



DOCUMENTO MARCO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD DE COLOMBIA

Contenido

1. INTRODUCCIÓN	3
2. ANTECEDENTES	4
2.1 Marco Legal.....	4
2.2 Situación de Salud.....	6
2.2.1 Transición demográfica.....	6
2.2.2 Desarrollo económico y social	7
2.2.3 Distribución de la población 2012.....	9
2.2.4 Indicadores relevantes de salud.....	9
2.3 Historia de la APS en Colombia.....	13
3. MARCO CONCEPTUAL	13
APS y protección social	13
Definiciones	14
3.1 APS y Características (TH)	15
3.2 Redes Integradas de servicios.....	15
3.3 Intersectorialidad.....	16
3.4 Participación Social y comunitaria	17
3.5 Enfoque	17
3.6 Valores, Principios y atributos.....	18
4. COMPONENTES DE LA APS	18
4.1 Redes Integradas de Servicios de salud (RISS)	18
4.1.1 Organización.....	18
4.1.1.1 Territorialidad y población.....	18
4.1.1.2 Puerta de entrada	19
4.1.1.3 Enfoque individual, familiar y comunitario.....	19
4.1.1.4 Prestaciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos	20
4.1.1.5 Resolutividad.....	22
4.1.1.6 Equipos Básicos de Salud	23
4.1.1.6.1 DEFINICIÓN	23
4.1.1.6.2 CONFORMACIÓN.....	23
4.1.1.6.3 FINANCIAMIENTO DE LOS EQUIPOS	24
4.1.1.6.4 FUNCIONES DE LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD.....	24
4.1.1.6.5 ALCANCE DE LOS INTEGRANTES DE LOS EBS	25
4.1.1.6.6 FUNCIONES DE LOS INTEGRANTES DEL EQUIPO DE SALUD.....	26
4.1.1.7 Referencia y Contrarreferencia.....	28
4.1.1.8 Sistemas de Información.....	28
4.1.1.9 Integración de servicios de apoyo clínicos, administrativos y logísticos (transporte):.....	29
4.1.1.10 Mecanismos de Gobierno de la red	29
4.1.2 Gestión:	29
4.2 Intersectorialidad	29
4.3 Participación social y comunitaria	30
5. ROL DE LOS ACTORES - alcance a nivel territorial e institucional	31



5.1	Autoridad sanitaria.....	31
5.2	Aseguradores.....	33
5.3	Prestadores.....	34
5.4	Sector académico	35
6.	RECURSOS.....	35
6.1	Talento humano	35
6.2	Sistemas de información, y TICs	37
6.3	Equipamiento, tecnología e infraestructura.....	37
7.	HABILITACIÓN DE REDES E IPS	38
8.	BIBLIOGRAFÍA	45

DOCUMENTO EN ELABORACION - CIRCULACION RESTRINGIDA



DESARROLLO DEL CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN

La Ley 1438 impone al país el desafío de implementar la estrategia de Atención Primaria de Salud, como respuesta a la necesidad de avanzar en la solución de los problemas que se han detectado en el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia.

La realidad actual exige una respuesta positiva de todos los sectores del país, tanto de salud como de los otros, que tienen la responsabilidad histórica de crear las condiciones de una sociedad más solidaria, equitativa e inclusiva, en la que todos, sin distinción de nivel social o económico, género, etnia, edad, geográfica ni de otra índole, puedan alcanzar el mayor nivel de salud posible.

La implantación de la estrategia de Atención Primaria y de servicios integrados de salud, se deberá hacer en el marco de un sistema de protección social dado por el país, en el que el aseguramiento es un requisito que da sustento al modelo en salud.

Deberá también, contemplar las diferencias que se dan en el país, las que implicarán diferentes respuestas, acordes con esas diferencias, pero manteniendo una unidad conceptual a nivel nacional. Al mismo tiempo, deberá incorporar enfoques diferenciales desde el punto de vista de género, étnico e intercultural y de edad, priorizando a los más necesitados, modificando los determinantes sociales de la salud y considerando la comunidad, la familia y los individuos.

La estrategia de Atención Primaria, que dicta la Ley, se expresa en el Plan Decenal de Salud, lo que permite integrar y coordinar las acciones de salud en todo el país. En este sentido, la implantación de la Atención Primaria de Salud y de servicios integrados de salud, estará sujeta al cumplimiento de metas en su organización y en su aporte a los resultados en salud, que dicho Plan determine.

Dada la magnitud del desafío, es importante incorporar la necesaria gradualidad en todos los procesos de implantación, que permitan ir avanzando en forma sólida y coherente, de tal modo de aprovechar las buenas experiencias desarrolladas a la fecha, evitar al máximo las resistencias naturales que todo proceso de cambio conlleva, incorporar progresivamente a todos los actores e ir demostrando con hechos concretos, las bondades del nuevo modelo y así obtener el apoyo y comprensión de la población.

El presente documento tiene por objeto, en lo inmediato, determinar los elementos que deben tenerse en cuenta para la elaboración del Reglamento de la Ley 1438, en lo relacionado con la Atención Primaria de Salud y servicios integrados de salud.

Constituyen el marco, dado por las autoridades del Ministerio de Salud y protección Social a los equipos técnicos y al resto de los actores del sistema, que serán convocados en la elaboración y discusión de la propuesta de Reglamento de la Ley. En este sentido, es por lo tanto la concepción que para el Ministerio, será el desarrollo de la Atención Primaria de Salud y la guía



para su implementación en los diferentes territorios y realidades del país. Por último, será la base de todos los futuros documentos y resoluciones que se refieran a esta materia.

Reconocemos el imprescindible papel que el talento humano en salud debe jugar en el cambio de modelo y junto con esto, llamamos a todos los sectores a sumarse a este apasionante proceso y, en forma generosa, a construir entre todos un sistema de salud que responda a las necesidades y expectativas de la población.

Finalmente, el país podrá estar seguro, que todo este difícil e histórico proceso, contará con el firme apoyo de las autoridades de Gobierno central y local, las que en forma legítima conducirán al sector para el logro de los grandes objetivos planteados.

2. ANTECEDENTES

2.1 Marco Legal

La Constitución Política de 1991, declara a Colombia como un Estado Social de Derecho, que consagra la vida como un derecho fundamental e inviolable¹. De allí se deriva la obligatoriedad jurídica para la provisión de servicios de salud por parte del Estado (y/o agentes particulares delegados por éste) en aras de garantizar el mencionado derecho fundamental.

Algunos autores interpretan el cambio constitucional como una transición de un Estado de bienestar o benefactor a un Estado social o post-benefactor, menos paternalista pero más preocupado por garantizar derechos civiles, sociales y políticos. Bajo este marco, la Constitución de 1991 eleva a la Seguridad Social a “un servicio público de carácter obligatorio” (Art.48), dentro de la cual “la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado” (Art.49).

El Sistema General de Seguridad Social en Salud como está estructurado hoy, inicia con la Constitución Política de 1991, la cual consagró tres principios de la seguridad social; la universalidad, la solidaridad y la eficiencia, con estas características se enuncia el artículo 48 de la Constitución la cual preceptúa:

“Artículo 48. La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social. El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley. La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley. No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella. La ley definirá los medios para que los recursos destinados a pensiones mantengan su poder adquisitivo constante.”

¹ Constitución Política de Colombia. Art.11. 1991



Como se aprecia en la norma anterior el constituyente delegó en la Ley la definición del contenido concreto y los mecanismos operativos de la seguridad social y sus principios. En el artículo transitorio 57 la asamblea constituyente se determinó que:

“Artículo transitorio 57. El Gobierno formará una comisión integrada por representantes del Gobierno, los sindicatos, los gremios económicos, los movimientos políticos y sociales, los campesinos y los trabajadores informales, para que en un plazo de ciento ochenta días a partir de la entrada en vigencia de esta Constitución, elabore una propuesta que desarrolle las normas sobre seguridad social. Esta propuesta servirá de base al Gobierno para la preparación de los proyectos de ley que sobre la materia deberá presentar a consideración del Congreso.”

Con fundamento en lo anterior se expidió la Ley 100 de 1993, la cual desarrolla y define el sistema de seguridad social integral bajo dos ideas rectoras; la cobertura universal y la libre elección, igualmente el sistema de salud recoge los principios de la Constitución (la universalidad, la solidaridad y la eficiencia), así como los de integralidad, unidad, descentralización y participación.

En dicha Ley se consagra la intervención del Estado en el servicio público de Seguridad Social en Salud, conforme a las reglas de competencia y fines allí establecidos², intervención del Estado que ha sido reiterada en diversos fallos de la Corte Constitucional. El Sistema General de Seguridad Social en Salud, fue ajustado por la Ley 1122 de 2007, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios, para lo cual se hicieron reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud. La norma es clara en determinar que el servicio de salud a nivel territorial se prestará mediante la integración de redes, de acuerdo con la reglamentación existente³ y las EPS del Régimen Contributivo garantizarán la inclusión en sus redes de Instituciones Prestadoras de Salud de carácter público⁴.

La referida norma determina que la salud pública está constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad⁵.

El dicho contesto el Gobierno Nacional definió el Plan Nacional de Salud Pública, el cual tiene por objeto la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la

² Ley 100 de 1993 artículo 154

³ Ley 1122 de 2007 parágrafo 3º artículo 25

⁴ Ley 1122 de 2007 parágrafo artículo 15

⁵ Ley 1122 de 2007 artículo 32



comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar. El plan debe incluir, entre otros, los modelos de atención, tales como, salud familiar y comunitaria, atención primaria y atención domiciliaria⁶.

Posteriormente la Ley 1438 de 2011, reformó el Sistema General de Seguridad Social en Salud para fortalecerlo, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país.

Esta norma adopta la Estrategia de Atención Primaria en Salud la cual está constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial / transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana⁷. Se define la aplicación de esta estrategia, en las regulaciones relacionadas con el plan decenal para la salud pública⁸, en la ejecución y resultados de las acciones de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como pilares de la estrategia de Atención Primaria en Salud⁹, y en la conformación de los equipos básicos en salud¹⁰ y de las redes integrales de servicios de salud¹¹, igualmente esta norma define los elementos para la implementación de la estrategia de Atención Primaria¹².

Una norma importante, para el Sistema General de Seguridad Social en Salud, es la Ley 715 de 2001, la cual contiene normas orgánicas en materia de recursos y competencias para organizar la prestación de los servicios de salud, y define las competencias de la Nación, los Departamento, los Distritos y Municipios, en relación al sector salud, otorgándole a cada una de ellas, según el caso, funciones de direccionamiento del sector, de prestación de servicios de salud, de salud pública y aseguramiento.

2.2 Situación de Salud

2.2.1 Transición demográfica

Con los estudios y la información disponible se determina que Colombia inició un proceso de transición demográfica a partir de 1960. Las variables que influyeron en este fenómeno incluyen la fecundidad, mortalidad, cambio epidemiológico y cobertura en salud, cambios en los patrones de edad y los flujos migratorios. Se encuentra una reducción de la tasa de fecundidad en 65% en tan sólo 50 años (1951-2005), sin embargo la fecundidad adolescente no ha logrado reducirse.

En lo referente a la esperanza de vida al nacer, esta ha aumentado ya que pasó de 50.6 años a 72.2 años entre 1950 y 2005 respectivamente, gracias a las condiciones de salud en

⁶ Ley 1122 de 2007 literal i artículo 33

⁷ Ley 1438 de 2011 artículo 12

⁸ Ley 1438 de 2011 artículo 6°

⁹ Ley 1438 de 2011 artículo 10 y 11

¹⁰ Ley 1438 de 2001 artículo 15

¹¹ Ley 1438 de 2001 artículo 62

¹² Ley 1438 de 2011 artículo 13

las que ahora nace y vive la población, lo que ha generado una reducción del 68% en la tasa de mortalidad.

De otro lado, la tasa de mortalidad infantil, presentó una disminución de más del 80% en 100 años.

Fuente: Indicadores básicos 2010. Situación de Salud en Colombia. Ministerio de la Protección Social, Organización Panamericana de la Salud. Instituto Nacional de Salud
La tasa de urbanización pasó de 39% en 1951 a 50% en 1962 y a 75% en 2000.

