ANÁLISIS ECONÓMICO DEL SECTOR

CONTRATACION DIRECTA

PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES RELACIONADOS CON LA ADHERENCIA DE LA ATENCIÓN DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC), SEGÚN LOS ESTADIOS Y FASES DE LA ENFERMEDAD EN EL DISTRITO DE BARRANQUILLA

I. INTRODUCCION

La ley 715 de 2001 establece taxativamente en el artículo 43, numerales 43.3.1 – 43.3.4; artículo 44, numeral 44.3.1; artículo 45 y artículo 46 del **CAPÍTULO II** referente a **COMPETENCIAS DE LAS ENTIDADES TERRITORIALES EN EL SECTOR SALUD**, lo transcrito a continuación:

> ***"Artículo 43. Competencias de los departamentos en salud****.:*
> 43.3. **De Salud Pública**
> *43.3.1. Adoptar, difundir, implantar y ejecutar la política de salud pública formulada por la Nación.*
> *43.3.4. <Numeral modificado por el artículo 5 de la Ley 1438 de 2011. El nuevo texto es el siguiente:> Formular y ejecutar el Plan de Intervenciones Colectivas departamentales.*
> ***Artículo 44. Competencias de los municipios.***
> *44.3.* ***De Salud Pública***
> *44.3.1. <Numeral modificado por el artículo 5 de la Ley 1438 de 2011. El nuevo texto es el siguiente:> Adoptar, implementar y adaptar las políticas y planes en salud pública de conformidad con las disposiciones del orden nacional y departamental, así como formular, ejecutar y evaluar, los planes de intervenciones colectivas.*
> ***Artículo 45. Competencias en salud por parte de los Distritos****. Los distritos tendrán las mismas competencias que los municipios y departamentos, excepto aquellas que correspondan a la función de intermediación entre los municipios y la Nación.*
> ***Artículo 46. Competencias en Salud Pública.*** *La gestión en salud pública es función esencial del Estado y para tal fin la Nación y las entidades territoriales concurrirán en su ejecución en los términos señalados en la presente ley. Las entidades territoriales tendrán a su cargo la ejecución de las acciones de salud pública en la promoción y prevención dirigidas a la población de su jurisdicción.*

La Ley 1122 de 2007, en su artículo 32, 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 comunidad.

La Ley Estatutaria No. 1751 de 2015 *"por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones",* establece en sus artículos 5 y 20 lo siguiente:

> ***"Artículo 5°.*** *Obligaciones del Estado. El Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, para ello deberá:*
> *(…)*
> *c) Formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales."*

> *"****Artículo 20.*** *De la política pública en salud. El Gobierno Nacional deberá implementar una política social de Estado que permita la articulación intersectorial con el propósito de garantizar los componentes esenciales del derecho, afectando de manera positiva los determinantes sociales de la salud. De igual manera dicha política social de Estado se deberá basar en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y su atención integral, oportuna y de calidad, al igual que rehabilitación."*

El Ministerio de Salud y Protección Social MSPS, mediante la Resolución 1035 del 14 de Junio de 2022, "*Por el cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 con sus capítulos diferenciales (…)"* en razón a la finalización de la vigencia del PDSP 2012-2021 (Resolución 1841 de 2013), expidió el nuevo **Plan Decenal de Salud Pública** - **2022-2031** que determina los nuevos ordenadores y ejes estratégicos ajustados a las necesidades identificadas en materia de salud pública, sostenibilidad financiera del sector, valoración e incorporación de nuevos desarrollos tecnológicos y fortalecimiento de mecanismos de participación ciudadana para los subsiguientes diez (10) años.

La implantación del citado Plan Decenal de Salud contempla cinco etapas: i) Aprestamiento o preparación para la implementación ii) Inicio de la implementación operativa iii) Implementación propiamente dicha iv) Evaluación del proceso de implementación y v) A justes al proceso de implementación.

