de

decisiones será con datos en tiempo real, con la adscripción como puerta de entrada, y hará más efectivo los planes que desarrollen los equipos de salud en su territorio.

Ecuador: por su parte, en el nuevo Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS), la adscripción es el primer aspecto considerado en la implementación y se realiza desde los distritos con el fin de fortalecer el primer nivel de atención como la puerta de entrada a la red de servicios de salud. Así, la adscripción es territorial por espacio, población, por circuitos y distritos que ayuda a acercar los servicios de salud a la comunidad, al reducir las barreras de acceso (Ministerio de salud pública de Ecuador, 2014).

En este orden, se convierte en la puerta de entrada (primer contacto con el MAIS) que será siempre un establecimiento público de primer nivel de atención, de la que dependen los Equipos de atención integral en salud (EAIS). De esta forma, la adscripción busca garantizar el acceso oportuno y continuidad de la atención y, de ser necesario, referir a los usuarios a un nivel de mayor complejidad de una forma ordenada, con el fin de resolver su problema de salud (Ministerio de salud pública de Ecuador, 2014).

La Unidad de Gestión Distrital (UGD), la cual asigna la población a una institución de primer nivel, se basa en los siguientes criterios: a) tipología de la unidad; b) población de acuerdo con el censo 2011 y proyecciones del INEC, de acuerdo al territorio; c) accesibilidad geográfica, económica, cultural, funcional; y d) se aplicará el principio de equidad (Ministerio de salud pública del Ecuador, 2012). Los Técnicos de Atención Primaria de Salud (TAPS) son los responsables de la adscripción (Ministerio de salud pública del Ecuador, 2013); estos tienen disponible el sistema de información de apoyo en página web en <https://aplicaciones.msp.gob.ec/SAPN/php/users/index.php>.

Paraguay: el proceso de adscripción se entiende como la actividad de los Equipos de Salud Familiar (ESF) que se encargan de censar la población y registrar un diagnóstico de salud,

demográfico y social. Los agentes comunitarios de salud, como responsables de la adscripción, tienen acceso a la información que genera la adscripción desde los Datos Abiertos que dispuso el Ministerio de Salud de Paraguay, para ser libremente usados, re-usados y redistribuidos en la página web <http://datos.mspbs.gov.py/> por cualquier persona. Así, los ciudadanos pueden empoderarse de los procesos de decisión y generar un sentido de corresponsabilidad a la comunidad para lograr juntos mejores resultados de salud. Los indicadores de gestión utilizados se basan en múltiples instrumentos para la operacionalización y gestión de las Unidades de Salud Familiar (USF): a) ficha de censo familiar, b) mapa referenciado, c) lista de población adscrita a la Unidad (padrón o catastro), d) registros de Actividad Diaria de la USF, e) planillas de registro de las/os Agentes Comunitarias/os de Salud, entre otros instrumentos que permiten registrar y trazar los datos para generar información que les permita tomar decisiones acertadas (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay, 2012).

Por último, se presenta la experiencia del **Perú**, donde, con el objetivo de establecer el aseguramiento universal en salud y el proceso de implementación del Modelo de Atención Integral en Salud basado en Familia y Comunidad, se crea el programa de familias y viviendas saludables dirigido a la población en condición de pobreza y pobreza extrema (Ministerio de salud del Perú, 2011). En este orden, la integración de múltiples beneficios hace necesario caracterizar la población en su totalidad y, para ello, disponen de un proceso de adscripción que les permite registrar los datos necesarios para analizar las necesidades específicas de los territorios y adaptar la oferta de servicios de salud y de vivienda que requieren en el territorio. Los agentes comunitarios de salud o promotores de salud peruanos, responsables del proceso de adscripción de familias, son los encargados, también, de apoyar el proceso de evaluación del programa por medio de indicadores de impacto y estudios de línea de base de comportamientos saludables en las familias. Además, entre los indicadores relevantes cabe resaltar el indicador de familias adscritas al programa, el de

familias con “Diagnóstico familiar” y el de la participación en el análisis de problemas, entre otros (Ministerio de salud del Perú, 2005).

5.2.1 EXPERIENCIA INTERNACIONAL – HACIA BUENAS PRÁCTICAS

En resumen, los resultados de las experiencias a nivel internacional se presentan en el Cuadro 1. A partir de esta, se puede concluir que el proceso de adscripción es vital para la gestión de la salud de la población a cargo. Y, dada la estructura del sistema de salud colombiano y el marco que presenta el MIAS para estructurar la red de prestadores de servicios acorde a las necesidades de la población, el proceso de adscripción requiere de las actividades realizadas en el ámbito internacional que se ajustan y aportan al MIAS para configurar de manera eficiente los servicios de salud que requieren la población adscrita en determinado territorio. Las mejores prácticas se basaron en: a) Pertinencia para el sistema de salud colombiano y b) coherencia con los objetivos del MIAS. La Tabla 3 presenta las actividades seleccionadas en cada país.

Tabla 3 Proceso de adscripción en Argentina, Brasil, Chile, Ecuador, Paraguay y Perú

País	Cómo (Criterios - actividades)	Actividad escogida para adaptar al Sistema de salud colombiano y su justificación
Argentina	<ul style="list-style-type: none"> * Registro de datos del usuario, su familia y su respectiva adscripción al centro de salud. * Archivo de la adscripción como contrato entre los equipos de salud y el individuo. 	<p>Actividad: * Archivo de la adscripción como contrato entre los equipos de salud y el individuo.</p> <p>Justificación: * Se adapta esta actividad al contexto colombiano y tiene como objetivo afianzar el sentido de corresponsabilidad en el cuidado de su salud, la de su familia y apoyar a la salud de la comunidad. Este paso debe ir acompañado con un proceso de gestión de conocimiento y del cambio para el afiliado para que sea acogido por la comunidad en general y le den el sentido correcto.</p>