2.2.2 Desarrollo económico y social 13

Colombia se caracteriza por ser un país heterogéneo en su geografía, con diferentes niveles de desarrollo regional y condiciones culturales y sociales diversas. Así mismo, presenta brechas en el desarrollo de sus territorios, las cuales son un reflejo, entre otros aspectos, de las trampas de la pobreza, de la complejidad de las relaciones territoriales y de condicionamientos históricos estructurales.

Como se puede apreciar en la tabla las disparidades regionales son evidentes, destacándose los mayores rezagos económicos y sociales en el Pacífico y la Amazonia y las mayores ventajas económicas en el Centro y la zona Nororiental; en éstas últimas el Centro concentra las actividades industriales, comerciales y de servicios, y en la zona Nororiental se ubican los principales desarrollos minero energéticos.

Las brechas socioeconómicas entre zonas son altas y, además, evidentes entre cabeceras municipales y resto del territorio. Los indicadores de población, ingreso, pobreza, capacidades institucionales y de desarrollo endógeno así lo confirman.

Tabla 1 Indicadores claves por zonas homogéneas en sus condiciones de desarrollo endógeno

Indicadores clave	Centro	Pacífico	Occidente	Sur	Noroccidente	Nororiental	Amazonia
1, Municipios	603	210	81	135	22	51	1.102
Número							
2, Población */Total							
Millones	27,2	10,3	2,0	3,5	0,5	1,4	44,9
Porcentaje de crecimiento anual 2005-2020	1,0	1,4	1,1	1,1	1,5	1,6	1,1
Densidad (habitantes por km ²)	132	68	9	49	2	16	47
Porcentaje de población perteneciente a grupos étnicos	6,5	23,2	4,3	20,4	19,9	79,5	13,6
Cabecera							
Porcentaje de	82	72	72	46	43	54	75

¹³Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 Pag 24...



Indicadores clave	U	C	D	E	C	O	L	I	S	O	C	D	E	S
participación en el total														
Millones	22,4	7,5	1,4	1,6	0,2	0,8								33,9
Porcentaje de crecimiento anual 2005-2020	1,2	1,7	1,4	1,6	2,2	2,0								1,4
Resto														
Porcentaje de participación en el total	18	28	28	54	57	46								25
Millones	4,8	2,9	0,6	1,9	0,3	0,7								11,0
Porcentaje de crecimiento anual 2005-2020	-0,04	0,8	0,1	0,6	1,1	1,1								0,4
3, Ingreso **/														
PIB (billones de pesos) 2009	367,3	77,7	29,6	20,0	2,1	8,0								504,7
PIB per cápita (millones de pesos) 2009	13,5	7,5	15,0	5,7	4,4	5,6								11,2
Porcentaje de crecimiento real anual del PIB per cápita, 2000-2009	4,2	4,6	2,5	3,8	-5,0	-11,6								4,1
4, Pobreza y desigualdad														
Porcentaje de personas con NBI, total	17,2	46,1	37,2	41,4	63,0	62,5								27,8
Porcentaje de personas con NBI, cabecera	12,6	35,8	26,3	22,6	49,9	54,7								19,7
Porcentaje de personas con NBI, resto	38,6	72,3	63,7	57,8	77,0	71,5								53,5
Porcentaje de personas en miseria según NBI, total	4,5	23,2	17,7	17,0	42,6	28,6								10,6
Porcentaje de personas en miseria según NBI, cabecera	2,4	17,9	9,1	6,1	28,0	19,0								5,9
Porcentaje de personas en miseria según NBI, Resto	14,0	44,0	39,1	26,5	56,5	39,9								25,7
Coeficiente de GINI, según PIB per cápita	0,4335	0,5344	0,6420	0,4184	0,4859	0,4271								0,5155
5, Capital humano														
Porcentaje de alfabetismo en adultos	92,2	82,6	86,3	87,9	78,7	76,4								89,1
Porcentaje de cobertura bruta educación primaria	82,1	97,6	95,2	94,4	102,3	122,1								89,8
Porcentaje de cobertura bruta educación secundaria	70,0	71,4	69,5	65,3	46,7	56,7								69,1
Inversión pública municipal per cápita (miles de pesos)2/	669	609	731	487	490	601								640
6, Índice (%) de capacidades institucionales 3/														
	66,4	42,6	60,2	56,3	44,9	45,6								58,8



Indicadores clave	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
7, Índice (%) de capacidades de Desarrollo Endógeno 4/	27,3	20,5	23,5	24,2	18,8	17,0	24,7

Fuente: cálculos GAFDT-DDTS-DNP, con base en variables censales DANE y ejecuciones presupuestales municipales, */ Población 2009, proyecciones DANE con base en Censo General 2005, **/ Estimación DDTS-DNP con base en la recaudación tributaria municipal, 1/ Afros, raizales, palenqueros, indígenas, gitanos, 2/ Incluye formación bruta de capital fijo más inversión social, según el estatuto presupuestal colombiano, 3/ Índice de desempeño integral calculado para municipios, 2008, 4/ Índice sintético municipal que recoge 13 variables de capacidades de desarrollo endógeno, agrupadas en tres factores: de condiciones sociales, de densidad poblacional y financiera y de crecimiento

2.2.3 Distribución de la población 2012

Desde el punto de vista político administrativo Colombia está dividida en 32 departamentos y 1 distrito capital. Al interior la población está distribuida en 1102 municipios (4 de ellos Distritos) y 20 corregimientos departamentales.

Para el año 2012, la proyección de población realizada por el DANE, a partir de los resultados del Censo 2005, asciende a 46.581.823 habitantes, 76% de ellos ubicados en la cabecera.

Por tamaño de población 89% de los municipios o corregimientos departamentales tienen menos de 50.000 habitantes, concentrando en ellos sólo el 40% de la población. (39% de los municipios reportan una población menor a 10.000 habitantes) La distribución de la población entre cabecera y resto, está ligada al tamaño municipal, mientras más pequeña es la población, menor la proporción ubicada en la cabecera.

Tabla 2. Distribución de la población total por tipo de municipio o corregimiento departamental 2012

Tipo	Municipios y corregimientos			Población total			% Cabecera	% Resto
	Nro.	%	% Acumulado	Nro.	%	% Acumulado		
Menor de 5.000	183	16,3%	16,3%	598.616	1,3%	1,3%	29%	71%
De 5.000 a 9.999	261	23,3%	39,6%	1.947.876	4,2%	5,5%	36%	64%
De 10.000 a 49.999	556	49,6%	89,1%	12.016.328	25,8%	31,3%	46%	54%
De 50.000 a 99.999	61	5,4%	94,6%	4.098.986	8,8%	40,1%	71%	29%
De 100.000 a 199.999	32	2,9%	97,4%	4.285.129	9,2%	49,3%	78%	22%
De 200.000 a 499.999	20	1,8%	99,2%	6.946.985	14,9%	64,2%	90%	10%
De 500.000 a 999.999	5	0,4%	99,6%	3.228.381	6,9%	71,1%	97%	3%
De 1.000.000 y más	4	0,4%	100,0%	13.459.522	28,9%	100,0%	99%	1%
Total general	1.122	100,0%		46.581.823	100,0%		76%	24%

Fuente: Proyecciones de población 2012 total municipal por área. DANE. Tipologías definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social

2.2.4 Indicadores relevantes de salud

En Colombia, la esperanza de vida media se ha incrementado, pasando de 70,90 años en el quinquenio 1995-2000 a 74 años en el quinquenio 2005-2010. Por su parte, según las



Estadísticas Vitales ajustadas del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas – DANE14, las tasas de mortalidad en la niñez, infancia y materna han disminuido. Así, la mortalidad en la niñez pasó de 35,1 muertes en menores de cinco años por cada 1000 nacidos vivos en 1998 a 24,9 en 2008; la tasa de mortalidad infantil pasó de 27,45 muertes en menores de 1 año por 1000 nacidos vivos en 1998 a 20,60 en 2008; y la razón de mortalidad materna pasó de 93,9 en 1998 a 75,6 muertes maternas por cien mil nacidos vivos en el 2007; con un ligero incremento en el año 2000 donde alcanza el máximo valor (104,9)15.

En el mismo sentido, cabe de destacar el descenso de la tasa de mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)¹⁶, la cual pasó de 33,76 en 1998 a 11,58 por 100.000 menores de 5 años para el año 2006, lo que equivale a una reducción de la tasa del 65% en 8 años, resultado que está muy de acuerdo con el incremento progresivo en cobertura de servicios de acueducto y alcantarillado.

En contraste con esta reducción, las muertes por enfermedades cardiovasculares han aumentado. En el año 2000 la tasa por enfermedad isquémica del corazón fue de 55,61, y en el 2008 ascendió a 64,45 muertes por cada 100 mil habitantes (Estadísticas Vitales - DANE).

- La población está empezando a envejecer y está concentrada en las ciudades, presentado enfermedades crónicas o degenerativas.
- La mortalidad muestra un perfil dominado por las causas externas, las enfermedades cardio y cerebro vasculares, la neumonía, la diabetes y los tumores. Pero aún se evidencian muertes por enfermedades transmisibles (malaria, dengue, entre otras), y si bien se observan logros en la disminución de algunos indicadores (en especial las de mortalidad infantil y en la niñez), aún persisten grandes diferencias departamentales que no pueden ser ignoradas.
- El aumento en la prevalencia de enfermedades no transmisibles y la exposición a los factores de riesgo asociados, que presionan la demanda de servicios.

Mortalidad general

El estudio de Análisis de Situación de Salud realizado por la Universidad de Antioquia para el Ministerio de la Protección Social, incluye un análisis de Mortalidad que cubre un período de 22 años durante el cual se registraron 3.790.514 defunciones. Las cuatro primeras causas de mortalidad se mantuvieron estables desde 1985 al 2006, siendo la primera las enfermedades del aparato circulatorio (cardiovasculares), seguidas por las causas externas, los tumores y las enfermedades del sistema respiratorio. Estas cifras

¹⁴Ajuste debido a subregistro de nacimientos y defunciones y a procesos de conciliación censal de la población (1985-2004) y al método de años de vida perdidos (probabilidad de años que deberían haber vivido las personas que fallecen; 2005 en adelante), a cargo del DANE, para cada uno de los departamentos a excepción de los departamentos del grupo Amazonas, que incluye: Amazonas, Guainía, Guaviare, Vaupés y Vichada, que fue necesario agruparlos debido a la precariedad de las estadísticas.

¹⁵La reducción entre el año 1998 y 2006 corresponde a un 20,12%. Para el periodo 2000-2006 la reducción fue de 28,5%.

¹⁶La Tasa de Mortalidad por EDA es un indicador que se relaciona íntimamente con la persistencia de condiciones de pobreza y refleja la existencia de deficiencias en la población en materia de calidad de la vivienda, higiene personal, acceso a servicios sanitarios y de agua potable, entre otros factores.



muestran que en Colombia están creciendo las muertes por enfermedades crónicas o degenerativas y disminuyendo las asociadas a enfermedades transmisibles y se espera que esa tendencia se mantenga (MPS – ASIS, 2010).

Por otra parte, la tasa de mortalidad por VIH/sida exhibe una curva ascendente con pendiente moderada que indica un crecimiento anual del indicador, pasando de 3,63 a 5.38 muertes por 100.000 habitantes entre 1998 y 2008. Para el año 2008 aproximadamente hay 2.400 personas que anualmente se registran con muerte asociada al VIH/sida en el país⁸⁸

Morbilidad y factores de riesgo

En el perfil de la morbilidad según la atención en urgencias predominan las patologías de origen infeccioso. En este grupo la enfermedad diarreica aguda (EDA) explica la mayor proporción de la atención en ambos sexos y su frecuencia se mantiene constante entre las primeras cinco causas por edad. En la población infantil, la EDA ocupa un significativo renglón en la atención de consulta externa, de urgencias y en la de hospitalización. Las complicaciones de la gestación, parto o puerperio contribuyen con el 14% de las diez primeras causas de atención en urgencias, las que explican la mitad de la atención total.

Las condiciones crónicas observadas con mayor frecuencia en ambos sexos, correspondieron para 2007 en su orden a alergias, hipertensión arterial, úlcera digestiva, asma, colon irritable, otras enfermedades crónicas que no se curan, alguna enfermedad del corazón, diabetes y epilepsia, otra enfermedad pulmonar como enfisema, cáncer, tuberculosis e infección por VIH o sida.