Etapa de Implementación	Acciones Hito	Periodo de tiempo
Aprestamiento o preparación para la implementación.	**Subetapa I.** **Adecuación y adopción de metodologías y herramientas de planeación, monitoreo, seguimiento y evaluación del Plan Decenal de Salud Pública.** **Elaboración de los lineamientos técnicos para la implementación del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 que incluyan:** **i) Armonización de políticas vigentes relacionadas con la gestión de la salud pública y el Plan Decenal de Salud Pública;** **ii) Herramientas y metodologías para la planeación y gestión territorial integral de la salud pública;** **iii) Herramientas para la puesta en marcha del Sistema de Seguimiento y Evaluación**	**II semestre 2022**
	Subetapa II - Asistencia técnica y desarrollo de capacidades para la implementación del Plan - Armonización del Plan Territorial de Salud 2020-2023 en el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 - Evaluación de Plan Territorial de Salud 2020-2023	2023
Inicio de la implementación operativa	Formulación de planes territoriales de salud departamentales, distritales y municipales de manera articulada con los planes de desarrollo	Enero a mayo de 2024 concordancia con lo establecido en la Ley Orgánica de Planeación
Implementación propiamente dicha	Implementación de las estrategias, acciones por eje estratégico del Plan de Decenal de Salud Pública	2024 — 2031
Evaluación del proceso de implementación	Evaluación de resultado de las acciones y ejes estratégicos	2026-2029-2032
Ajustes del proceso de implementación	Modificación de los elementos operativos que requieran ajuste según los resultados de la evaluación mencionados en el hito anterior, en el marco de la implementación del Plan Decenal de Salud Pública	2027-2028

En la transitoriedad de adaptar los contenidos del Plan Decenal de Salud Pública 2022 -2031, nos encontramos en la etapa de **Aprestamiento o preparación para la implementación,** en donde las

entidades territoriales continuarán con la implementación de los instrumentos de planeación en salud vigentes en el territorio, hasta que se surta la subetapa correspondiente al II semestre del año 2022.

La Resolución No. 518 de fecha 24 de febrero de 2015, por medio de la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC dispone en sus artículos 4 y 5 lo siguiente:

> ***"ARTÍCULO 4. GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA.*** *En el marco de lo previsto en el Plan Decenal de Salud Pública, se constituye en un proceso dinámico, integral, sistemático y participativo que bajo el liderazgo y conducción de la autoridad sanitaria, está orientado a que las políticas, planes, programas y proyectos de salud pública se realicen de manera efectiva, coordinada y organizada, entre los diferentes actores del SGSSS junto con otros sectores del Gobierno, de las organizaciones sociales y privadas y la comunidad, con el propósito de alcanzar los resultados en salud.*
> *Se enmarca en el ejercicio de la rectoría y apunta a la generación de gobernanza en salud, con el propósito de que las respuestas sectoriales, intersectoriales y comunitarias se desarrollen de manera articulada y orientadas al logro de resultados en salud.*
> ***ARTÍCULO 5o. PROCESOS PARA LA GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA****. Para el logro de los resultados en salud, las entidades a cargo de la Gestión de la Salud Pública implementarán y fortalecerán los siguientes procesos y aquellos adicionales que defina cada actor para garantizar la ejecución de sus funciones:*
> ***5.8. Gestión de las intervenciones colectivas:*** *con el propósito de implementar, monitorear y evaluar las intervenciones colectivas de promoción de la salud y gestión del riesgo, dirigidas a grupos poblacionales a lo largo del curso de la vida, conforme a los atributos de calidad definidos para las mismas.*
> ***5.9. Gestión de la prestación de servicios individuales:*** *para mejorar la calidad de la prestación de servicios de salud, el acceso y el uso de los recursos en salud, a fin de lograr la atención en salud efectiva e integral de la población colombiana, que incluye la detección temprana, protección específica, recuperación de la salud, rehabilitación del daño y atención paliativa."*

Así mismo, la Resolución No. 518 de 2015 establece en su anexo técnico modificado por el artículo 7 de la Resolución 3280 de 2018, "*Por medio del cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral De Atención Para La Promoción y Mantenimiento De La Salud y La Ruta Integral De Atención En Salud Para La Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación"*, indica en su CONTENIDO ANEXOS: (Pag.26)

> ***CAPÍTULO 3. INTERVENCIONES PARA LA PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD PARA LAS PERSONAS, FAMILIAS Y COMUNIDADES****.*
> *La RPMS contempla tres tipos de intervenciones que se diferencian en la población sujeto a la que van dirigidas: I) intervenciones poblacionales estas se dirigen a toda la población, ii) intervenciones del PIC; las colectivas dirigidas a la(s) familia(s), grupos de población o comunidades que comparten características o situaciones particulares y se concretan a través del PIC de cada entidad territorial, y iii) intervenciones individuales van dirigidas a las personas en los diferentes momentos del curso de vida y a la familia.*
> ***(…)***
> ***3.2. Intervenciones colectivas:*** *(Pag.31)*
> *Las intervenciones colectivas se definen como: —un conjunto de intervenciones, procedimientos o actividades para la promoción de la salud y la gestión del riesgo dirigidas a grupos poblacionales a lo largo del curso de la vida, definidas con fundamento en la evidencia disponible y en las prioridades de salud de cada territorio*