País	Cómo (Criterios - actividades)	Actividad escogida para adaptar al Sistema de salud colombiano y su justificación
Brasil	<ul style="list-style-type: none"> * Planeación del recorrido en el territorio asignado para la adscripción de familias. * Registrar todas las personas de su microárea y mantener los registros actualizados. * Orientar a las familias en cuanto al uso de los servicios de salud disponibles. * Acompañar, por medio de visita domiciliar, a todas las familias e individuos bajo su responsabilidad. Las visitas deberán ser programadas en conjunto con el equipo, considerando los criterios de riesgo y vulnerabilidad de modo que las familias con mayor necesidad sean visitadas más veces, manteniendo como referencia la media de 1 (una) visita / familia / mes. * Desarrollar acciones que busquen la integración entre el equipo de salud y la población adscrita a la UBS, considerando las características y las finalidades del trabajo de acompañamiento de individuos y grupos sociales o colectividad. 	<p>Actividad:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Registrar todas las personas de su microárea y mantener los registros actualizados. * Orientar a las familias en cuanto a la utilización de los servicios de salud disponibles. <p>Justificación:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Se adapta esta actividad al contexto colombiano y desde la experiencia operativa en el sistema de salud brasileño. Se puede evidenciar que son los equipos de salud los que deben gestionar y responder por los resultados de la población a cargo. Además, es un componente esencial para la transformación de los mecanismos de pago por evento a pago por resultados. * La orientación es vital en la gestión del conocimiento del nuevo modelo y este paso es fundamental para el cambio de hábitos no saludables e innecesarios en el uso de los servicios de salud.
Chile	<ul style="list-style-type: none"> * Se inscribe un jefe de familia que además puede inscribir al resto de los integrantes del grupo familiar. * Hay posibilidad de elegir el centro en el que se inscribe, aunque se privilegia cercanía territorial para trabajo extramural y visitas domiciliarias. * Una vez al año se puede cambiar de centro de salud, aunque en casos de necesidad es posible el cambio anticipadamente. * Para inscribirse se requiere carnet de identidad, certificado de residencia. * El seguro público (FONASA) revisa anualmente los registros de personas inscritas en los centros de salud, y valida esa información para eliminar aquellos registros que presentan errores de información o que registran fallecidos, pertenecientes al seguro privado (Isapre). Previsión de la Defensa Nacional o dobles inscritos. * Verificar en el sistema de información en línea al momento de la inscripción si la persona presenta alguna dificultad para inscribirse (ser beneficiario del seguro privado, por ejemplo). 	<p>Actividad:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Para inscribirse se requiere carnet de identidad, certificado de residencia. <p>Justificación:</p> <ul style="list-style-type: none"> * En la actualidad, la normatividad colombiana permite que la persona pueda escoger su IPS básica. El resultado es que la movilidad de las personas que no tienen casa propia y el interés de tener los beneficios de los usuarios clasificados como nivel 1 en el Sisbén, hace que estos mientan en el lugar de residencia. Lo anterior, no permite una caracterización adecuada de toda la población porque al desplazarse hasta su lugar de residencia, este no existe.

País	Cómo (Criterios - actividades)	Actividad escogida para adaptar al Sistema de salud colombiano y su justificación
Ecuador	<ul style="list-style-type: none"> * Asignar una población al establecimiento de salud considerando los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> a) Tipología de la unidad b) Población de acuerdo al censo 2011 y proyecciones del INEC, de acuerdo al territorio. c) Accesibilidad geográfica, económica, cultural, funcional. d) Se aplicará el principio de equidad. * Ajustar periódicamente la población asignada con la población real para fines de gestión y atención. * Aplicar la ficha familiar: llenado, análisis y planes de atención a nivel individual y familiar, revisar si domicilio es permanente o temporal. * Registrar actividades de cada miembro de la familia. * Evaluar el medio físico y ambiente humano. * Detección de riesgos biológicos, sanitarios, socioeconómicos y determinación de factores protectores. 	<p>Actividad:</p> <ul style="list-style-type: none"> * No se toman actividades, dado que las presentadas en el sistema ecuatoriano generan más valor en el proceso de caracterización <p>Sin embargo, dado el perfil a cargo del proceso de adscripción y sus funciones, se toman como referencia los Técnico/a en atención primaria de salud (TAPS). Como primer contacto en las actividades extramurales y parte de los Equipos de Salud que se constituyen en la puerta de entrada para la atención intra y extramural de salud exceptuándose la atención de emergencia.</p>
Paraguay	<ul style="list-style-type: none"> * Realizar un censo poblacional. El censo es un instrumento que permite adscribir a la población y realizar un diagnóstico de salud, demográfico y social para poder desarrollar un plan de intervención territorial. b. Elaborar un mapa del territorio de intervención. c. Elaborar la Lista de Usuarios, una vez sistematizadas y procesadas las fichas familiares. d. Presentar a la Comunidad de los datos obtenidos. e. Analizar la Situación de Salud del territorio. El equipo de salud, con la participación de la comunidad, analizará los datos obtenidos tras la realización del censo y mapa de la comunidad e identificará las prioridades de salud. f. Elaborar del Plan de Salud Territorial. El equipo de salud con la participación de la comunidad elaborará un Plan de Salud Territorial tomando como base las prioridades seleccionadas en el análisis de situación de salud. 	<p>Actividad:</p> <ul style="list-style-type: none"> * No se toman actividades, dado que estas generan más valor en el proceso de caracterización e implementación en los sistemas de información de apoyo al proceso.