En cuanto a factores de riesgo, merece destacarse:

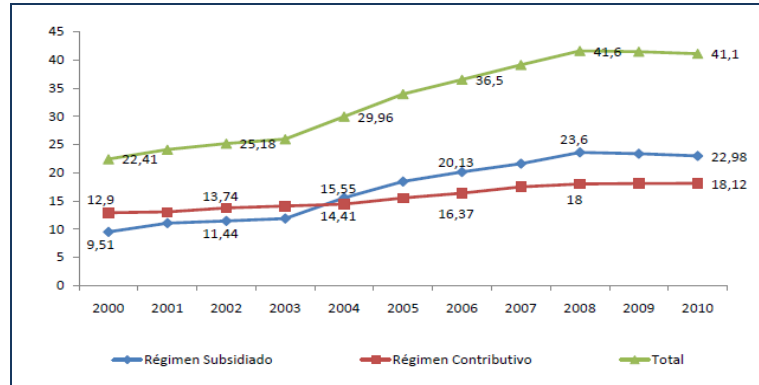
Sedentarismo, Alimentación, Consumo de tabaco, consumo de Alcohol, la violencia, entre otros.

Aseguramiento

En el SGSSS el instrumento escogido para garantizar la ampliación de la cobertura y el acceso a los servicios de salud es el aseguramiento, después de más de 17 años de implementada la reforma los logros en cobertura son importantes, pasando de un 20% de la población cubierta antes de la reforma¹⁷ a cerca del 96% de la población nacional, incluida la afiliada a los regímenes especiales, para el año 2010.

Gráfico 1 Afiliación SGSSS 2000 – 2010 (Millones de personas)

¹⁷ Ministerio de Salud – Universidad de Harvard – Escuela de Salud Pública. La Reforma de Salud en Colombia y el Plan Maestro de Implementación. 1.996.

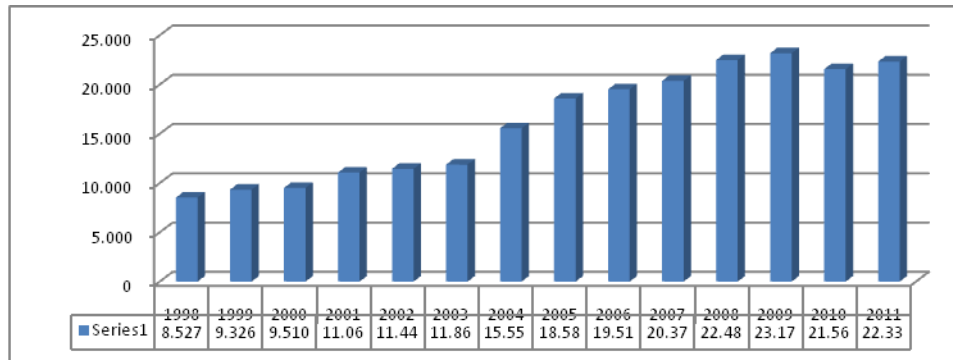


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

En términos de equidad, los resultados en incrementos de cobertura adquieren relevancia en el régimen subsidiado, con 22.332.923 afiliados contratados con subsidios plenos en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA)¹⁸, para noviembre del año 2011 con una cobertura de 94,31%.

¹⁸ Ministerio de Salud y Protección Social – Dirección de Aseguramiento, Riesgos Profesionales y Pensiones. 2012

Gráfico 2 Afiliación Régimen Subsidiado 1998 – 2011 (Millones de personas)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Aseguramiento, Riesgos Profesionales y Pensiones. 2012.

Estos avances en cobertura se reflejan en mejoras en el acceso en términos de usos de los servicios de salud, en equidad con la disminución de barreras de acceso en especial las relacionadas con los ingresos, y como resultado de lo anterior, en las condiciones de salud de la población según los datos arrojados por las Encuestas de Hogares, ENDS y Encuesta Nacional de Salud Pública. No obstante, persisten restricciones en el acceso por factores geográficos y dispersión poblacional, operación del aseguramiento a nivel territorial (garantía del ejercicio de las funciones propias del aseguramiento, como gestión del riesgo, relación de agencia y demás), y restricciones por no Resolutividad en los niveles de baja complejidad, entre otras.

2.3 Historia de la APS en Colombia

Colombia ha tenido experiencias aisladas del orden más operativo que integral a nivel de APS; algunas de ellas de mayor impacto como El Valle, Boyacá, Huila, Bogotá, Cali, Barranquilla, Bucaramanga, Cundinamarca, La Cumbre, Santa Ana, Anserma Nuevo Buenaventura, por mencionar algunas, y también Aseguradoras del Régimen Contributivo: Coomeva, Salud Total, Subsidiado, Coosalud, Mutual Ser, Salud Total, etc. Y algunas IPS como Javesalud. Unas con mayor éxito que otras logrando buenos indicadores de salud pero siempre como iniciativas internas y no de carácter Nacional, la mayoría desencadenando inducción de la Demanda que terminan incrementando las expectativas de los ciudadanos y elevando los costos de la Atención en salud, con bajos índices de Resolutividad, bajos sistemas de información e insatisfacción del usuario.

3. MARCO CONCEPTUAL

APS y protección social

Ampliar la protección social en salud, en el marco de un sistema de protección social que el país se ha dado es uno de los principales objetivos del sector.

Para hacer efectiva esta protección en salud es necesario asegurar el acceso a los servicios, cautelar la seguridad y solidaridad financiera y respetar los derechos y dignidad



de los pacientes en la atención de salud. La estrategia de atención primaria es crucial para progresar en el acceso universal y equitativo de la atención de salud. (Agenda de Salud para las Américas 2008 – 2017)

Así, la Atención Primaria de la Salud se constituye en un elemento fundamental para lograr la efectiva ampliación de la protección social en salud para el país.

Es importante tener en cuenta que la Agenda mencionada es un documento firmado por todos los países.

Definiciones

Sistema de Salud Basado en la APS: Enfoque amplio de la organización y operación de los sistemas de salud, que hace del derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema. Un sistema de salud basado en la APS está conformado por un conjunto de elementos estructurales y funcionales esenciales que garantizan la cobertura y el acceso universal a los servicios, los cuales son aceptables para la población y promueven la equidad. Presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, pone énfasis en la prevención y la promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción. Un sistema de salud basado en APS requiere un sólido marco legal, institucional y organizativo, además de recursos humanos, económicos y tecnológicos adecuados y sostenibles. Emplea prácticas óptimas de organización y gestión en todos los niveles del sistema para lograr calidad, eficiencia y efectividad, y desarrolla mecanismos activos con el fin de maximizar la participación individual y colectiva en materia de salud. Un sistema de salud de esta naturaleza promueve acciones intersectoriales para abordar otros determinantes de la salud y la equidad. (OPS 2007, APS renovada)

Atención Primaria en Salud. La Atención Primaria en Salud se concibe como una estrategia que contempla tres componentes integrados e interdependientes: la acción intersectorial / transectorial por la salud, la participación social, comunitaria y ciudadana, y los servicios de salud y que se desarrolla de acuerdo al contexto político, económico y social de cada país, centrada en los individuos, las familias y las comunidades, con activa participación de la comunidad, orientada a establecer condiciones de materialización del goce efectivo del derecho a la salud y la reducción de inequidades, mediante la atención integral a la salud desde una perspectiva de determinantes sociales y económicos, lo que implica no solo una provisión sectorial de servicios de salud, sino una afectación de las causas últimas a través de la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable.

En este sentido, constituye el primer contacto de la población con el sistema y es la puerta de entrada al mismo. La atención primaria debe ser accesible a todos, independientemente de condiciones geográficas, sociales, económicas, culturales, de género, étnicas, religiosas o de otra índole. Tiene una visión holística de la persona y las



comunidades, en todas las etapas de la vida, sustentado en el trabajo de equipos de profesionales y técnicos de múltiples disciplinas.

Es el eje articulador de la atención y busca integrar todas las acciones del sistema de salud y la continuidad de la atención.

3.1 APS y Características (TH)

Es una estrategia que contempla tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial / transectorial por la salud y la participación social comunitaria y ciudadana.

Es el componente fundamental del sistema de salud, en torno al que se organiza el mismo, que integra las acciones individuales, familiares, comunitarias e intersectoriales y la prestación de servicios asistenciales, con acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.

La atención primaria debe ser accesible a todos, independientemente de condiciones geográficas, sociales, económicas, culturales, de género, étnicas, religiosas o de otra índole.

Como se anota siendo el eje articulador entre los sistemas de servicios de salud y los otros sectores de la sociedad es el espacio de interacción intersectorial en el trabajo de los determinantes sociales de la salud para disminuir las inequidades.

3.2 Redes Integradas de servicios

De acuerdo a la ley 1438, las redes integradas de servicios de salud se definen “como el conjunto de organizaciones o redes que prestan servicios o hacen acuerdos para prestar servicios de salud individuales y/o colectivos, más eficientes, equitativos, integrales, continuos a una población definida, dispuesta conforme a la demanda”. La propia Ley 1438 establece un conjunto de requisitos que deben ser tenidos en cuenta para su implementación.

La demanda debe ser la expresión de las necesidades de salud de la población, sustentadas en el análisis de la situación de salud de la misma y no exclusivamente a la demanda expresada.

Las redes son la expresión operativa del sistema de salud y en esa medida, son relevantes en la obtención de los resultados en salud y en la sostenibilidad del mismo, por los que deben rendir cuentas a la población.

La conformación de las Redes Integradas de Servicios de Salud debe convocar a todos los actores de los territorios en que vive la población definida y debe ser organizada por la autoridad administrativa correspondiente.

Por último, se reconocen un conjunto de características básicas de ellas:

- Objetivos comunes y visión sistémica
- Redes de profesionales muy unidas
- Complementariedad
- Alto grado de confianza mutua
- Acuerdos de gestión
- Información compartida

3.3 Intersectorialidad

Las acciones intersectoriales son necesarias para abordar los principales determinantes de la salud de la población y las inequidades, creando sinergias entre el sector de la salud y otros sectores y actores, como las escuelas, los lugares de trabajo, los programas de desarrollo económico y urbano, la mercadotecnia y el desarrollo agrarios, y la provisión de agua y saneamiento, entre otros.

La Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud realizada en Río de Janeiro (octubre de 2011) definió 5 temas principales:

- La gobernanza (mecanismo de gobierno) para abordar las causas fundamentales de las inequidades en salud: ejecución de medidas sobre los determinantes sociales de la salud.

En Colombia se debe avanzar a un trabajo intersectorial desde los mas altos niveles bajo la dirección de la autoridad local, con coordinación de las políticas, coordinación de programas tales como De cero a Siempre; Red Unidos; Pro Equidad y de lucha contra la pobreza; Prosperidad para todos, etc.

El Plan Nacional de Desarrollo es una expresión concreta de esta idea.

Se debe avanzar en desarrollo de leyes y políticas públicas bajo el concepto de “salud en todas las políticas”

- La promoción de la participación: el liderazgo de las comunidades para actuar sobre los determinantes sociales.

La expresión concreta del trabajo intersectorial se realiza en el nivel local, por eso establecer Redes intersectoriales, desarrollar Consejos Locales, promover la participación comunitaria debe ser un pilar fundamental.

- La función del sector salud, incluidos los programas de salud pública, en la reducción de las inequidades en salud.

El sector salud debe realizar la abogacía frente a los otros sectores, aportar la evidencia necesaria, convocar a los demás sectores a diseñar el Plan Decenal, incluir



el enfoque de determinantes sociales de la salud en todos: sus políticas, normativas, reglamentos, etc.,

- . La acción mundial sobre Determinantes de La Salud
- . La Medición de Análisis con indicadores

3.4 Participación Social y comunitaria

La participación convierte a los individuos en socios activos en la toma de decisiones sobre la asignación y el uso de los recursos, en la definición de las prioridades y en la garantía de la rendición de cuentas.