Su planeación se reflejará en el Plan de Acción en Salud – PAS, puesto que las mismas hacen parte integral del Plan Territorial de Salud- PTS; se realizan de manera complementaria a las intervenciones poblacionales e individuales, por lo cual deben ser coordinadas con los demás agentes del sistema de salud y comprenden las siguientes:

Nombre	***Definición***
Caracterización social y ambiental en entornos de vida cotidiana	*Es la acción mediante la cual se realiza la recolección, procesamiento, análisis y difusión de la información social y ambiental propia de cada entorno y de las personas, familias y comunidades que lo habitan; que permita definir y acordar con ellas el alcance de las intervenciones colectivas a ejecutar en cada entorno. Dicha caracterización incluye la identificación de:* *a. (…..)* *b.* ***Condiciones sociales, sanitarias y ambientales del entorno que inciden en la salud****.* *c.* ***Situaciones que evidencien el ejercicio de los derechos****.* *d. (….)* *e.* ***Prácticas de cuidado****.* *f.* ***Recursos disponibles para la promoción de la salud y la prevención de riesgos****.* *Esta información se obtendrá a través de fuentes secundarias y sólo se recolectará de manera directa mediante la aplicación de instrumentos estandarizados para la caracterización de cada entorno, cuando no se cuente con dicha información*
Conformación y fortalecimiento de redes familiares, comunitarias y sociales	*Procesos que se realiza con y para las personas, familias, comunidades, organizaciones y redes (sean púbicas o privadas), a fin de desarrollar relaciones, interacciones y capacidades, que permitan:* ***a.*** *(…..)* ***b.*** *Sumar esfuerzo y crear sinergia.* ***c.*** *Establecer lazos de cooperación con el propósito de alcanzar un objetivo común en repuesta a una situación determinada.* ***d.*** *(….).* *e. Desarrollar acciones comunitarias que redunden en el mejoramiento de las condiciones ambientales y en la disminución de riesgo que afecten la salud.* *Incluye:* *• (….).* *• Participación en los escenarios de construcción, implementación y seguimiento a las políticas, planes, programas y proyectos sectoriales e intersectoriales.* *• El desarrollo de intervenciones con y para las personas, familias, comunidades, grupos, organizaciones y redes destinadas a desarrollar capacidades, comprender y abordar situaciones relacionadas con el bienestar y la calidad de vida.* *• Desarrollar o fortalecer los mecanismos para el intercambio de información, conocimientos, experiencias entre las personas, familias, comunidades, grupos, organizaciones y redes, que permitan la construcción conjunta de condiciones favorables para el mejoramiento de la salud física y mental.* *• (…..)*

A través de Resolución No. 1536 de fecha 11 de mayo de 2015 el Ministerio de Salud y Protección Social estableció disposiciones sobre el proceso de Atención integral para la salud, el cual establece en el artículo 1, artículo 4 y artículo 6 lo siguiente:

> *"**Artículo 1. Objeto y campo de aplicación**. La presente resolución tiene por objeto establecer disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud a cargo de las entidades territoriales del nivel departamental, distrital y municipal, así como de las instituciones del gobierno nacional; igualmente, establecer las obligaciones que para contribuir con éste propósito, deben cumplir las Entidades Promotoras de Salud - EPS, las demás Entidades Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB y las Administradoras de Riesgos Laborales - ARL, que serán de obligatorio cumplimiento, en el ámbito de sus competencias, por lo que deben acoger e integrar los insumos que permitan su ejecución.*
> ***Artículo 4. Autoridades responsables de la planeación integral para la salud**. Son autoridades responsables de la planeación integral para la salud en el territorio:*
> *4.1. El alcalde o Gobernador. 4.2. Asambleas Departamentales, Concejos Municipales y Distritales. 4.3. La secretaria, Departamento Administrativo u Oficina de Planeación. 4.4. La Entidad Territorial de Salud. 4.5. El Consejo Territorial de Planeación.*
> ***Artículo 6. Plan Territorial de Salud - PTS.** Es el instrumento estratégico e indicativo de política pública en salud, que permite a las entidades territoriales contribuir con el logro de las metas estratégicas del Plan Decenal de Salud Pública: i) Equidad en salud. ii) Afectación positiva de los determinantes de la salud. iii) Mitigación de los impactos de la carga de la enfermedad, todo ello en la búsqueda de alcanzar la visión de paz, equidad social y desarrollo humano sostenible y sustentable".*

A su vez la Resolución 3202 de 2016, por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud — RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por Desarrollo de capacidades el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud —PAIS y se dictan otras disposiciones, en su Artículo 6. **Rutas Integrales de Atención en Salud— RIAS**. En el marco del Modelo Integral de Atención en Salud - **MIAS** se definen tres tipos de Rutas Integrales de Atención en Salud — RIAS, así:

> *6.1 **Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud**. Comprende acciones sectoriales e intersectoriales; intervenciones de carácter individual y colectivo, dirigidas a promover la salud, prevenir el riesgo, prevenir la enfermedad y generar cultura del cuidado de la salud en las personas, familias y comunidades, mediante la valoración integral del estado de salud, la detección temprana de alteraciones; la protección específica y la educación para la salud. Esta ruta se aplica para toda la población residente en el territorio*
> *6.2. **Ruta Integral de Atención en Salud de Grupos de Riesgo.** Incorpora acciones sectoriales e intersectoriales; intervenciones individuales y colectivas, con el propósito de identificar e intervenir oportunamente factores de riesgo, ya sea para evitar la aparición de una o varias condiciones específicas en salud o para realizar el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, según cada situación. Esta ruta se aplica para la población en riesgo residente en el territorio*. (….)
> *6.3. **Ruta integral de atención en salud para eventos específicos**. Estas rutas se definen a partir de aquellos eventos específicos priorizados por cada grupo de población en riesgo a que refiere el numeral anterior. Este tipo de Rutas incorpora actividades individuales y colectivas que pueden ser realizadas en los entornos donde transcurre la*

vida de las personas y/o en los prestadores primarios y/o complementarios. Se orientan al tratamiento, rehabilitación y paliación, según sea el caso

Mediante *"*ACUERDO 001 DE 2020 se adopta EL PLAN DE DESARROLLO DISTRITAL DE BARRANQUILLA 2020-2023 **SOY BARRANQUILLA***",* el cual tiene como objeto consolidar un modelo de atención en salud bajo los mejores estándares de calidad, con el fin de cerrar las brechas en el servicio de salud y reducir la tasa de mortalidad a través de medidas de prevención de enfermedades y de atención oportuna, buscando una ciudad de Barranquilleros saludables mediante la implementación del modelo de Gestión Integral del Riesgo en Salud a nivel individual y colectivo; para esto, se quiere fortalecer las competencias de la autoridad sanitaria, en el ejercicio de sus acciones de inspección vigilancia y control que posibiliten servicios de salud con calidad y la disminución de los factores de riesgo de la salud pública. Así mismo, el artículo 11 **"Política Saludable"** – 11.2 **Programa Gestión Integral para la Intervención del Riesgo en Salud –** busca intervenir en los factores de riesgo en la salud, ya que es una prioridad cuidar de la salud de la población barranquillera para que los habitantes puedan disfrutar de sus familias, entorno y trabajo. Así mismo, el proyecto del artículo 11.2.1 **"Proyecto: Implementación del Modelo de Gestión del Riego en Salud**" busca diseñar un modelo de gestión del riesgo en salud para los barranquilleros, comenzando con la caracterización de los riegos del individuo y de los riegos de la enfermedad, para definir un plan de intervenciones de riesgo individual y familiar, que sea de calidad y pertinente a la situación de cada ciudadano.

Indicador de producto	Línea base 2019	Meta del producto (2023)	Responsable
Porcentaje de implementación del Modelo de gestión del riego en salud	0	Implementación del 100% del Modelo de gestión del riesgo en salud	Oficina de Salud Publica

11.2.3 "**Proyecto: gestión para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad**" establece gestionar la promoción de actividades saludables y prevención de enfermedades, desarrollando en el Barranquillero una mejor aptitud con respecto a su salud, proporcionando la información y las herramientas necesarias para mejorar las competencias necesarias para que ejerza un control sobre la salud propia y colectiva, así como la defensa del ambiente, promoviendo entornos saludables, reforzando la participación comunitaria y el uso adecuado de los servicios de salud.

Indicador de producto	Línea base 2019	Meta del producto (2023)	Responsable
Porcentaje de cumplimiento en las EAPB del indicador de resultados cuentan de alto costo en eventos priorizados	N/A	Lograr que las EAPB cumplan un 90% de los resultados de los eventos priorizados en cuenta de alto costo	Oficina de Salud Publica

El Plan Territorial de Salud 2020 de la Secretaría Distrital de Salud Pública Barranquilla tiene como finalidad que el Distrito se consolide como un referente a nivel nacional para el año 2023, mediante la obtención de los mejores indicadores de salud y la realización de la gestión integral del Riesgo en salud de la población, previniendo la aparición de enfermedades y disminuyendo la carga de las mismas, cumpliendo así estándares superiores de calidad con una red integral de servicios de salud.