País	Cómo (Criterios - actividades)	Actividad escogida para adaptar al Sistema de salud colombiano y su justificación
Perú	<p>* Identificaremos las familias por: pobreza y/o riesgo en salud y/o vulnerabilidad social mediante la ficha de evaluación socioeconómica (FESE) y la Ficha Familiar, la cual nos brindará información respecto al nivel de riesgo en salud a que están expuestas las familias</p> <p>* Seleccionar por criterios según la prioridad sanitaria regional o local y por grupos poblacionales...</p> <p>* Selección del sector a intervenir, de acuerdo a las características de zona rural o urbana. - En la zona rural: a) Cada responsable de Sector o ámbito, debe identificar las familias en extrema pobreza según FESE o alto riesgo según Ficha Familiar. b) Utilizando el mapa existente en el establecimiento se ubicaran las familias en cada sector. c) Elegir el sector de mayor concentración de familias elegibles, si se da este caso, de lo contrario se trabajará con el 100 % de estas familias. - En la zona urbana: a) Cada responsable de Sector o Zona debe Identificar las familias en extrema pobreza según FESE o alto riesgo según Ficha Familiar. b) Utilizando el mapa existente en el establecimiento se ubicarán las familias en cada sector. c) Elegir el sector de mayor concentración de familias elegibles para iniciar la intervención del programa y trabajar con el 100 % de las familias.</p> <p>* Contar con la libre decisión de la familia de involucrase en el programa:</p> <p>* Las fases de la implementación del Programa son sensibilización, planificación, ejecución, seguimiento, monitoreo y evaluación.</p>	<p>Actividad:</p> <p>* No se toman actividades, dado que las descritas en el proceso del Perú, generan más valor en el proceso de evaluación por los indicadores precisos que tienen el proceso de adscripción.</p>

Fuente: elaboración propia.

5.2.2 *MODELO DE BUENAS PRÁCTICAS EN EL PROCESO DE ADSCRIPCIÓN*

El modelo de buenas prácticas de adscripción propuesto se basa en las actividades administrativas seleccionadas (ver sección anterior) y tiene como objetivo identificar los riesgos de la población afiliada mediante el registro de información en el formulario de

declaración de salud para configurar los servicios de las unidades básicas de acuerdo con las necesidades de salud y en las cuales se adscribirán.

La Figura 2 presenta un modelo propuesto, el cual busca tener una correspondencia con los objetivos del MIAS en la línea de una mayor articulación de procesos e instituciones del sistema para dar una atención integral y continua desde los niveles de promoción y mantenimiento de la salud. Es así como se presenta una propuesta de un proceso de adscripción para tener una línea de base que permita a las EPS identificar las brechas que les puede generar beneficios a corto plazo cuando identifico riesgos en la población de atención prioritaria, mediano plazo cuando puedo establecer estrategias de abordaje de la totalidad de la población para minimizar el riesgo de salud y promover hábitos saludables y, finalmente, al largo plazo cuando el impacto en los resultados de salud de la población a cargo se ajustan a los objetivos propuestos por cada entidad y por el Estado.

El modelo del proceso de adscripción propuesto que se presenta en la Figura 2, tiene las siguientes actividades:

- 1) Orientación al usuario acerca del objetivo del formulario de declaración de salud y la importancia en la gestión integral del riesgo (Colombia), como punto de partida donde el objetivo de los TAPS es sensibilizar al usuario frente a la importancia de su información de salud y así poder registrarlo en las rutas de atención integral de promoción de la salud y mantenimiento. Generando desde este momento el sentido de corresponsabilidad respecto al cuidado de su salud.
- 2) Diligenciamiento del formulario de declaración de salud (Colombia), una actividad que tiene éxito dependiendo del grado de sensibilización que hayan logrado los TAPS.
- 3) Validación del certificado de residencia con la disponibilidad de red de prestadores (Chile), una vez si diligencia el formulario con los respectivos datos demográficos y datos

en salud, se debe realizar una validación de la dirección de residencia con el documento que lo acredita para poder asegurar una gestión integral del riesgo en salud desde los equipos de salud del asegurador. En este sentido, se debe proponer el establecimiento de un documento del lugar de residencia y establecer la obligación de hacer la novedad correspondiente, de lo contrario bloquearía los servicios de salud con excepción de la urgencia.

4) Adscripción a IPS de Atención básica (Colombia), una vez se realizan las validaciones de residencia se hace la validación de la red de prestadores disponibles en el territorio, para la asignación georreferencial correspondiente.

5) Adscripción a Equipo de Salud de la IPS adscrita (Brasil - Colombia), seguido a la actividad anterior, se le asigna a un equipo de salud la responsabilidad de gestionar la salud desde el nivel básico y así mejorar la resolutivez, en pro de los resultados en salud esperados. En este sentido, se deben articular con el establecimiento del marco operativo de los equipos de salud desde el MSPS.

6) Orientación al usuario frente al uso de los servicios de salud (Brasil), una vez se culmina la adscripción a la IPS de atención básica y al equipo de salud, se sigue con el proceso de sensibilización para el uso adecuado de los servicios de salud presentando el impacto a nivel estructural y financiero del sistema por el uso inadecuado de los recursos y actividades en salud, por parte del usuario.

7) Planear y agendar la visita del equipo de salud asignado, disponibilidad del equipo y de la familia (Brasil). Una actividad que articula el proceso de adscripción con la gestión realizada desde los equipos de salud a cargo de la población adscrita.

8) Firma del usuario del formulario de declaración de salud y adscripción (Argentina: Contrato salud de Equipos - Usuarios), donde se concreta el compromiso de los afiliados

frente a los cuidados de salud y el de los equipos de salud frente a la gestión del riesgo en salud de su población a cargo.

5.2.3 GRADO DE AVANCE DE LAS EPS DE ESTUDIO EN RELACIÓN CON LAS BUENAS PRÁCTICAS EN EL PROCESO DE ADSCRIPCIÓN

La Figura 2 también presenta el avance en cada una de las actividades del proceso de adscripción propuesto en cada una de las EPS analizadas, gracias a la información que se logró recolectar en las entrevistas realizadas. En este sentido, el proceso propuesto es una línea de base para hacer eficiente el proceso administrativo, de manera que se le dé el uso a la información de riesgos para aportar a una atención integral, integrada y continua dada la oportuna captación de riesgos.