A título individual, las personas deben ser capaces de tomar decisiones de forma libre y han de estar plenamente informadas en lo que respecta a su salud y la de sus familias, con un espíritu de autodeterminación y confianza. A nivel social, la participación en el ámbito de la salud es una faceta de la participación cívica en general, garantiza que el sistema de salud refleje los valores sociales, y proporciona un medio de control social y responsabilidad respecto a las acciones públicas y privadas que repercuten en la sociedad.

(Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la OPS/OMS. Washington, D.C: OPS, © 2007).

De acuerdo al Art. 1360. De la ley 1438 se establece la definición de una POLÍTICA NACIONAL DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, que tendrá como objetivos:

- Fortalecer la capacidad ciudadana para intervenir en el ciclo de las políticas públicas de salud: diseño, ejecución, evaluación y ajuste.
- Promover la cultura de la salud y el autocuidado, modificar los factores de riesgo y estimular los factores protectores de la salud.
- Incentivar la veeduría de recursos del sector salud y el cumplimiento de los planes de beneficios.
- Participar activamente en los ejercicios de definición de política.
- Participar activamente en los ejercicios de presupuestación participativa en salud.
- Defender el derecho de la salud de los ciudadanos y detectar temas cruciales para mejorar los niveles de satisfacción del usuario.

3.5 Enfoque

Teniendo en cuenta los distintos enfoques, la APS en Colombia ésta debe ser para toda la población, no solo para la población pobre ni para programas específicos de salud, sino para todos los problemas de salud y debe tener carácter de Integralidad.

Asimismo, debe tener enfoques:

- diferenciales (culturales, de género, étnicas, religiosas o de otra índole)



- en los determinantes sociales de la salud y las inequidades,
- en la salud familiar
- territorial.

3.6 Valores, Principios y atributos

Valores: Equidad, Derecho a la salud y Solidaridad.

De acuerdo al Art. 13 de la ley 1438 establece los siguientes **principios:** universalidad, interculturalidad, igualdad y enfoque diferencial, atención integral e integrada, acción intersectorial por la salud, participación social comunitaria y ciudadanía decisoria y paritaria, calidad sostenibilidad, eficiencia, transparencia, progresividad e irreversibilidad.

Atributos: Acceso y cobertura universal, primer contacto, orientación familiar y comunitaria, énfasis en promoción y prevención, atención apropiada, recursos humanos apropiados, longitudinalidad, continuidad entre otros.

Los principios, valores y estrategias deben ser la orientación para el desarrollo de las políticas y su aplicación. En esa medida, el reglamento debe cautelar que esos principios que están en las normativas actuales se puedan hacer efectivos.

4. COMPONENTES DE LA APS

4.1 Redes Integradas de Servicios de salud (RISS)

Diversos estudios sugieren que las RISS pueden mejorar la accesibilidad del sistema, reducir la fragmentación del cuidado asistencial, mejorar la eficiencia global del sistema, evitar la duplicación de infraestructura y servicios, disminuir los costos de producción, y responder mejor a las necesidades y expectativas de las personas. Dada la gran variedad de contextos de los sistemas de salud, no es posible prescribir un único modelo organizacional de RISS; de hecho existen múltiples modelos posibles.

4.1.1 Organización

4.1.1.1 Territorialidad y población

Las RISS requieren en forma fundamental la definición de territorio y población, esta definición de territorio contemplará los límites administrativos del municipio o los departamentos, pero también las condiciones de acceso, por lo expresamente cual la red tiene límites geográficos, salvo excepciones en que la población puede acceder más fácilmente a otra red. Así las cosas con territorio definido, resulta más coherente el conocimiento georeferenciado de la población, sus condiciones de entorno, sus condiciones socioeconómicas y culturas y de situación de salud. Se garantizara que los aseguradores que tengan a cargo las poblaciones en zonas dispersas y de difícil ACCESO, contrataran a diferentes prestadores para facilitar el acceso de los ciudadanos y ciudadanas al servicio de salud; de tal forma que las prestaciones que el individuo requiere, serán entregadas en el territorio mismo, salvo aquellas en que no haya prestadores acreditados



Una vez definido el territorio de la red el paso siguiente será subdividirlo de tal manera que se asignen las responsabilidades sobre los individuos, familia y comunidad por parte de los equipos de salud.

Se introducirá el concepto en infraestructura y dotación de “centros de atención primaria en salud”, CAPs que se entenderán como Empresas Sociales del Estado con altísima resolutivez y sin camas de hospitalización salvo en casos excepcionales, como escenario de APS.

La organización territorial de la APS será de consolidación departamental y deberán ser lideradas por las Secretarías Departamentales y/o Distritales de Salud, y gestionadas de manera conjunta entre autoridades territoriales, aseguradores y prestadores, en el seno del CTSSS, teniendo en cuenta dispersión poblacional, urbanismo o ruralidad, características socio culturales, situación de salud, posibilidades de abordaje institucional, capacidad financiera, planeación de la progresividad en la aplicación de la estrategia de APS, la institucionalidad pública y privada, los recursos humanos disponibles, el transporte, y las intersecciones con otros actores, entre otros.

En todo caso, el territorio orientara su desempeño al cumplimiento de las metas definidas por el Plan Decenal de Salud Pública y las prioridades de la Ley del Sistema de Seguridad Social en Salud para Colombia.

4.1.1.2 Puerta de entrada

Defínase como el lugar físico de ingreso de todos los ciudadanos y las ciudadanas a los servicios de salud para recibir servicios de salud. Dicha “Puerta de Entrada” pueden ser los servicios de urgencias, los CAF Centros de atención familiar, o los EBS lo que racionaliza su tránsito a los niveles mayores complejidad.

La Puerta de Entrada tendrá como condición fundamental la ausencia total de barreras de acceso en la APS.

A su vez, el “*Primer Contacto*” es complementario con la puerta de entrada y puede ser de doble vía ya sea de la institución al usuario o del usuario hacia el sistema, en el entendido de que el primer contacto siempre será la APS.

La Puerta de Entrada será ejemplo de atención y calidad, en la prestación de los servicios de salud para permitir que los usuarios desarrollen adherencia a la Atención Primaria en Salud y para que los prestadores se esmeren en ofertar credibilidad y confianza en su desempeño misional.

La Puerta de Entrada de la APS se divulgará a los usuarios del sistema contando con la participación de todos los actores, no solo en los establecimientos de salud sino mediante el uso de los medios de comunicación existentes de manera amigable, cercana, clara y definida.

4.1.1.3 Enfoque individual, familiar y comunitario

La Organización de la APS en Colombia se desarrollará para tres instancias poblacionales bien definidas; en primer lugar deberán ser atendidas las necesidades de salud del individuo de manera longitudinal, en las diferentes instancias que contemplan al ser humano dentro del PIC, lo preventivo del POS, el POS en lo atinente a prestación y lo NO POS en su totalidad. Significa estrechar vínculos de confianza entre el individuo y las instituciones, confianza que solo se mantienen con el cumplimiento de las partes en la relacionado con derechos y deberes, incluyendo el autocuidado personal, la educación para la salud y la autogestión de la enfermedad; por ello el individuo tendrá que ser entendido de manera holística, para poder intervenirle en todas sus dimensiones. El enfoque familiar, incluirá instrumentos que deberán ser estandarizados como la ficha familiar o familiograma, que identificará no solo el riesgo de enfermar por línea genética sino también la dinámica social y familiar que permite pronosticar la inclusión de factores determinantes para la salud física y mental de los ciudadanos que componen la parentela y el enfoque comunitario que analizará las redes interculturales, los medios de subsistencia y las relaciones locales de gobernanza, entre otros, que permiten determinar el grado de organización de un conjunto de ciudadanos que comparten una región en común, repercutiendo altamente en su actual situación de salud.

4.1.1.4 Prestaciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos

Ver siguiente cuadro

PORTAFOLIO DE SERVICIOS DE APS Y FUENTES DE FINANCIACIÓN		
ACCIONES	FUENTE	
	I (ACTUAL)	II (PROPUESTA)
PIC (Res. 425/08)	SGP	Adicionar Recursos nuevos del SGP Regalías X% UPC S y C0,25 Contribuciones parafiscales de Cajas de Compensación Familiar
P y P (Res. 412/00)	UPC S y C	
Vigilancia en Salud Pública	Subcuenta P y P Fosyga	
Control de factores de riesgo del ambiente	SOAT P y P	
Prestaciones en salud: • Urgencias • Consulta Externa • Medicamentos • Ayudas Diagnósticas • Laboratorio Clínico • Terapias • Hospitalización 1 Nivel	UPC	

Las RISS disponen de todos los niveles de atención, tienen servicios electivos y de urgencias, procuran una distribución equitativa y atienden tamaños operacionales óptimos garantizando



acceso y criterios de calidad. Las prestaciones enunciadas serán entregadas por todo el equipo de salud, en forma continua y coherente, evitando la fragmentación.

Prestaciones de Promoción: La invitación a mantener la salud y “ser saludable” se difundirá a través de las RISS en todos los niveles de atención en salud, desde el plan de intervenciones colectivas hasta la atención más especializada que puedan ofrecer todos los niveles de complejidad; se utilizarán los medios de difusión al alcance de la comunidad, las estrategias de intersectorialidad como las escuelas saludables o los programas sociales de la Presidencia de la República y se apoyarán con estrategias del ámbito local a través de la participación social y comunitaria. Tendrá como fin exaltar las bondades de permanecer sano, de apoyar los estilos de vida saludables, de fomentar la educación como medio esencial de la salud, de abordar el trabajo colectivo inter e intra-sectorial y de lograr que la población actúe coordinadamente en favor de las políticas y sistemas saludables.

Prestaciones de Prevención: La prevención se define como la aplicación de medidas y técnicas que incluyen aspectos médicos y de otras disciplinas que tienen como finalidad impedir la aparición de la enfermedad, curarla o devolverle al ciudadano las capacidades ya perdidas es decir prevención primaria, secundaria y terciaria, respectivamente. Formarán parte de las acciones individuales a que cada ciudadano tiene derecho de acuerdo al POS. Tendrá como finalidad anticiparse a la enfermedad para obtener protección específica y detección temprana., Estas prestaciones se prestarán en los centros ambulatorios y de primer nivel de todo el país tendrán condición innata de gratuidad, para colectivos que compartan la condición de susceptibilidad y se abordará mediante estrategia de Intersectorialidad educación en salud, comunicación social, mercado en salud y participación comunitaria. En consecuencia de lo anterior para mejorar la eficacia de la prevención se deberán reformular los mecanismos actuales de compra y pago, que ligan la asignación de recursos para mantener coberturas suficientes y articulen el mecanismo de asignación de recursos a los resultados en salud

Prestaciones de Diagnóstico y Tratamiento: El tratamiento o prestación y los medios diagnósticos obedecerán a la racionalidad y a criterios de evaluación de eficiencia y desempeño de las pruebas como los indicadores de sensibilidad, especificidad, valores predictivos, índices de validez, etc que permitan medir en costos y eficiencia la pertinencia de la biotecnología al alcance de la comunidad. Para ello una vez definidas las necesidades de medios diagnósticos y de tratamiento se distribuirán en las zonas de mayor cobertura con criterios de oportunidad y de resolutivez a través de las RISS, que administrarán de manera eficaz su distribución y entrega. Se privilegiarán las zonas cercanas a la residencia del ciudadano o la ciudadana para llevar a cabo dicha prestación.

Por lo anterior deberán definirse las prestaciones de tratamiento y diagnósticas que se entregarán en cada nivel de la red; además deberán cumplirse protocolos basados en guías clínicas, garantizándose las competencias del talento humano en cada nivel de acuerdo a las necesidades, para ello la tecnología será definida con criterios de costo efectividad y calidad.

Prestaciones de Rehabilitación y Cuidados Paliativos: Los hospitales de primer nivel y los centros de atención primaria en salud prestarán servicios de terapias debidamente acreditados para los ciudadanos, permitiendo que aún en los municipios más pequeños del país se presten



las diferentes terapias que permiten la Rehabilitación de los y las ciudadanas en su lugar de domicilio. Los procesos que requieran rehabilitación de mayor complejidad se prestarán en la red más cercana al domicilio del paciente. Se propenderá por una distribución equitativa de las unidades operativas de rehabilitación. Frente a los cuidados paliativos se desarrollará el concepto de Manejo y/u Hospitalización domiciliaria con asocio de los aseguradores y prestadores de servicios, garantizando cuidados terminales en condiciones dignas y seguras.