Ahora bien, una vez aclarado el marco normativo en donde se traza la responsabilidad de la secretaria de salud frente a la ejecución de programas definidos por el Distrito y la aplicación de las distintas metodologías demarcadas por el Ministerio de Salud, para el caso que nos concierne, La ERC conocida como Enfermedad Renal Crónica está reconocida como un problema mundial de salud pública que afecta aproximadamente al 10% de la población, actualmente se encuentra infra diagnosticada y conlleva una importante morbilidad en la sociedad que supone un factor de riesgo cardiovascular independiente, sin embargo, es un factor tratable y potencialmente prevenible.

La presencia de ERC complica la evolución de cualquier acontecimiento vascular, ya que a medida que la filtración glomerular FG se reduce, se agrava el pronóstico de los pacientes, presentando una mayor tasa de hospitalizaciones, complicaciones cardiovasculares y mortalidad. En el caso de los pacientes en diálisis, su mortalidad es 500 veces superior a la de la población con función renal normal. Por otra parte, la presencia de albuminuria en pacientes, independientemente del FG, demuestra como otro importante factor de riesgo cardiovascular y renal. (La albuminuria es un signo de enfermedad renal y significa que el paciente tiene exceso de albúmina en la orina. La albúmina es una proteína que se encuentra en la sangre. Un riñón sano no permite que la albúmina pase de la sangre a la orina, mientras que un riñón dañado sí deja pasar algo de albúmina a la orina.)

El Fondo Colombiano de enfermedades de alto costo ha definido la Enfermedad Renal Crónica (ERC) como la presencia de alteraciones progresivas e irreversibles de la estructura o la función renal por tres (3) meses o más, con implicaciones a la salud. Su grado de afectación se determina mediante la medición de la tasa de filtración glomerular (TFG) menor a 60 ml/min/1,73 m2 o la presencia de daño renal demostrado directa o indirectamente mediante marcadores como la albuminuria, como consecuencia, los riñones pierden su capacidad para eliminar desechos, concentrar la orina y regular los electrolitos en la sangre.

Esta enfermedad se asocia con una disminución de la función renal la cual puede estar relacionada con la edad y se encuentra acelerada en la hipertensión, diabetes, obesidad y trastornos renales primarios que puede conducir a una enfermedad renal en etapa terminal, cualquiera que sea la naturaleza del proceso fisiopatológico, desde enfermedades genéticas o inmunes específicas (como la nefritis lúdica) hasta lesiones más sistémicas (como la nefropatía diabética).

La enfermedad cardiovascular (ECV) es la causa principal de morbilidad y mortalidad donde la ERC se considera un acelerador del riesgo de ECV y un factor de riesgo independiente para eventos de ECV. Existe una relación inversa gradual entre el riesgo de ECV y la tasa de filtración glomerular (TFG) que es independiente de la edad, el sexo y otros factores de riesgo. La disminución de la función renal es un predictor de hospitalización, disfunción cognitiva y mala calidad de vida. La carga sanitaria es más alta en los estadios renales tempranos, debido a una mayor prevalencia, que afecta alrededor del 35% de las personas mayores de 70 años. En donde acorde TFG hay cinco etapas de enfermedad renal crónica:

- Etapa 1: la TFG es de 90 o superior. Puede haber una lesión renal leve.
- Etapa 2: la TFG es de 60 a 90. Hay una disminución leve de la función renal.
- Etapa 3: la TFG es de 30 a 60. Disminución moderada de la función renal.
- Etapa 4: la TFG es de 15 a 30. Hay una disminución grave de la función renal.
- Etapa 5: la TFG es de 15 o menos. Se considera enfermedad renal. Se necesita un tratamiento como diálisis o trasplante renal para mantener al paciente con vida

Sin embargo, el alto costo de la enfermedad está asociado a las etapas más avanzadas (Estadios 4 y 5). La ERC ha sido identificada como una patología de alto costo, no solo por su creciente prevalencia e incidencia, sino también, debido al riesgo elevado de presentar complicaciones,

muerte, deterioro de la calidad de vida y de la capacidad laboral del paciente y consumo de recursos superior a la población general, por lo cual se hace necesario gestionar e intervenir la enfermedad, desde antes que se padezca, y sus desenlaces evitables, protegiendo a los casos, sus familias y la sociedad contra el riesgo de catástrofe de salud y financiera.

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) se caracteriza por la alteración de la estructura o función del riñón con implicaciones específicas en la salud de quien la padece. Las causas más comunes de ERC son la diabetes mellitus y la hipertensión arterial. Sin embargo, otros factores como un índice de masa corporal mayor a 30Kg/m², la enfermedad cardiovascular, los antecedentes familiares de enfermedad renal, el tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol; también han mostrado asociación. La ERC contribuye a la morbilidad y la mortalidad de las enfermedades no transmisibles, y debe abordarse para cumplir con los objetivos de desarrollo sostenible de las Naciones Unidas de reducir la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles en un tercio para el año 2030. En 2016, la ERC se posicionó como la novena causa de muerte en los países desarrollados, y aunque se espera que las tasas de mortalidad por cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular e infecciones respiratorias bajas disminuyan, se estima que los años de vida perdidos por la ERC se dupliquen en todo el mundo para el 2040.