A continuación, se presentan los avances encontrados en cada una de las EPS en las cuales se aplicó el instrumento de entrevista:

- a) La EPS No 1 del régimen contributivo presenta la adscripción al prestador primario como una actividad del proceso de afiliación, con el único fin de registrar la unidad básica de atención de acuerdo con la disponibilidad de su red de prestadores de servicios de salud y la libre escogencia por parte del usuario. La afiliación y adscripción a la unidad básica de atención se realiza en físico o virtual en el formulario único de afiliación.

En cuanto al formulario de declaración de salud, la entidad no lo utiliza y argumenta que la normatividad dejó de exigirlo y, por tanto, no se realiza esta actividad. En este contexto, la identificación de riesgos se realiza mediante la caracterización de usuarios en el modelo definido por el MSPS. Este modelo parte de la guía conceptual y metodológica para la caracterización de la población afiliada a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) definida por el MSPS, con la desventaja de registrar solo los eventos que se presentan en un año vencido.

Así, la EPS, sin un proceso definido de identificación de riesgos de su población desde la afiliación como primer contacto con el usuario, establece tres momentos para la identificación de riesgos: a) cuando el usuario consulta por primera vez a su unidad básica de atención, el médico registra todos los datos de salud mediante fichas definidas para tal fin; b) En el ámbito ambulatorio y hospitalario, cuando se están generando múltiples autorizaciones ligadas a un mismo diagnóstico y un mismo usuario, se genera una alerta en el sistema interno de la EPS y se hace la respectiva intervención y c) mediante la caracterización por conglomerados (análisis de bases de datos) como metodología dada desde el MSPS. En conclusión, solo se caracteriza la población

cuando presenta algún evento y corresponde a un porcentaje muy inferior al total de afiliados.

- b) La EPS No 2 del régimen contributivo, presenta una situación similar a la anterior, dado que la adscripción es una actividad del proceso de afiliación y se realiza para la asignación del prestador primario. Dicho proceso se realiza con formularios físicos para ser digitalizados y hacer custodia de la información ahí registrada. El proceso definido no contempla la adscripción como fuente de información de riesgos.

El formulario de declaración de salud es opcional y solo se realiza cuando el usuario es nuevo. Eso quiere decir que las personas que se trasladan por medio del Sistema de afiliación transaccional (SAT) y las personas que ya estaban afiliadas o hacen movilidad entre regímenes no tienen la posibilidad de realizar el formulario.

En la proporción de los usuarios nuevos, el área de caracterización de la EPS recepciona los formularios de declaración de salud y los reporta a los prestadores primarios para que realicen la gestión correspondiente.

Finalmente, nos presentan cómo su proceso de caracterización de riesgos se basa en la caracterización por conglomerados y hace los reportes anuales definidos en la guía conceptual y metodológica para la caracterización de la población afiliada a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB).

- c) EPS No 3 del Régimen contributivo, presenta la actividad de adscripción a la unidad básica de atención adjunta al proceso de afiliación. Es decir, incluye en el formulario único de afiliación (versión manual y digital), campos para identificar los riesgos de la población afiliada sin evidencia clara de que los usen para la caracterización de los riesgos de su población afiliada.

Al igual que las otras dos EPS, la adscripción al prestador primario depende de la decisión del usuario de acuerdo con la disponibilidad de red de la EPS. Si el formulario se diligencia de manera manual, estas tienen un equipo que carga la información en el formulario digital para trazar la información. Finalmente, no tienen la caracterización de riesgos de toda su población en tiempo real por ser un proceso que está en construcción y esto tiene impacto en los resultados de salud proyectados por la EPS.

- d) EPS No 1 del Régimen subsidiado, con la adscripción como una actividad del proceso de afiliación tiene un mayor campo de acción en la gestión del riesgo, dado que las Entidades sociales del estado (ESE) de los territorios donde está la población afiliada hacen un trabajo en equipo con la EPS para la identificación de riesgos. La asignación de la Institución de prestadora de servicios de salud (IPS) básica a los afiliados es geo-referencial, aunque, por norma, se debe dar la potestad al usuario de escogerla según su criterio.

La entidad establece una Ficha del estado de salud (FIES) para poder identificar los riesgos e inscribir en los programas de promoción y mantenimiento de la salud definidos por la EPS. Sin embargo, presentan dificultades a la gestionar el riesgo de salud de sus afiliados, cuando estos no dan información veraz de residencia o se están cambiando constantemente del lugar de residencia y no informan la novedad a la EPS. El planteamiento de la entidad, se basa en que los usuarios mienten en su dirección de residencia para ser clasificados en el nivel 1 del Sisben y así no pagar los copagos que corresponden al nivel 2.

En conclusión, lo anterior fortalece la inclusión del documento de residencia y el reporte obligatorio de las novedades en cambio de residencia para los usuarios.

- e) La EPS No 2 del Régimen subsidiado establece que la inscripción a sus IPS primarias (adscripción) es fundamental para la asignación del prestador primario y la asignación de una IPS familiar que es exclusiva para la prestación de servicios extramurales. Estas tienen un formulario único de afiliación que es diligenciado directamente desde su sistema de información o manualmente cuando hay acceso a internet desde las tabletas electrónicas definidas en el proceso. También, cuentan con un formulario de declaración de salud y una ficha de caracterización diligenciada por el equipo de salud de la IPS familiar que tiene como objetivo gestionar cargo y cuya información es digitalizado para trazar la información.

La entidad cuenta con un proceso de caracterización definido desde la puerta de entrada y es fundamental para la gestión del riesgo en salud de su población desde el proceso de afiliación a la entidad. Dada la situación mencionada en la entrevista de la EPS anterior, el no tener la ubicación exacta del total de su población afiliada, según información de la subdirectora de riesgos, solo el 66 % está caracterizada.

Finalmente la EPS, en su proceso de caracterización tiene la capacidad para monitorear la población caracterizada en tiempo real y en todo el territorio nacional. Dicho proceso les permite monitorear su ubicación geo-referencial y la conformación de la red de prestadores, que les permite adaptar los programas y rutas de atención integral que necesita su población desde la promoción y mantenimiento de la salud.