4.1.1.5 Resolutividad

La resolutividad se entenderá como la capacidad del sistema sanitario a través de sus profesionales para brindar soluciones a las demandas en salud y solo será efectiva cuando sea accesible y desarrolle su responsabilidad de atención integral.

La resolutividad se definirá para cada nivel de la Red y a su vez las tecnologías, infraestructura, competencias del talento humano y otros recursos de las RISS, estarán orientadas o definidas por la resolutividad.

Los centros de atención primaria en salud CAPS, como ya se dijo, serán Empresas Sociales del Estado con altísima resolutividad y sin camas de hospitalización salvo algunas excepciones por asuntos de acceso. Para ello las entidades territoriales modernizarán las instituciones progresivamente de acuerdo a variables financieras y de gestión, teniendo en cuenta los diferentes instrumentos de planificación como el documento de situación de salud, el plan territorial de salud, el documento de redes departamentales, y los diferentes estudios de planeación territorial. Dichos CAPS tendrán resolutividad diagnóstica y terapéutica que permita atenciones ambulatorias, integrales, y equitativas. El MSPS trabajará en modelos de infraestructura sanitaria que permitirán la homologación de la misma para la construcción estándar futura de dichos CAPS, que será de manera progresiva, sin perjuicio de que lo que hoy funciona será la línea de base para las modificaciones propuestas.

Los territorios deberán medir su nivel actual de resolutividad en la Atención primaria para establecer la línea de base y de acuerdo a esta y en forma progresiva se pondrán metas de incrementos de esta capacidad de resolución hasta el nivel que el país defina, el máximo posible (según experiencias internacionales sobre el 80%).

Para optimizar la resolutividad las instituciones se organizarán a través de alianzas públicas-públicas y/o privadas que permitan limitar los desplazamientos de los ciudadanos para recibir los tratamientos en salud, debido a la carga de gasto de bolsillo que en transporte hoy se acerca al 48% del total de este gasto. (ASIS 2007-2010).

Dado que las redes municipales, en su mayoría no cuentan con todos los recursos para asegurar la resolución de todos los problemas de salud de su población, ésta deberá complementarse con los acuerdos establecidos con otras redes del departamento o de la nación.

La Resolutividad debe ser uno de los criterios a considerar en la Habilitación de las redes, por lo cual la normatividad deberá ajustarse para tal fin.



4.1.1.6 Equipos Básicos de Salud

Los equipos de atención primaria serán conformados por los profesionales, técnicos y auxiliares que aseguren la entrega de todos los servicios definidos para la APS. Serán equipos en que todos sus componentes tendrán acciones intra y extramurales, debidamente equilibrados, dependiendo de la distribución de las tareas, siendo equipos integrados.

Estos equipos de atención primaria interactuarán con poblaciones y territorios definidos y serán responsables de todas las prestaciones definidas para esa población.

Por esta razón, deberán confeccionar un diagnóstico de salud y de entorno de ese territorio y de la población correspondiente. El centro de salud, tendrá tantos equipos como sea necesario, de acuerdo a la distribución de la población de se defina.

Lo anterior se fundamenta en la necesidad de disminuir la fragmentación de la atención y el mejor conocimiento de las condiciones de vida y determinantes de la salud de los individuos y las poblaciones. Con ello se disminuye la tendencia a la atención con enfoque estrictamente individual, uno de los grandes objetivos del cambio de modelo de atención, que persigue la ley.

Con base en el documento de lineamientos de política de Atención Primaria en Salud (anexo) la estrategia de APS requiere para su desarrollo e implementación la conformación de los EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD.

4.1.1.6.1 DEFINICION

La ley 1438 definió los equipos básicos de salud como “un concepto funcional y organizativo que permita facilitar el acceso a los servicios de salud en el marco de la Estrategia de la APS”.

4.1.1.6.2 CONFORMACIÓN

Los Equipos Básicos de Salud estarán conformados por profesionales, auxiliares y técnicos en cada territorio (Municipio, Distrito o Localidad) teniendo en cuenta el análisis de la situación en salud de cada territorio orientado a cumplir las prioridades del Plan Decenal de Salud que garanticen mejorar las condiciones de salud y bienestar de la población.

Deberá tener como mínimo: Médico General, Médico Familiar y/o Especialista de alguna de las especialidades básicas, Odontólogo, Enfermera Profesional, Auxiliar de enfermería, Auxiliar en Salud Pública o Gestor Social, Técnico de Saneamiento Ambiental. En todo caso, de ninguna manera los integrantes del EBS serán más reducidos a los ya existentes.

Los Equipos Básicos de Salud dependerán de la IPS Pública y su número dependerá del número de familias a atender en cada territorio y a la dispersión geográfica de las mismas.

Habrán tantos equipos básicos de salud como el territorio lo permita de acuerdo a criterios financieros, de pertinencia, o de acceso, en todo caso los equipos deberán PROGRESIVAMENTE incorporar Médicos de familia, Enfermeras, Nutricionistas, Psicólogos Odontólogos, Auxiliares y Técnicos de Saneamiento Ambiental además de profesionales de



carácter intersectorial que estén vinculados a programas sociales de prioridad nacional (De Cero a Siempre, Red Unidos, etc.)

Habrà una subgerencia de Atención primaria que será la encargada de la gestión de la APS Además de interactuar periódicamente con el Alcalde o Gobernador quien es el responsable de la Estrategia de Atención primaria en Salud para lograr la intersectorialidad que el área de salud necesita para obtener los resultados óptimos esperados; en su defecto habrá un coordinador de la gestión de la APS debidamente competente y altamente capacitado en APS.

4.1.1.6.3 FINANCIAMIENTO DE LOS EQUIPOS

Los equipos serán financiados por un porcentaje de recursos del SGP de salud pública (PIC), recursos Ordinarios provenientes de los Entes Territoriales y de esfuerzo propio, recursos de la UPC de promoción y prevención del régimen subsidiado, y contributivo, recursos de ARP y recursos de inversión de las ESE's, además de recursos Nacionales destinados para tal fin. Los mecanismo de contratación para cumplir con los resultados en salud en el marco de la APS, serán objeto de discusión, pudiendo incluso explorar e incluir contratación por "paquetes de Atención" o "portafolios o carteras de servicios", para P y P, PIC e incluso "agrupando con costos definidos" las atenciones de prestación de las patologías de mayor frecuencia de morbilidad. Lo fundamental en APS serán los "resultados en la situación de salud" que se medirán a través de indicadores, por lo cual los mecanismos de asignación de recursos no irán en función de llenar coberturas y hacer actividades, sino de superar los resultados en salud hasta hoy obtenidos.

4.1.1.6.4 FUNCIONES DE LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD

La Ley 1438 define como funciones de los equipos básicos de salud, las siguientes:

- Realizar el diagnóstico familiar, de acuerdo con la ficha unificada que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.
- Identificación de riesgo individual, familiar y comunitario de los usuarios por edad, sexo, raza y etnia.
- Informar sobre el portafolio de servicios de la protección social en salud a las familias de acuerdo con sus necesidades y con las políticas y reglamentación de dichos servicios.
- Promover la afiliación al sistema, la identificación plena de las familias, de manera que al identificar una persona no afiliada al sistema se inicie el trámite de afiliación para que pueda acceder a los servicios de protección social.
- Inducir la demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y aquellos que ocasionen un alto impacto en salud pública.
- Facilitar la prestación de los servicios básicos de salud, educación, prevención, tratamiento y rehabilitación,
- Suministrar la información que sirva de insumo para la elaboración de la historia clínica.

Los Equipos Básicos de Salud (EBS) serán liderados desde la gerencia de la ESE e interactuarán con todo el personal de la ESE que trabaja a nivel institucional y comunitario, bajo sistemas de coordinación interinstitucional, intrasectorial e intersectorial (sistema de referencia y contrarreferencia, guías de manejo y gestión clínica, Consejos de Política Social, etc.)

Los Equipos básicos dependerán administrativamente de la ESE de la localidad o municipio de la referencia y existirán en función de los resultados en salud y de la resolutivez de la APS.



Los equipos de salud en APS realizan actividades por cada grupo de familias asignadas, de acuerdo con los siguientes lineamientos (clasificación de riesgo de las familias):

Para realizar las intervenciones en salud, el EBS deberá disponer de un sistema de información que permita caracterizar a la población y establecer el riesgo de las familias. Dichos sistemas de Información estarán sincronizados con las dimensiones establecidas en el Plan Decenal a saber: Salud ambiental, Salud mental, Seguridad alimentaria y Nutricional, Salud sexual y reproductiva, vida saludable en condiciones crónicas y amenazas agudas para la salud colectiva.

Una herramienta importante de trabajo la constituye, la visita domiciliaria la cual integra las dimensiones: física, mental, ambiental, redes sociales y de servicios de salud para brindar una oferta de servicios de salud integral e integrada, con el fin de articular por una parte las atenciones en salud y por la otra las intervenciones de otros sectores.

A cada familia cuando es visitada, se le diseña un plan de cuidados, al cual se le hace seguimiento para cada uno de los indicadores de riesgo y necesidades en salud relacionados con el medio, la persona, el entorno familiar, social y ambiental, los servicios de salud, las condiciones de vida y la promoción de los factores protectores, con el objetivo de reducir y superar el riesgo mediante el logro de tres resultados:

- Adherencia a los cuidados, que incluyen cambios en hábitos y adopción de prácticas de autocuidado
- Adherencia al tratamiento
- Gestión y control de los determinantes sociales de la Salud

4.1.1.6.5 ALCANCE DE LOS INTEGRANTES DE LOS EBS

Los equipos de salud en APS, que tendrán carácter de PROGRESIVIDAD realizan actividades por cada grupo de familias asignadas, de acuerdo al perfil de cada integrante:

- Auxiliar de Enfermería: Tiene a cargo un promedio de 200 familias, número que varía de acuerdo con la dispersión geográfica y seguridad de la zona asignada. Las visitas por familia se programan teniendo en cuenta los criterios de riesgo antes descritos.
- Enfermera: Cada enfermera tiene a su cargo en promedio un equipo de 5 auxiliares de enfermería, que equivalen a 1.000 familias. La enfermera realiza el seguimiento a familias de alto riesgo de manera coordinada con los demás integrantes del equipo. Además, desarrolla intervenciones de salud para todas aquellas familias y grupos de la comunidad que requieran proceso de promoción, prevención, atención o recuperación de la salud de manera integral, integrada y continua.
- Psicólogo: Tiene a cargo 1.000 familias en promedio y realiza seguimiento a las de alto riesgo en coordinación con equipo de APS. Además, desarrolla intervenciones de salud mental para todas aquellas familias y grupos de la comunidad que requieran proceso de promoción, prevención, atención o recuperación de la salud mental.
- Técnico en Salud Ambiental: Como parte del equipo, está a cargo de aquellas familias que tienen riesgos relacionados con la vivienda y su entorno y requieren de su orientación y gestión para modificar el riesgo sanitario y ambiental de las familias y sus viviendas.
- Médico General y/o Especialista: Como parte del equipo, participa en la construcción de los planes de cuidado de las familias y el seguimiento de las que están en alto riesgo y que por alguna razón a pesar del acompañamiento del resto del equipo no presentan adherencia al

cuidado o al tratamiento. Adicionalmente realizará actividades de intervención en salud, atención de consulta ambulatoria y/o especializada según el caso, y su intervención estará será consecuente con las guías y procesos de gestión clínica, que para el efecto determine el Ministerio de Salud y Protección Social.

4.1.1.6.6 FUNCIONES DE LOS INTEGRANTES DEL EQUIPO DE SALUD

AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN SALUD PÚBLICA

- Realizar la caracterización de las familias, mediante visita domiciliaria.
- Realizar el mapeo y georreferenciación de las viviendas y familias asignadas.
- Mantener actualizadas y organizadas las tarjetas de las familias asignadas.
- Hacer las vistas domiciliarias de mediano y bajo riesgo de acuerdo a la programación definida por la enfermera coordinadora del equipo de salud, teniendo en cuenta las actividades aquí descritas para realizar la vista domiciliaria.
- Acompañar y orientar en campo al equipo profesional para la realización de vistas de alto riesgo.
- Informar al equipo de salud sobre los logros y dificultades relacionadas con el desarrollo del plan de cuidado para las familias según riesgo.
- Articular las intervenciones con operadores de otros programas de atención y visitas a las familias.
- Realizar la convocatoria de personas y familias a las actividades de los programas de salud: jornadas de vacunación, clubes de hipertensos, talleres, grupos de apoyo entre otros.
- Participar en actividades de educación continuada del equipo de salud.