Para el año 2019 se reportaron a la cuenta de alto costo (CAC) 4.539.694 casos de pacientes con ERC o HTA o DM (La Hipertensión Arterial (HTA) y la Diabetes Mellitus (DM) son sus principales precursoras). El 20,30% de los casos diagnosticados con HTA o DM tenían diagnóstico confirmado de ERC y el 30,80% no fueron estudiados para ERC durante el periodo de reporte. La tasa de incidencia estimada en Colombia para ERC fue de 3,57 casos nuevos por cada 1.000 habitantes, la prevalencia fue de 1,84% y la mortalidad de 36,91 casos por cada 100.000 habitantes.

La Cuenta de Alto Costo presentó su publicación más reciente titulada "**Situación de la ERC, la HTA y la DM en Colombia 2020",** un análisis detallado de la información reportada por las empresas administradoras de planes de beneficios (EAPB) con los datos de cada una de las personas con estas enfermedades, que son atendidos en el sistema de salud, en el periodo comprendido entre el 1º de julio de 2019 al 30 de junio de 2020, se incluyó en el análisis la información de 4.934.914 personas diagnosticadas con hipertensión arterial o diabetes mellitus o enfermedad renal crónica, de los cuales 4.751.706 fueron casos vivos y activos y 253.726 muertos o desafiliados.

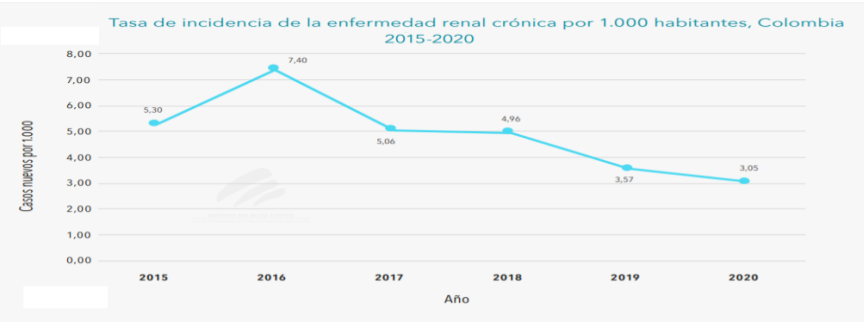
La ERC es un problema de salud pública a nivel mundial, debido a tres razones. La primera es el aumento de la prevalencia e incidencia de sus enfermedades precursoras. La segunda, es el aumento del riesgo de enfermedad renal terminal (ERT) y enfermedades cardiovasculares (ECV), entre otras complicaciones tanto clínicas, de calidad de vida y capacidad funcional del paciente. La carga de ERC es atribuible a factores de riesgo como la DM, la HTA y la obesidad considerable y coexisten con factores de riesgo no tradicionales como los factores del desarrollo y gestacionales; exposición a compuestos nefrotóxicos y enfermedades autoinmunes, entre otros. La tercera es la asociación de la ERC a la multimorbilidad, al uso de tratamientos de alto consumo de recursos y al aumento del riesgo de muchas complicaciones médicas que a menudo requieren hospitalización; la atención de los pacientes con ERC relacionada o no con la terapia de reemplazo renal (TRR) origina costos de atención en salud significativos. La evaluación económica en salud considera principalmente dos tipos de costos: los directos y los indirectos. Los primeros, pueden estar relacionados con la asistencia sanitaria o también con los costos financieros y de tiempo incurridos por los pacientes y por sus cuidadores, entre otros; Los costos indirectos reflejan las pérdidas de productividad relacionadas con la enfermedad o la muerte. Es probable que estos últimos sean mayores entre los pacientes con mayor morbilidad y discapacidad en las fases finales de la enfermedad renal, relacionado con la pérdida de la capacidad laboral, el aumento del pago por discapacidad y las necesidades de apoyo de cuidadores.