En conclusión, en el Cuadro 2 se resumen las fortalezas que se observaron en las EPS en el momento de la aplicación del modelo y sus actividades propuestas. También, se presentan los retos a los cuales se ven enfrentados para poder llevarlos a un estado de madurez que integre su proceso de adscripción a la caracterización del total de su población.

Tabla 4. Fortalezas y retos en el proceso de adscripción de las EPS objeto del estudio

Actividad del subproceso de adscripción propuesto	Fortalezas	Retos
Orientación al usuario acerca del objetivo del formulario -Declaración de salud y la importancia en la gestión integral del riesgo. (Colombia)	<ul style="list-style-type: none"> * Es una prioridad de las EPS-S. * Las EPS-S hacen campañas de información a los usuarios. 	<ul style="list-style-type: none"> * Las EPS-C, deben interiorizar la importancia de la creación de un vínculo con el usuario para una información veraz y generar un sentido de corresponsabilidad.
Diligenciamiento del formulario Declaración de salud. (Colombia)	<ul style="list-style-type: none"> * Se diligencia en las EPS-S * Una EPS -S presenta una integración con su plan de intervención. 	<ul style="list-style-type: none"> * Las EPS-C, deben implementar el formulario como estrategia para identificar los riesgos desde el primer contacto con el afiliado.
Validación del certificado de residencia con la disponibilidad de red de prestadores disponibles. (Chile)	<ul style="list-style-type: none"> * EPS-S hacen la validación del último recibo de servicios públicos para validar la dirección de residencia del usuario. 	<ul style="list-style-type: none"> * Las EPS deben crear un mecanismo de validación de la residencia de su población para adscribirla georrefencialmente en sus unidades básicas de atención.
Adscripción a IPS de atención básica. (Colombia)	<ul style="list-style-type: none"> * Se realiza en todas las EPS de ambos regímenes como una actividad asociada al proceso de afiliación 	<ul style="list-style-type: none"> * Las EPS-C deben comprender la importancia de la adscripción en la Gestión integral del Riesgo en Salud (GIRS).
Adscripción a Equipo de Salud de la IPS adscrita. (Brasil)	<ul style="list-style-type: none"> * No se realiza, por lo que no se tiene una responsabilidad definida. 	<ul style="list-style-type: none"> * Implementar la adscripción como fuente de información que apoyaría la GIRS y los incentivos de pago al talento humano en salud.
Orientación al usuario frente al uso de los servicios de salud. (Brasil)	<ul style="list-style-type: none"> * No hay evidencia que se realice esta orientación en las EPS estudiadas. 	<ul style="list-style-type: none"> * Implementar la actividad como parte de la gestión de conocimiento y el sentido de corresponsabilidad de la población afiliada.
Planear y agendar la visita del equipo de salud asignado, disponibilidad del equipo y de la familia. (Brasil)	<ul style="list-style-type: none"> * Solo una EPS-S tiene definido una IPS Familiar de atención extramural pero la asignación de la cita se hace posterior al proceso. 	<ul style="list-style-type: none"> * Implementar la actividad complementa la caracterización de la población, la GIRS y la planeación de los equipos de salud.
Firma del usuario del formulario de adscripción. (Argentina: Contrato salud de Equipos - Usuarios)	<ul style="list-style-type: none"> * Solo se firman los formularios de afiliación. 	<ul style="list-style-type: none"> * Implementar la actividad establecerá el vínculo formal de corresponsabilidad.

Fuente: Elaboración propia.

6. CONCLUSIONES

La adscripción no es un término común en la mayoría de las EPS estudiadas, y en las tres del régimen contributivo se ve como una actividad (un campo en el formulario) donde se registra el usuario en una unidad básica de atención de acuerdo a su disponibilidad de red y libre escogencia del afiliado. Caso contrario, en las dos EPS del régimen subsidiado donde, aparte de la adscripción al prestador de nivel 1 o de baja complejidad más cercana o el que escoja el usuario, se puede evidenciar el uso que le dan para identificar riesgos y necesidades en salud de una gran parte de su población afiliada. Lo que permite concluir que esta situación se ha dado por la falta de normatividad respecto al proceso de adscripción que se evidenció en la referenciación realizada en el presente documento.

La adscripción, como primer contacto con el afiliado para la caracterización, es un proceso con el cual se puede aportar información importante en materia de riesgos y necesidades en salud desde el primer contacto del usuario cuando se está afiliando, trasladando o moviendo de régimen en una EPS. Y, así mismo, sirve para que la EPS tenga una información de riesgos y necesidades que le permita construir la red de prestadores que requiere su población adscrita y, finalmente, se apoye a la atención integral, integrada y continua en sus redes y rutas de atención integral en salud.

También es importante resaltar que adscribir a los afiliados a equipos de salud específicos que gestionarán el riesgo en salud de ellos aportará a la continuidad en el seguimiento planeado de su población adscrita y se podrán lograr mejores resultados en salud. Finalmente, esta adscripción apoyaría los incentivos que se planteen en función de los resultados en salud y los mecanismos de pago en función de la gestión del riesgo que se contraten.

La referencia del proceso de adscripción en cada uno de los países de Suramérica que se analizaron, muestra a la adscripción como el primer momento para caracterizar los riesgos de la población. Más aun cuando están en procesos de implementación de nuevos modelos y requieren integrar la información de los riesgos de la población adscrita con las funciones propias de los equipos de salud en cada hospital del territorio específico. Además, dicha referencia permitió identificar las actividades de los procesos de adscripción de otros países que se adaptaban al MIAS y a la situación actual del sistema de salud, para definir una propuesta de proceso de adscripción y un modelo de análisis de brechas.