TÉCNICO DE SANEAMIENTO AMBIENTAL

- Realizar la caracterización de las familias, mediante visita domiciliaria en el componente Saneamiento Básico (Agua, Residuos, Excretas, Alimentos, Plagas, Convivencia con animales domésticos, Ordenamiento y Aseo y Uso y Manejo seguro de plaguicidas).
- Mantener actualizadas las tarjetas de las familias intervenidas en el componente Saneamiento Básico
- Hacer las vistas domiciliarias de mediano y bajo riesgo de acuerdo a la programación definida por la enfermera coordinadora del equipo de salud.
- Acompañar en campo al equipo profesional para la realización de vistas de alto riesgo.
- Informar al equipo de salud sobre los logros y dificultades relacionadas con el desarrollo del plan de de Saneamiento Básico establecido en cada familia intervenida según riesgo.
- Articular las intervenciones con otros sectores del municipio como Empresas de Servicios Públicos, Planeación y Alcalde Municipal, Infraestructura y Obras Publicas y, de ser necesario con la Autoridad Ambiental.
- Efectuar las actividades de educación en salud y protección del medio ambiente dirigidas a las familias intervenidas; en temas como potabilización del agua, disposición sanitaria de desechos sólidos y líquidos, control de plagas, protección de alimentos, ordenamiento de la vivienda, enfermedades zoonóticas y manejo seguro de sustancias químicas, entre otros.
- Participar en actividades de educación continuada del equipo de salud.



- Participar en trabajos de atención primaria en salud orientados a conocer las causas, efectos y factores determinantes y que inciden en la calidad del agua, alimentos y en general en el entorno de la vivienda.
- Participar en el estudio y análisis de caso de familias consideradas en riesgo por el grupo de APS.
- De acuerdo con las necesidades de cada vivienda, establecer propuestas de alternativas de mejoramiento encaminadas a reducir factores de riesgo del ambiente sobre la Salud Humana de esa vivienda.

ENFERMERA PROFESIONAL

- Cuando sea indicado o necesario, realizar intervenciones integrales a los individuos y familias en la vivienda o en los demás espacios comunitarios y en todas las etapas del ciclo vital.
- Participar en la formulación, desarrollo y evaluación de los planes de cuidado a familias en alto riesgo y los demás que requieran del criterio de enfermería.
- Realizar la consulta de enfermería conforme a las disposiciones legales vigentes: a nivel del individuo se registrará por las normas y guías de atención definidas para la detección temprana y la protección específicas. Las intervenciones a nivel comunitario y familiar se realizarán siguiendo el principio de promoción del autocuidado; hasta que se construyan guías de atención específica para estos grupos.
- Planear, coordinar y hacer seguimiento a las actividades desarrolladas por su equipo de auxiliares en salud pública.
- Programar, coordinar y participar en actividades de educación continuada del equipo de salud.

MÉDICO FAMILIAR

- Realizar intervenciones integrales a los individuos y familias cuando sea indicado o necesario en la vivienda o en los demás espacios comunitarios y en todas las etapas del ciclo vital.
- Realizar la consulta clínica conforme a las disposiciones legales vigentes.
- Participar en la formulación, desarrollo y evaluación de los planes de cuidado a familias en alto riesgo y los demás que requieran del criterio médico.
- Contribuir y participar en actividades de educación continuada con y para el equipo de APS.
- En ausencia de la enfermera; planear, coordinar, gestionar y evaluar las actividades del equipo de salud.
- Coordinación con otros miembros del equipo de APS cuando se identifique a través de la consulta un retroceso en el plan de cuidado.

PSICÓLOGO

- Cuando sea indicado o necesario, realizar intervenciones integrales a los individuos y familias en la vivienda o en los demás espacios comunitarios y en todas las etapas del ciclo vital.
- Participar en la formulación, desarrollo y evaluación de los planes de cuidado a familias en alto riesgo y los demás que requieran del criterio de psicología.



- Realizar las valoraciones y consulta psicológica conforme a las disposiciones legales vigentes: a nivel del individuo se registrará por las normas y guías de atención definidas para la detección temprana y la protección específica. Las intervenciones a nivel comunitario y familiar se realizarán hacia la promoción de la salud mental.
- Programar y participar en actividades de educación continuada del equipo de salud en aspectos de promoción de la salud mental y la Atención Primaria en Salud Mental
- Y los demás Profesionales que el ente Territorial PROGRESIVAMENTE y pertinentemente planifique incorporar.

4.1.1.7 Referencia y Contrarreferencia

Las ESE's inmersas dentro de la RISS, acorde con la organización de la misma dispondrán de proceso protocolario que permita clínicamente solicitar atenciones en niveles diferentes de acuerdo a la complejidad de la prestación. La situación de salud del individuo será de conocimiento del EBS para la intervención sobre posibles determinantes de la salud que pudieron afectar el proceso de salud- enfermedad. El proceso de autorizaciones corresponde a gestión clínica y administrativa intra-institucional y la referencia y contra referencia del usuario será de conocimiento y gestión de la APS. Las ESEs y/o IPS dispondrán de mecanismos de seguimiento y apoyo en la rehabilitación de los usuarios que regresan al territorio, desarrollando programas costo efectivos que generen adherencia ciudadana e involucrando al personal del área de referencia y contra referencia en procesos de reinserción de usuarios al territorio para efectos de generar pertenencia y responsabilidad hacia los mismos.

En todo caso para realizar correctamente la Referencia y contrarreferencia de pacientes existirán protocolos y guías de gestión adecuadamente validadas que permitan definir la pertinencia de las remisiones y contra remisiones; para ellos los EBS darán cuenta de de los pacientes asignados a su localidad o municipio que fueron objeto de tales mecanismos para su correspondiente seguimiento y gestión de los mismos. Se deberá establecer indicadores de pertinencia de las derivaciones y medir las contrarreferencias.

4.1.1.8 Sistemas de Información

El Ministerio de Salud, a través de la Dirección de TICs, proveerá información de caracterización poblacional a cada territorio, mediante la integración y procesamiento de las bases de datos de las que dispone y su articulación con otras bases de datos intersectoriales de importancia como las de SISBEN y Red Unidos, que permitan que cada territorio junto con la identificación y caracterización desde lo local.

El coordinador de atención primaria en salud, tendrá de esta manera el panorama claro del municipio y en sus componentes de acciones intersectoriales que son necesarias para abordar los principales determinantes de la salud de la población, creará sinergias entre el sector de la salud y otros sectores y actores, como las escuelas, los lugares de trabajo, los programas de desarrollo económico y el desarrollo agrarios, y la provisión de agua y saneamiento, entre otros, desarrollará una propuesta al consejo de políticas sociales sobre la planeación de las acciones a realizar por parte de los diferentes actores en el municipio. Tendrá además una identificación de la población con enfoque de riesgo en salud que le permitiría de manera coordinada proponer acciones de tipo colectivo e individual a los actores del sistema general



de seguridad social en salud. Este plan debe estar articulado con los planes de desarrollo y el plan territorial de salud del municipio.

La propuesta de plan debe de dar respuesta a las necesidades en salud de la población del municipio que fueron identificadas en el análisis de la situación de salud, debe integrar la totalidad de acciones individuales y colectivas en salud orientadas a la población y su entorno vital, a la prevención, mitigación y superación de riesgos sociales, a la afectación de determinantes sociales de la salud y debe tener como mínimo objetivos, cronogramas, metas y actividades por cada sector.

4.1.1.9 Integración de servicios de apoyo clínicos, administrativos y logísticos (transporte):

Se deberá buscar progresivamente la integración de los apoyos logísticos en cada territorio y en cada red, con el objeto de aprovechar las economías de escala, mecanismos de compras conjuntas, estandarización de procesos administrativos, coordinación de los sistemas de transporte de pacientes, sistemas de apoyo clínico tales como laboratorios centralizados, hemocentros regionales, telemedicina integrada, etc.

4.1.1.10 Mecanismos de Gobierno de la red

La Red tendrá un Direccionamiento general desde el CTSSS. A nivel local la red tendrá un consejo en el que se definirán todos estos mecanismos de coordinación, así como las definiciones de los portafolios o carteras de servicios, el análisis de la situación de salud y en general de todos los aspectos que se requieran para el mejor funcionamiento de la red.

En este consejo estarán todos los actores, incluyendo a la comunidad. El consejo deberá entregar información periódica a la población de la situación de salud y de uso de los recursos.

4.1.2 Gestión:

La gestión de la Red deberá contemplar:

- La incorporación de la gestión clínica, la que tiene por objeto involucrar a los profesionales en el mejor uso de los recursos y disminuir la variabilidad (Hacer correctamente las cosas correctas)
- Del conocimiento, fomentar la investigación operativa, definiendo las líneas de interés de la Red
- Por resultados, establecer los indicadores, formas de seguimiento y evaluación de los problemas prioritarios. Incluir indicadores para medir las inequidades. Generar metas e incentivos sobre la base de la obtención de los resultados.
- De la calidad, avanzar en el cumplimiento del SOGC, incluyendo la seguridad del paciente.

4.2 Intersectorialidad



La intersectorialidad tendrá como eje principal el desarrollo del trabajo articulado para afectar los Determinantes de la Salud. Es en este escenario de las relaciones horizontales y verticales, intra e inter sectoriales donde se podrán fundamentalmente imponer la lucha frontal contra la inequidad favoreciendo la sumatoria de nuevos conocimientos, recursos e instrumentos para incrementar la efectividad de la APS; los nuevos desafíos se centraran en un enfoque sólido para abordar las causas de la falta de salud y de las desigualdades, a través de la intersectorialidad.

La intersectorialidad se garantizará a través de los Consejos de Política Social y se apoyará desde todas las iniciativas de Gobierno Presidenciales.

Para ello la medición de la Equidad será elemento clave en la evaluación de la estrategia de APS; dado que la equidad es un valor del sistema, debe procurar de manera urgente equilibrar las condiciones de salud de todo el territorio Nacional.

4.3 Participación social y comunitaria

El Ministerio de la Protección Social definirá una política nacional de participación social que tenga como objetivos:

- Fortalecer la capacidad ciudadana para intervenir en el ciclo de las políticas públicas de salud: diseño, ejecución, evaluación y ajuste.
- Promover la cultura de la salud y el autocuidado, modificar los factores de riesgo y estimular los factores protectores de la salud.
- Incentivar la veeduría de recursos del sector salud y el cumplimiento de los planes de beneficios.
- Participar activamente en los ejercicios de definición de política.
- Participar activamente en los ejercicios de presupuestación participativa en salud.
- Defender el derecho de la salud de los ciudadanos y detectar temas cruciales para mejorar los niveles de satisfacción del usuario.

Se deben garantizar mediante:

- Redes sociales
- Defensoría de los pacientes
- Sistema de quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones
- Rendición de cuentas y transparencia
- Corresponsabilidad
- Mecanismos de participación (ej. asociaciones de pacientes)



5. ROL DE LOS ACTORES - alcance a nivel territorial e institucional

5.1 Autoridad sanitaria

CONSEJOS TERRITORIALES DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Serán los responsables de analizar, discutir y aprobar la conformación de las RISS, que someta a consideración el Secretario de Salud Departamental, previo análisis de la Situación de Salud Territorial, el cual es insumo fundamental para la conformación de las redes, que responda a las necesidades sociales de la población.

Realizarán el monitoreo y seguimiento a la " estrategia de APS ", con base en los indicadores trazadores y metas planteadas en el plan de Desarrollo, así como del proceso de implementación de la estrategia de APS, según cronograma de desarrollo en el territorio.

Para ello los CTSSS serán objeto de modificaciones en su reglamentación permitiéndole mayores funciones de rectoría y armonización.