El año 2020 estuvo marcado por la pandemia causada por el nuevo coronavirus (COVID-19), la cual ha puesto de manifiesto la vulnerabilidad de los pacientes con ERC y sus precursoras en cuanto a la inequidad en salud durante las crisis sanitarias. Esta situación ha exigido cambios drásticos en la atención y en las políticas sanitarias a nivel nacional y mundial, que pueden comprometer el seguimiento clínico de los pacientes con ERC, debido a la cancelación, postergación o atención por telemedicina; a la escasez de recursos sanitarios y al riesgo de infección de estos pacientes. Las medidas y situaciones ocurridas en la pandemia influyen en la gestión y la progresión de las enfermedades crónicas desde las perspectivas clínica, psicosocial y de mantenimiento de rutinas saludables. Por este motivo, es importante el estudio de las consecuencias a corto y a largo plazo, tanto en la morbimortalidad como en los indicadores de gestión del riesgo ahora y en los próximos años post pandemia.

A continuación, se presentan algunos datos que representan el comportamiento de la ERC y su impacto en la salud del país de acuerdo con el estudio realizado, sobre la **Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2020** elaborado por el Fondo Colombiano de Cuenta de Alto Costo:

- ✓ Para el periodo comprendido entre el 1º de julio de 2019 al 30 de junio de 2020, se incluyó en el análisis la información de 4.934.914 personas diagnosticadas con hipertensión arterial o diabetes mellitus o enfermedad renal crónica, de los cuales 4.751.706 fueron casos vivos y activos y 253.726 muertos o desafiliados.
- ✓ La prevalencia cruda para hipertensión arterial fue de 9,08 casos por cada 100 habitantes, la cual ha tenido una tendencia creciente desde el año 2013.
- ✓ Se reportaron 168.778 casos nuevos de diabetes mellitus, de los cuales el promedio de edad de los casos fue de 61,34 años (DE ±13,72).
- ✓ Se analizaron 849.874 personas con diagnóstico de ERC, de estos, el 36,09% se encontraban en el estadio 3.
- ✓ Durante el periodo en mención, 43.123 personas con ERC tuvieron alguna terapia de reemplazo renal (TRR), evidenciando también un aumento en su prevalencia, estimada en 86,45 casos por cada 100.000 habitantes.

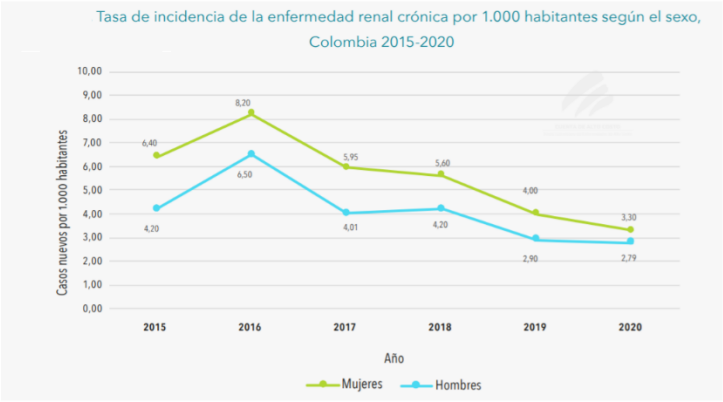
Para el periodo de estudio se reportaron 152.354 casos nuevos de enfermedad renal crónica, lo que representa 26.448 menos que en el 2019, es decir, una disminución del 14,79%. De estos, el 55,36% (n = 84.344) fueron mujeres. El promedio de la edad de los casos incidentes de ERC fue de 62,13 años (DE±15,33). Desde el año 2016 se ha observado una disminución en la incidencia a nivel nacional, la cual se presenta en la siguiente figura:



Fuente: Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, Cuenta de Alto Costo (CAC)- Situación de la ERC, la HTA y la DM en Colombia.

El 60% de los casos nuevos de ERC tenían entre 50 y 74 años (n=91.417), y la mayor cantidad de personas analizadas se encuentra entre los 60 a 64 años (13,29%, n = 20.253). El 4,46% fueron menores de 35 años (n=6.802).





Fuente: Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, Cuenta de Alto Costo (CAC)- Situación de la ERC, la HTA y la DM en Colombia

En el análisis realizado por el Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, se obtuvo de 849.874 personas con diagnóstico de enfermedad renal crónica en cualquiera de sus estadios, lo que equivale a una prevalencia de 1,70 casos por cada 100 habitantes. Con respecto al 2019, hubo una disminución de 76.122 casos. Del total de las personas con enfermedad renal crónica, el 58,58% eran mujeres (n = 497.883). La media de edad de los casos prevalentes es de 68,91 años (DE 13,99%). En la figura anterior se presenta la tendencia de la prevalencia de la ERC de los casos reportados a la CAC desde el año 2015 hasta el 2020, en donde se observa una disminución de la prevalencia a partir del año 2018.