Por último, cabe resaltar que el desarrollo de los sistemas de salud con enfoque de APS dependen de una integración adecuada de la caracterización de la población en los territorios, la estructura de la red de centros de salud y hospitalarios, el desarrollo continuo de su talento humano, de las funciones definidas para cada miembro del equipo de salud y los mecanismos de evaluación de la gestión de estos. En últimas, se logra hacer evidente la necesidad de programas de gestión de conocimiento que permitan adaptar a cada miembro de los equipos de salud a un nuevo modelo de salud que va suscitando varios ajustes a los procesos actuales del sistema de salud colombiano.

7. PROPUESTA

A partir de los resultados de la experiencia internacional, el resultado de las entrevistas respecto al modelo de buenas prácticas planteado, las propuestas para las EPS son las siguientes:

- a) La EPS No 1 del régimen contributivo:
- Implementar el proceso de adscripción posterior a la afiliación del usuario en la entidad usando su sistema de información actual.
 - Implementar la declaración de salud para los nuevos afiliados como parte del proceso de adscripción e insumo para la caracterización de la poblacional.
 - Integrar los procesos de afiliación, adscripción y caracterización de riesgos con la gestión del riesgo en salud y los sistemas de información actuales.
 - Aprovechar las campañas de sensibilización y registro de riesgos que realizan en las empresas donde tiene un gran número de afiliados, para adelantar acciones con los empleadores que aseguren el registro de información de riesgos y necesidades en salud de manera oportuna.
- b) La EPS No 2 del régimen contributivo:
- Implementar el proceso de adscripción posterior a la afiliación del usuario en la entidad y evaluar financieramente la implementación de un sistema que permita la trazabilidad de la información.
 - Implementar la declaración de salud para los nuevos afiliados como parte del proceso de adscripción e insumo para la caracterización de la poblacional.

- Implementar un proceso que permita ordenar la recepción y el envío de formularios generados desde los procesos de afiliación, adscripción y caracterización de riesgos y así optimizar la gestión del riesgo en salud.
- c) EPS No 3 del Régimen contributivo:
- Implementar el proceso de adscripción posterior a la afiliación del usuario en la entidad y evaluar financieramente la implementación de un sistema que permita la trazabilidad de la información.
 - Optimizar la trazabilidad de la información de la declaración de salud de sus afiliados para la gestión del riesgo en salud definido en su modelo de atención.
- d) EPS No 1 del Régimen subsidiado:
- Optimizar la trazabilidad de información de riesgos levantada desde el prestador básico para complementar con la información de la EPS y así hacer una planeación con mayor impacto en los resultados de salud finales.
 - Desarrollar campañas con el ente territorial para la sensibilización al usuario en el reporte de novedades de cambio de residencia que permitan mejorar la adscripción a IPS más cercanas en el territorio.
- e) La EPS No 2 del Régimen subsidiado:
- Sistematizar la experiencia de la madurez de su proceso de la gestión de riesgos (caracterización de su población) apoyado por un sistema de información que traza los datos a nivel del asegurador y así poderlo replicar a otras EPS.

- Optimizar la relación contractual con los prestadores de su red que les permita identificar la capacidad instalada en uso y así mejorar la adscripción de usuarios.

Las EPS de manera integral y desde sus agremiaciones deberán:

- Diseñar una campaña de registro de información de salud mediante de la población afiliada mediante un formulario web de declaración de salud, con el apoyo del MSPS y los entes territoriales.
- Diseñar el mecanismo de envío y recepción del historial de riesgos y necesidades en salud de los afiliados a las EPS, cuando se trasladan o se mueven de régimen de excepción o especial.
- Estandarizar el mecanismo de envío de la caracterización poblacional a las EPS y la recepción de información de las fichas individuales de riesgos de los prestadores de servicios de salud.

8. BIBLIOGRAFÍA

- Alcázar, V., Presno Labrador, M. C., Torres Esperón, J. M., Fernández Díaz, I. E., Martínez Delgado, D. A. y Machado Lubián, M. d. C. (julio de 2014). Consideraciones generales sobre la evolución de la medicina familiar y la atención primaria de salud en cuba y otros países. *General Considerations on the Evolution of Family Medicine and Primary Health Care in Cuba and Other Countries*, 30(3), 364-74.
- Becerril-Montekio, V., Medina, G., Aquino, R. (2011). Sistema de salud de Brasil. *Salud Pública Mex.*, 53(2), S120-S131.
- Belló, M., Becerril-Montekio, V.M. (2011). Sistema de salud de Argentina. *Salud Pública Mex.*, 53(2), S96-S108.
- Cappiello, M. (2013). La construcción de un sistema de salud para la Argentina: la experiencia Rosario y los cambios en la provincia de Santa Fe. International Workshop for Latin-America Leaders: Quality improvement in Health Service Organizations, Harvard School of Public Health, Boston, Massachusetts.1
- Cejas, C. y González, G. (2014). *Redes, otra manera de pensar la salud: consolidando los proyectos provinciales* (1ª Ed). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993. Bogotá D.C. Diciembre 1993.
- Congreso de la República de Colombia. Ley Estatutaria 1751 de 2015. Bogotá D.C. Febrero 2016.
- Congreso de la República de Colombia. Ley 1753 de 2015 Plan Nacional de Desarrollo. Bogotá D.C. Junio 2015.
- Congreso de la República de Colombia. “Reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud”. Ley 1438 de 2011.
- Fernández, G. L., Sánchez Pérez, H. J. y León Cortés, J. L. (mayo-agosto de 2016). Sobre la propuesta de “universalidad” en salud: Mercedes Juan y Enrique Peña Nieto. *Estudios Políticos*, 38, 117-41. doi: <https://doi.org/10.1016/j.espol.2016.06.005>
- Giovanella, L. (2013). Atención Primaria en el Sistema Único de Salud de Brasil [Río de Janeiro]. Recuperado el 30 de mayo de http://www.oiapss.org/wp-content/uploads/2013/10/APS-Giovanella_es-.pdf