SECRETARÍAS DE SALUD DEPARTAMENTALES

Como secretario técnico del consejo territorial de seguridad social de salud, liderar y coordinar la conformación de las redes integradas de servicios, en coordinación con las EPS Y los demás actores del sistema de seguridad social de salud.

- Conformar un equipo técnico de dedicación permanente para liderar la Gestión de la Política Pública de Salud "Modelo de APS", que incluya perfiles con competencias en prestación de servicios de salud, aseguramiento, salud pública y planeación en salud.
- Estimular la integración de los actores del sistema a través de incentivos a municipios, IPS y las EPS para el desarrollo de la estrategia de APS.
- Desarrollar planes de inversión en infraestructura, ciencia y tecnología acorde con las necesidades de la prestación de servicios con enfoque APS.
- Implementar y desarrollar un sistema integrado de Información al interior de la Secretaria de Salud que permita la toma de decisiones en salud con enfoque de APS.
- Reorientar los planes operativos basados en el análisis de la situación en salud generada a través del sistema de información comunitaria para la atención primaria en salud y otras fuentes de información.
- Armonizar los objetivos y estrategias de las áreas sub-programáticas del Plan de Salud Territorial, las actividades del plan operativo anual de salud con enfoque de APS, generando interacción directa del Departamento con el Municipio
- Coordinación intersectorial propiciando espacios de participación para el desarrollo de las políticas públicas en salud, aprovechando los Consejos de Política Social, CODEPS del ámbito departamental.
- Gestionar ante los organismos político-administrativos la Cofinanciación para la implementación y operativización del modelo APS.
- Adelantar inspección, vigilancia y control a la sostenibilidad financiera del modelo de APS.



- Realizar alianzas estratégicas con el sector educativo especialmente Universidades para promocionar la formación de los profesionales en salud con enfoque de APS.
- Gestionar ante organismos nacionales e internacionales el apoyo en la implementación y el desarrollo de la estrategia de la APS en el Departamento.
- Desarrollar directrices técnicas para la operatividad del modelo de atención en APS cuyo eje fundamental sea el individuo, la familia y la comunidad.
- Conformar las Redes Integradas de Servicios teniendo como eje principal cada una de las ESE's Municipales, prestadores privados, IPS privadas, quienes se articularán con ESE's de otros Municipios para garantizar la RESOLUTIVIDAD, integralidad y complementariedad en la prestación de los servicios.
- Se direccionará desde los Departamentos, que la contratación entre aseguradores y prestadores, en los contenidos del POS, se realice bajo el modelo de APS (dada la integralidad en las acciones de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación, en lo individual, familiar y colectivo).
- Se hará seguimiento a los modelos de contratación, a través de las interventorías de las Direcciones Locales de Salud de los municipios; monitoreados por las Secretarías de Salud Departamentales.
- Los Departamentos harán seguimiento y monitoreo a la producción y sostenibilidad financiera de las IPS del Departamento, a través del Plan de Producción y Ventas, y de los indicadores de calidad, a través del Sistema de Información Hospitalaria, con base en metas e indicadores de impactos en salud, según la estrategia de APS.
- Definir indicadores de proceso, resultado e impacto que permitan evaluar y realizar seguimiento a la implementación y desarrollo de la estrategia de APS a nivel de EPS, IPS y Municipios.
- Establecer como requisito para la prestación del servicio social obligatorio del personal de salud en el departamento el adiestramiento en el sistema general de seguridad social en salud y en la estrategia de APS.
- Reglamentar que el primer nivel de atención coordine la atención asistencial de la población para garantizar la atención integral, integrada y continua desde la detección hasta la superación de la enfermedad y recuperación de la salud, mediante la organización de las Redes Integradas de Servicio.
- Generar directrices que busquen la integración de los protocolos y guías de atención vigentes para la atención a las personas en detección temprana, protección específica y consulta general y especializada con la APS.
- Incluir en el desarrollo de la auditoría concurrente la revisión de procesos y procedimientos enfocados a la APS.
- Exigir a las IPS, la continuidad y capacidad tecnológica, científica y de talento humano entrenado para el desarrollo de las acciones propuestas en el plan decenal de salud pública con el enfoque de APS.
- Definir y aplicar mecanismos de control que garanticen el funcionamiento articulado y eficiente del sistema de referencia y contra-referencia establecido para la red de prestadores del Departamento.
- Propender porque los planes Bienales de las IPs se orienten a construir Centros de Atención Primaria CAPs, o a remodelar los existentes.



ALCALDÍAS MUNICIPALES

Para la rendición de cuentas del Alcalde y la Administración Municipal en materia de salud se realizarán según los principios, objetivos, metas y estrategias adoptadas de la APS para el Municipio.

- Implementar el modelo de APS.
- Cofinanciar las acciones para el desarrollo del Modelo de APS.
- Promover la participación comunitaria, generando la cultura y adhesión a las acciones del APS.
- Evaluar el cumplimiento e impacto de la implementación del APS, a través del Plan de Gestión de los Gerentes de las ESE del orden municipal.
- Promover y apoyar los espacios de participación comunitaria.
- Garantizar la funcionalidad del consejo de política social y el CONSEJO MUNICIPAL POLITICA SOCIAL, para la operatividad de la política en salud promoviendo la participación intersectorial y comunitaria.
- Reorientar los planes operativos basados en el análisis de la situación en salud generada a través del Sistema de Información Comunitaria para la Atención Primaria en Salud y otras fuentes de información.
- Liderar investigaciones en salud pública con enfoque comunitario.
- Hacer exigible a las IPS y EPS la prestación de servicios de salud con enfoque de APS de manera continua, tanto en intervenciones para enfermedad general como las acciones de detección temprana y protección específica.
- Garantizar la depuración permanente y efectiva de la base de datos única de afiliación al régimen subsidiado y población elegible.
- Garantizar y hacer seguimiento al flujo de recursos a las aseguradoras y de éstas a los prestadores de servicios de salud, acorde con la normatividad vigente.
- Exigir a las EPS que en la contratación con la IPS se tenga en cuenta la prestación de servicios de salud según parámetros del modelo de APS.
- Establecer un procedimiento efectivo de inspección, vigilancia y control al aseguramiento.
- Establecer un seguimiento efectivo con indicadores de gestión y resultado a las ESE (Accesibilidad, oportunidad, sostenibilidad financiera)
- Realizar semestralmente la rendición de cuentas con base en el sistema de información comunitaria para la atención primaria en salud.

5.2 Aseguradores

- Reorientar el de atención de la EPS hacia la APS fortaleciendo las acciones de Detección temprana y protección específica con enfoque familiar y comunitario y las demás intervenciones relacionadas con la atención a las personas.
- Contratar con las IPS públicas y privadas de la región, según la organización de las redes integradas de servicios, que garanticen la integralidad en la atención del individuo, la familia y la comunidad según el modelo de APS, buscando elevar los resultados de salud mediante mecanismos tales como “paquetes de atención en salud” u otras alternativas de contratación que se analizarán.



- Cofinanciar el costo de la implementación y operativización del modelo de atención APS. , reorientando el gasto y uso de la UPC, priorizando las actividades de detección temprana y protección específica e inducción de la demanda, con base en indicadores de impacto y metas de resultado.
- Adoptar como modelo único de atención en salud, el Modelo de APS en armonía con los desarrollos de política pública en salud.
- Participar en la gestión de políticas públicas en salud integrando lo comunitario, lo familiar y la atención individual en el marco de la APS.
- Garantizar una contratación con la red de servicios acorde con el ASIS, dispersión poblacional y modelo de atención primaria en salud, soportado en un estudio articulado de costos.
- Garantizar la disponibilidad y acceso oportuno a medicamentos y demás suministros para la atención de las personas enfermas que estén en control o tratamiento bajo el modelo de APS utilizando un adecuado y estandarizado proceso de referencia y contra-referencia.
- Facilitar los procesos que garanticen el oportuno flujo de recursos a la red de prestación de servicios de salud.
- Realizar jornadas de seguimiento y actualización en APS a la red prestadora de servicios a su cargo.
- Contratar con las Redes Integradas de Servicios, organizadas en cada uno de los Entes Territoriales con base en la estrategia de APS, centrada en la identificación temprana de la enfermedad y el control efectivo de los daños y secuelas derivadas de la misma, mejorando la calidad de vida de las personas y su familia.
- Hacer seguimiento a la prestación de servicios de salud en la red contratada atendiendo a los parámetros de la atención con enfoque de APS.

5.3 Prestadores

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD

- Reorganizar la prestación de servicios de salud hacia la APS.
- Disponer de una oferta de servicios con capacidad para responder a los retos de la transición epidemiológica en el primer nivel de atención.
- Diseñar la plataforma estratégica institucional incorporando los principios del modelo de atención APS.



- Incluir en el PAMEC institucional el modelo de atención APS como uno de los procesos prioritarios en la prestación de los servicios de salud.
- En articulación con el Director Local de Salud, apoyar la gestión del Comité Municipal de Política Social, realizando procesos de abogacía en favor de la mejora de las condiciones de vida que afectan la salud de las personas y familias vulnerables.
- Reorientar el desarrollo institucional hacia la prestación del servicio con enfoque de atención primaria en salud.
- Se entiende que el trabajo en EQUIPO DE APS, lo define la forma organizativa a través de la cual un grupo de profesionales interactúan con una estructura y funcionamiento que se adecúa para solucionar los problemas y necesidades de salud del individuo, la familia y la comunidad (Ley 1438 artículo 15-16).
- Garantizar la continuidad del talento humano entrenado y capacitado
- Fomentar la participación efectiva de usuarios de la IPS en la construcción y desarrollo de la estrategia de APS mediante la adopción de metodologías de participación como las salas situacionales de salud.
- Garantizar mecanismos administrativos para una adherencia exitosa a programas y manejo del riesgo de la población vulnerable.
- Garantizar el cumplimiento adecuado de metas de protección específica y detección temprana, según lo descrito en la normatividad vigente, independiente de la modalidad contractual.

5.4 Sector académico

La participación de las Universidades tendrá por objeto hacer la retroalimentación de la APS, desde su experiencia académica e investigativa, retomando los logros y desarrollos futuros de la APS como insumo para la formación de los(as) profesionales en ciencias de la salud.

6. RECURSOS

6.1 Talento humano

Las experiencias de la APS han demostrado claramente que el aumento del número de centros de salud y períodos cortos de capacitación del personal por sí solos son insuficientes para mejorar la salud y la equidad; al contrario, se necesitan más amplios enfoques a nivel de todo el sistema. La reorientación de los sistemas de salud hacia la APS, requiere el ajuste de los servicios de salud hacia la promoción de salud, mediante la asignación de funciones apropiadas a cada nivel, integración de servicios personales y de



salud pública, enfoque familiar y comunitario y creación de un marco institucional con incentivos que mejoren la calidad de los servicios¹⁹.

El Estado promoverá la apertura, calidad e incentivos de la política de formación, promoción y permanencia del talento humano en salud, de tal forma que se garanticen los principios y características del derecho fundamental a la salud y la calidad de los servicios esenciales en el territorio colombiano. Así mismo, garantizará el respeto y la dignidad personal y laboral de todos los servidores del sector salud.

El Ministerio de Salud y Protección Social en alianza con el Ministerio de Educación Nacional y con el concurso del Consejo Nacional de Talento Humano en Salud, creado por la Ley 1164, diseñará los lineamientos a seguir para la formación, actualización y homologación del talento humano en salud para implementar las acciones requeridas en el marco del nuevo modelo de atención en salud con fundamento en la Atención Primaria en Salud.

Se fortalecerá por iniciativa del Ministerio de Salud y Educación, una red nacional de universidades y centros de formación del talento humano para la APS. Dicha red podrá conformar nodos regionales de universidades y centros de formación del talento humano en salud con el fin de adecuar los lineamientos nacionales, a las características sociales, culturales y a los perfiles epidemiológicos de cada una de las regiones del país.

En el marco de los acuerdos entre los Ministerios de Salud y de Educación, el Estado y los Centros de Educación públicos y privados del país, garantizarán la implementación de un programa de formación continuada, que fortalezca las competencias de los profesionales, técnicos en salud y agentes comunitarios de salud, para homologar sus competencias a los nuevos requerimientos del sistema de salud con fundamento en la estrategia de APS.