- Giovanella, L. (2015). *Atención primaria de salud en Suramérica*. A864. Río de Janeiro: Isags: Unasur.
- Maderuelo-Fernández, J. Á., Hernández-García, I. González-Hierro, M. y Velázquez-San Francisco, I. (2009). Necesidades de información de los usuarios de Atención Primaria desde la perspectiva de los profesionales sanitarios. Un estudio Delphi. *Gaceta Sanitaria*, 23(5), 365-72. doi: <http://doi.org/10.1016/j.gaceta.2008.08.002>.
- Malo-Serrano, M. y Malo-Corral, N. (octubre, 2014). Reforma de salud en Ecuador: nunca más el derecho a la salud como un privilegio. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 31(4), 754-61.
- Marques Lopes, M. J., Soares, J. dos S. F. y Bohusch, G. (enero, 2014). Usuários Portadores De Deficiência: Questões Para a Atenção Primária De Saúde. *Revista Baiana de Enfermagem*, 28(1), 4-12. doi: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v28i1.8496>
- Mosquera, P. A., Hernández, J., Vega-Romero, R. y Junca, C. (julio, 2011). Experiencia de implementación de la estrategia de atención primaria en salud en la localidad de Bosa. *10(21)*, 124-52.
- Sistema Nacional de Salud de El Salvador. (2007). Modelo de atención integral con enfoque de salud familiar. San Salvador: El Salvador.
- Mosquera, P. A., Hernández, J., Román Vega, R. y Junca, C. (diciembre, 2011). Experiencia de implementación de la estrategia de atención primaria en salud en la localidad de Bosa. *Revista Gerencia Políticas de Salud*, 10(21), 124-152.
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2015). *MIAS, Piloto de Implementación en los Departamentos con Poblaciones Dispersas, Departamento de Guainía*. Bogotá D.C.: MSPS.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Política de Atención Integral en Salud (PAIS), "Un sistema de salud al servicio de la gente"*. Bogotá D. C.: MSPS.
- Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). (2016). *Guía conceptual y metodológica para la caracterización de la población afiliada a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) [Versión 3]*. Bogotá D. C.: MSPS.
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2017). Número de afiliados por departamento, régimen y administradora. Recuperado el 30 de mayo de 2018 de www.datos.gov.co.

- Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 5521 de 2013. Bogotá D.C. Diciembre 2013.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 5592 de 2015. Bogotá D.C. Diciembre 2015.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 6408 de 2016. Bogotá D.C. Diciembre 2016.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 429 de 2016. Bogotá D.C. Febrero 2016.
- Ministerio de Salud de Santa Fe- Argentina. Manual de Enfermeros - Junta de Escalafonamiento. Decreto 522. 2013.
- Ministerio de salud de Brasil. Política Nacional de Atención Básica, Estrategia de salud familiar (ESF) y Programa de Agentes Comunitarios de salud (PACS). Decreto N° 2.488 de 2011.
- Ministerio de Salud de Chile [Unidad de Gestión de Proyectos Estratégicos. Dpto. Gestión Sectorial TIC]. (julio, 2015). *Informatización de las redes asistenciales. La hora del balance*: Santiago de Chile: Ministerio de Salud de Chile.
- Ministerio de Salud Pública de Ecuador. (2012). Manual del Modelo de atención integral del sistema nacional de salud familiar comunitario e intercultural (MAIS-FCI). Quito: MSP.
- Ministerio de Salud Pública de Ecuador. (2013). *Manual del Modelo de atención integral del sistema nacional de salud familiar comunitario e intercultural (MAIS-FCI)*. Quito: MSP.
- Ministerio de Salud Pública de Ecuador. (2014). *Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS). Lineamientos operativos para la implementación del MAIS y RIPS*. Quito: MSP.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (2012). [Dirección General de Atención Primaria de Salud. Dirección General de Programas de Salud]. (2012). *Manual de funciones de las Unidades de Salud de la Familia*. Asunción: Paraguay.
- Ministerio de Salud del Perú. (2005). *Guía de Implementación del Programa Familias y Viviendas Saludables*. Lima: Ministerio de Salud del Perú.

- Ministerio de Salud del Perú. (2011). Dirección General de Salud de las Personas. Secretaría Técnica Comisión de Renovación del Modelo de atención integral en salud basado en familia y comunidad, MAIS-BFC – Lima.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2010). *Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas* [Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No.4]. Washington, D.C.: OPS.
- Pontificia Universidad Católica de Chile y Escuela de Medicina-Facultad de Medicina. (abril, 2015). Departamento de Salud Pública Producto 2: PROPUESTA DE ADSCRIPCIÓN.
- Román Vega R. y Acosta Ramírez, N. (junio, 2014). “Mapeo y Análisis de los Modelos de Atención Primaria en Salud en los Países de América del Sur. Mapeo de la APS en Colombia”. Documento Autoral de APS en los países de Suramérica. Instituto Suramericano de Gobierno en Salud Rio de Janeiro.
- Rayen Salud. (2017). *Las Tecnologías de la Información (TI) en la Salud Pública del país*. Recuperado el 31 de mayo de: <https://www.rayensalud.com/2017/09/26/las-tecnologias-la-informacion-ti-la-salud-publica-del-pais/>

ANEXOS

Anexo 1. Modelo de Entrevista a EPS del régimen contributivo y régimen subsidiado

Instrumento de levantamiento de información del Proceso de Adscripción en la EAPB		
Nombre del cliente _____		
Descripción del cliente _____		
Primer contacto con el usuario	1. Por favor indicar si existe la definición de un procedimiento (flujograma) para el proceso actual de afiliaciones <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No ¿Pueden compartirlo?	
	2. ¿Conoce los requerimientos mínimos para la afiliación? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No ¿Cuáles?	
	3. ¿El diligenciamiento del formulario de afiliación lo realiza el usuario? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No ¿Quién?	
	4. ¿Posterior a la afiliación, se diligencia el formulario de declaración de salud del afiliado cotizante y de cada uno de sus beneficiarios? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No ¿Cómo?	
	5. ¿Se socializa al usuario que: la declaración de salud no es motivo de negación de la afiliación y su objetivo es identificar y gestionar los riesgos de los afiliados, con base en la cual determinará las estrategias o lineamientos para la administración del riesgo en salud por parte de la EPS? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No ¿Cómo?	
Adscripción a la IPS Primaria	6. ¿Conoce y entiende el concepto de adscripción a una IPS Primaria? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No ¿Qué entiende?	
	7. En la EPS donde usted labora esta definida la adscripción como: <input type="radio"/> Un proceso <input type="radio"/> Una actividad <input type="radio"/> Un campo del formulario <input type="radio"/> Un requisito para la afiliación <input type="radio"/> Otro ¿Dónde?	
	8. ¿En la adscripción, el grupo familiar se le asigna a un equipo de salud? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No ¿Por qué?	
	9. ¿Si no está definido la adscripción, la asignación de la IPS Primaria en que momento se realiza? <input type="radio"/> En el diligenciamiento del formulario de afiliación <input type="radio"/> En el diligenciamiento de la declaración de salud <input type="radio"/> Otro En qué momento?	
	10. Los criterios de asignación de la IPS Primaria son: <input type="radio"/> Proximidad al hogar <input type="radio"/> Proximidad al lugar de trabajo <input type="radio"/> Donde decida el usuario <input type="radio"/> La asignación es aleatorio por parte de la EPS. <input type="radio"/> La asignación se realiza según disponibilidad de la Red de Prestadores <input checked="" type="radio"/> Otro	
11. ¿Se tienen categorizado los afiliados? (todo el núcleo familiar) <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No ¿Cuales?		
Sistemas de información en Salud	12. ¿Registran los formularios en un sistema de información de la EPS? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No ¿Dónde?	
	13. ¿Hay una estructura específica de consolidación de datos para el proceso de afiliaciones y de adscripción (declaración de salud)? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No ¿Cuál?	
	14. ¿A que entidades se envía el registro consolidado de la afiliación y la información de adscripción (declaración de salud)? <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="text-align: center;">Ente Territorial</td></tr></table>	Ente Territorial
	Ente Territorial	
	15. ¿Con que periodicidad se envía la información consolidada a las entidades ya mencionadas? <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Bimensual <input type="radio"/> trimestral <input type="radio"/> Semestral <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Otro ¿Cuál?	
	16. ¿Existe transferencia de datos entre el registro del formulario de la declaración de salud o adscripción de cada afiliado y la historia clínica del prestador primario? <input type="radio"/> No ¿Cómo?	
	17. ¿El sistema de información donde se registra el formulario de la declaración de salud o adscripción genera alertas, basado en los riesgos de los afiliados, que le permiten al gestor informar a los afiliados que van a ser abordador por un equipo de salud del prestador primario? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No ¿Cómo?	
	18. ¿Se generan alertas en la historia clínica electrónica del prestador primario, basado en los riesgos de los afiliados, que le permiten al medico líder del equipo de salud del prestador primario abordar a los afiliados preventivamente? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No ¿Cómo?	
	19. ¿El sistema de información donde se realiza la adscripción al prestador primario permite identificar la capacidad instalada de su red y su estado actual? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No ¿Cómo?	
	20. ¿Se realiza algún tipo de seguimiento a la capacidad instalada de su red? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No ¿Cómo?	
21. ¿Cómo el afiliado puede consultar su IPS Primaria y qué medio utilizan? <input type="radio"/> Por teléfono <input type="radio"/> Por boletín entregado por el usuario <input type="radio"/> Por la pagina Web de la EPS <input type="radio"/> Por la pagina Web del MSPS <input type="radio"/> Otro ¿Cómo?		
Puerta de entrada a	22. Si no tiene definido en la EPS la adscripción al prestador primario ni usan el formulario de declaración de salud. ¿Cómo identifican los riesgo de salud de la población afiliada? <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="text-align: center;">Histórico de las autorizaciones generadas</td></tr></table>	Histórico de las autorizaciones generadas
	Histórico de las autorizaciones generadas	
	23. ¿Cómo se diseñan los planes de promoción de la salud y prevención de la enfermedad para ejecutar en el primer nivel de atención en su EPS? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No ¿Cómo?	
24. ¿En la actualidad, la EPS esta trabajando con las Rutas Integrales de Atención en Salud? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No ¿Cuáles?		
Novedades	25. ¿Qué medio usan para caracterizar la población afiliada e incluirla a una de las RIAs de promoción de la salud y prevención de la enfermedad? <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td> </td></tr></table>	
	26. ¿Cómo se realiza el reporte de Novedades a la entidades? <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td> </td></tr></table>	
	27. ¿Con qué periodicidad se reporta? <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Bimensual <input type="radio"/> trimestral <input type="radio"/> Semestral <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Otro ¿Cuál?	
	28. ¿A que entidades se envía el reporte de novedades? <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td> </td></tr></table>	
	29. ¿Cuál es la estructura de las novedades? <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td> </td></tr></table>	
30. ¿En qué medio se reporta? <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td> </td></tr></table>		
31. ¿Qué confirmación se tiene sobre las novedades? O se tiene alguna información de las entidades? <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td> </td></tr></table>		
32. ¿Cuántas novedades de cambio de IPS se reciben? <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td> </td></tr></table>		
Convenios y traslados	33. ¿Cómo se manejan los traslados? <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td> </td></tr></table>	
	34. ¿Cómo se reportan los traslados? <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td> </td></tr></table>	
35. ¿Cómo hacen seguimiento al direccionamiento que se da al paciente sobre como acceder al servicio? <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td> </td></tr></table>		
36. ¿Qué tipos de convenio se realizan con los prestadores de servicios de salud? <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td> </td></tr></table>		
36. ¿Dentro los convenios se determina el modelo MIAS, y qué características se definen para el caso de las IPS básicas? <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td> </td></tr></table>		