El Estado promoverá la presencia y continuidad del talento humano requerido en las diversas regiones del país, para ofrecer servicios integrales referentes a los componentes de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y al continuo de servicios asistenciales por niveles de complejidad, garantizando la capacidad resolutoria desde los primeros niveles de atención.

Progresivamente el país incorporará a las plantas de personal de las ESEs plan de cargos de planta que promuevan la estabilidad laboral, la adherencia, y la suficiencia de salarios que permitan la satisfacción del personal de salud y la multiplicación de profesionales en torno de la APS.

¹⁹ Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento Oficial. Borrador para discusión Jul. 12/05 pp 42



Se deben implementar incentivos para lograr la permanencia de los profesionales en el primer nivel de atención y requisitos mínimos de tiempo de trabajo en el primer nivel para ingresar a una especialidad.

El Ministerio de Salud y los Entes territoriales asignarán los incentivos económicos necesarios para garantizar la presencia y permanencia de profesionales del área de la salud en las regiones apartadas del territorio nacional, que hagan parte de los equipos básicos de salud, apoyando iniciativas como financiación completa de Residencias con compromiso de permanencia en los territorios, o año de ruralidad para residentes de especialidades.

El Ministerio de Salud y Protección Social asignará recursos económicos e incentivos laborales los profesionales de la salud que presten atención especializada ambulatoria como apoyo a los equipos básicos de salud.

El Gobierno nacional garantizará los recursos económicos (gratuidad) requeridos para financiar con los entes territoriales, la formación masiva de agentes educativos comunitarios para la implementación de la APS con un enfoque de participación y desarrollo de las personas, las familias y las comunidades.

El Estado implementará un proceso de formación continua para los agentes comunitarios de salud que integran los equipos básicos de salud conducente a fortalecer su formación técnica y profesional.

6.2 Sistemas de información, y TICs

El gobierno nacional, a través del Ministerio de las TIC y el Ministerio de Salud y Protección Social, y en coordinación con los entes territoriales garantizarán la conectividad de las IPS que conformen las Redes Integradas de Servicios; y mediante el desarrollo del Sistema Único de Información que se implemente para tal fin, serán las herramientas para garantizar una información en tiempo real que permita la toma de decisiones. Utilizar herramientas de comunicación como telemedicina diseñando los mecanismos que permitan la facturación y cumplan con los contenidos del POS y ampliación de de conectividad a través de fibra óptica y demás novedades en la comunicación.

6.3 Equipamiento, tecnología e infraestructura

Corresponde a los entes territoriales desarrollar y mantener actualizado el inventario físico de las entidades públicas y privadas, en los siguientes aspectos:

- Infraestructura
- Tecnología biomédica
- Tecnologías de la información y las comunicaciones TIC
- Insumos para caracterización del Riesgo e identificación de equipos



Según la complejidad de cada una de las redes, priorizando la baja complejidad de atención que garantice la resolutiveidad de las mismas y de acuerdo con las características del territorio, y presentar ante el Consejo Territorial de Salud los proyectos de inversión e incluirlos en los planes bienales de inversión para garantizar su financiación con recursos propios y de cofinanciación del orden nacional.

El Ministerio de Salud y Protección social definirá una herramienta para unificar, reportar, analizar y mantener actualizada y a disposición, esta información. Igualmente las ET apoyaran el equipamiento de los EBS para que puedan alcanzar niveles altos de resolutiveidad.

7. HABILITACIÓN DE REDES E IPS

HABILITACIÓN DE REDES

Ver siguiente cuadro

DOCUMENTO EN ELABORACION - CIRCULACION RESTRINGIDA



Ministerio de Salud y Protección Social
República de Colombia

**Prosperidad
para todos**

DOCUMENTO EN ELABORACION - CIRCULACION RESTRINGIDA



PROPUESTA DE ESTANDARES DE HABILITACION DE LAS RISS

A la conformación de cada RISS
A la conformación de cada RISS

GRUPO	ESTANDAR DE HABILITACION	CRITERIOS	COMO SE VERIFICA	TIEMPO DE IMPLEMENTACIÓN
Accesibilidad	Estándar 1: La red cuenta con la asignación de población y territorio a cargo y conoce las características y necesidades en salud de su población	La red tiene el censo con georeferenciación de la población asignada a atender	Censo de afiliados y ubicación geográfica en el territorio	Al momento de habilitarse
		La Red cuenta con una población que está caracterizada y analizada, según factores de riesgo	1. Caracterización consolidada de la población asignada, manual o sistematizada 2. Análisis y clasificación de la población asignada por los riesgos en salud priorizados por el Plan de Salud Territorial, el Plan Decenal de Salud Pública y los definidos por el CTSS	Permanente en el tiempo INGRESO: Al momento de habilitar la red, presentará las características de la población Anualmente, presentará la consolidación y análisis de la información de su población asignada con enfoque en riesgo
Resolutividad	Estándar 2: La Red cuenta con la oferta de servicios de salud que incluyen acciones grupales e individuales, desde la promoción de la salud y prevención de la enfermedad hasta la rehabilitación, incluyendo todos	La red cuenta con prestadores de servicios de salud que garantizan una oferta de servicios que integra actividades de intervenciones individuales en promoción y prevención, actividades de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en todos los niveles de complejidad, de acuerdo con las necesidades de la población asignada, con énfasis en el fortalecimiento de la baja complejidad y en el marco de APS	1. Presentación de la estructura funcional de la Red que abarque todos los grados de complejidad, debidamente georeferenciada 2. Portafolio de servicios de IPS 3. Análisis de capacidad instalada por IPS	INGRESO: 1, 2, y 3 Mantenimiento: A disposición los contratos con las organizaciones de la RISS
		Los servicios de salud prestados en	Documento que demuestre	Tres meses



GRUPO	ESTANDAR DE HABILITACION	CRITERIOS	COMO SE VERIFICA	TIEMPO DE IMPLEMENTACIÓN
	los grados de complejidad	la red responden al riesgo identificado en la población asignada	acciones para operativizar la prestación del servicio según la identificación del riesgo	
		El bajo nivel de complejidad de la red actúa como puerta de entrada, integra y coordina el cuidado asistencial, resuelve la mayoría de las necesidades de salud de la población en el marco de los riesgos identificados, incluyendo la utilización de modalidades de prestación de servicios que incrementan la resolutivez, como la telemedicina, unidades móviles, atención domiciliaria, atención extramural, entre otras.	1. Portafolio de servicios con Documento que manifieste las estrategias de fortalecimiento de la baja complejidad. El documento incluye indicadores de medición del fortalecimiento de la baja complejidad 2. Medición del indicador: #pacientes atendidos en la baja complejidad/# de población afiliada # de pacientes referidos a grados de complejidad mayores/población atendida en la baja complejidad Se debe definir una línea de base e irla mejorando	INGRESO: El portafolio y el Las estrategias se plantearán al momento de habilitarse MANTENIMIENTO: La medición de indicadores será cada seis meses
Integralidad	Estándar 3 Dentro del marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud la Red desarrollará e implementará el modelo de atención acorde a los lineamientos	Desarrollo del modelo de atención en la ET	Documento de modelo de atención	INGRESO: A momento de Habilitarse ; MANTENIMIENTO: verificación de la implementación de modelo por parte de la RED
		La red cuenta con un sistema de comunicación eficiente entre los prestadores y con la EPS	Proceso que documente el sistema de información bidireccional entre los integrantes de la Red y la EPS que la organizó	Al momento de habilitarse



GRUPO	ESTANDAR DE HABILITACION	CRITERIOS	COMO SE VERIFICA	TIEMPO DE IMPLEMENTACIÓN
	que para tal efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social			
Continuidad	Estándar 4: La Red cuenta con mecanismos efectivos de referencia y Contrarreferencia para garantizar la continuidad de la atención del usuario en los diferentes niveles de atención y escenarios intramurales y extramurales.	La red cuenta con protocolos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo del cuidado de la salud.	Documentos de protocolos y guías	Al momento de habilitarse
		La red implementa y se adhiere al proceso de referencia y Contrarreferencia.	Indicadores de resultado (proponer) construir líneas de base Resultados de la medición de adherencia al proceso de operativización de la Referencia y la Contrarreferencia	Al momento de habilitarse se verificara mensualmente; los resultados de adherencia verificaran cada seis meses
		La EPS implementa un plan de contingencia en caso de fallo de la referencia y la Contrarreferencia o saturación de la red.	portafolio de servicios que evidencie el plan de contingencia y los documentos administrativos que lo demuestren	Al momento de habilitarse; seguimiento : indicadores que muestren acceso (proponer)
		En la red se evalúa de forma periódica la pertinencia de la referencia y Contrarreferencia y se realizan ajustes al proceso.	Instrumento de la medición de la pertinencia de las remisiones gestionadas en la Red Seguimiento a los resultados de pertinencia de la remisiones gestionadas en la red y adopción de acciones de mejoramiento	Mensual
		Como parte integral de la Red y para facilitar el proceso de	Contratos formales suscritos con los diferentes transportadores	Al momento de habilitarse; indicadores de resultado



GRUPO	ESTANDAR DE HABILITACION	CRITERIOS	COMO SE VERIFICA	TIEMPO DE IMPLEMENTACIÓN
		referencia y Contrarreferencia, se incluye un sistema de transporte para el traslado de pacientes de acuerdo a las necesidades del territorio asignado (terrestre, aéreo, acuático) suministrado por la EPS. Se tiene en cuenta para la definición del transporte la gravedad del paciente, el tiempo de desplazamiento y la extensión del territorio.	requeridos en el territorio	(proponer)
Complementariedad	Estándar 5: La Red cuenta con esquemas de articulación de la oferta de servicios de las instituciones que la conforman y la información permanente y actualizada a los usuarios sobre los servicios disponibles	La Red conoce las diferentes subredes de prestación y/o provisión de servicios (medicamentos, oxígeno, entre otros) que hacen parte de la red y los operativiza en la atención de sus usuarios	Documento que informe las diferentes subredes de prestación y/o provisión Medición de indicadores que evalúen la satisfacción de los usuarios con la provisión de los servicios de la red	INGRESO: al momento de la habilitación MANTENIMIENTO: La medición de indicadores será cada seis meses
Eficiencia	Estándar 6: La red cuenta con acuerdos formales que evidencian gestión integrada	Existen acuerdos formales entre los miembros de la red para hacer más eficiente su gestión, entre los que se incluye la la atención basada en guías y protocolos de atención	Acuerdos de gestión eficiente debidamente firmados entre los prestadores y la EPS Auditorías de Adherencia a guías y protocolos con tendencia hacia	Informe a los seis meses de la gestión



GRUPO	ESTANDAR DE HABILITACION	CRITERIOS	COMO SE VERIFICA	TIEMPO DE IMPLEMENTACIÓN
	de los procesos asistenciales y de los sistemas de apoyo administrativo, financiero y logístico	compartidos, compra conjunta de insumos, unificación de trámites administrativos (financieros, bancarios, de personal, de cartera, entre otros)	la mejora Medición de indicadores de eficiencia de los acuerdos de gestión firmados en la Red (proponer)	
	Estándar 7: La Red cuenta con un proceso de análisis de información para toma de decisiones	Los prestadores de la Red y la ET, analizan periódicamente junto con la EPS, los resultados de la vigilancia epidemiológica consolidada, incluyendo los resultados de los indicadores de los eventos de interés en salud pública y definen acciones de mejora;	Actas de reunión de análisis de la vigilancia epidemiológica de la Red Planes de Mejora con medición de indicadores de proceso e impacto; Análisis de eficiencia en el marco del CTSSS verificado mediante actas .	A los seis meses presentará informe de vigilancia epidemiológica y resultado de indicadores
	Estándar 8: Los prestadores de servicios de salud de la Red se encuentran habilitados, en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad	Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que conforman la Red se encuentran Habilitadas	Registro en el REPS vigente	Al momento de habilitarse



Ministerio de Salud y Protección Social
República de Colombia

Libertad y Orden

**Prosperidad
para todos**

HABILITACIÓN DE IPS

Anexo documento de trabajo – en revisión

8. BIBLIOGRAFÍA

Pendiente

DOCUMENTO EN ELABORACION - CIRCULACION RESTRINGIDA