La prevalencia para el distrito de Barranquilla es de 2,04 como se observa en la siguiente gráfica:

Tabla 18. Prevalencia de la enfermedad renal crónica por 100 habitantes según la región, la entidad territorial y la ciudad capital, Colombia 2020

Región/departamento/ capital	Enfermedad renal crónica					
	Casos prevalentes	Denominador DANE	Prevalencia cruda	Prevalencia estandarizada*	I.C. 95%**	
					Límite inferior	Límite superior
Bogotá, D.C.	**203.088**	**7.668.413**	**2,65**	**2,64**	**2,63**	**2,65**
Caribe	**148.408**	**11.285.215**	**1,32**	**1,53**	**1,52**	**1,54**
Atlántico	37.801	2.680.140	1,41	1,58	1,56	1,60
Barranquilla	25.614	1.258.653	2,04	2,01	1,98	2,03

Al analizar los datos anteriores, la situación es preocupante y permite dar a una miranda a la necesidad de adherirse a las diferentes estrategias de intervención de las enfermedades crónicas renales como un problema de salud pública, como lo son las redes de apoyo para la adherencia a los pacientes con ERC a la terapia dialéctica , la cual es un referente práctico para la gestión integrada de la salud pública, que sirve para que las entidades territoriales, actores, sectores y comunidad en general en coordinación, con las instituciones prestadoras de salud lideren procesos de articulación y/o armonización de políticas, planes, programas, proyectos y acciones intersectoriales entre instituciones y redes sociales y comunitarias existentes de carácter público y/o privado que aporten al desarrollo integral de las comunidades en un marco de derecho de los pacientes con ERC.

Las redes de apoyo son una de las estrategias en la que descansa las funciones de la comisión intersectorial de salud pública, contempladas en el Plan de Intervenciones Colectivas –PIC, como la Conformación y fortalecimiento de redes familiares, comunitarias y sociales, sin embargo, está guiada por las recomendaciones dadas por la OPS (Organización Panamericana de la Salud) en la que, a través de su experiencia, identifica el trabajo en red como una alternativa práctica capaz de presentar resultados a las demandas a través de la generación de una cultura basada en relaciones sociales y políticas horizontales. (OPS/OMS, 2008) La OPS señala la importancia de las relaciones descentralizadas en la gestión de redes, en donde sus participantes funcionen de manera autónoma, articulada armonizada de las políticas, planes y programas de los diferentes sectores y actores tanto públicos como privados.

Este proyecto va dirigida a la organización de unas redes de apoyo que le permita a la Secretaria de Salud del Distrito de Barranquilla mejorar los indicadores de mortalidad, incidencia y prevalencia de las enfermedades renales crónicas en los diferentes cursos de vida organizada mediante una estructura de ciclo que comprende las etapas: nacimiento, desarrollo, reproducción y muerte, donde se organizan las diferentes acciones del trabajo en las redes de apoyo. Los Ciclos son entendidos como procesos conformados por una serie de fases que están orientados por un objetivo, los cuales desarrollan los principios sistémicos, Las fases configuran cada parte del ciclo definidas por acciones estratégicas, que conllevan al cumplimiento de lo definido para cada ciclo.

Por lo anterior, se hace necesario, oportuno y eficiente requerir la contratación de los servicios profesionales de una Persona Jurídica que cuente con la idoneidad y experiencia requerida, teniendo en cuenta que la planta global de personal del Distrito de Barranquilla No dispone del RECURSO HUMANO suficiente e idóneo, según certificado de inexistencia en planta expedido por gestión humana, para implementar y fortalecer los procesos que garanticen la ejecución de las capacitaciones en la adherencia de la atención de la enfermedad renal crónica (ERC), según los estadios y fases de la enfermedad, que permita el cumplimiento y la adecuada ejecución de la metas, en la implementación del Modelo de Gestión del Riego en Salud, que busca intervenir en los factores de riesgo en la salud de la población barranquillera para que los habitantes puedan disfrutar de sus

familias, entorno y trabajo, en el Distrito de Barranquilla La clasificación de los bienes y servicios, objeto del Proceso de Contratación, son los siguientes:

ÍTEM	Clasificación UNSPSC	Clase
1	85101700	Servicios de administración de salud
2	85121600	Servicios médicos de doctores especialistas

II. ANALISIS DEL MERCADO

Fuente: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ech/ech/bol_empleo_ago_22.pdf (30 de septiembre de 2022)
Para el mes de agosto de 2022, la tasa de desempleo del total nacional fue 10,6%, lo que representó una reducción de 2,2 puntos porcentuales respecto al mismo mes de 2021 (12,9%). La tasa global de participación se ubicó en 63,5%, lo que significó un aumento de 2,2 puntos porcentuales respecto a agosto de 2021 (61,3%). Finalmente, la tasa de ocupación fue 56,7%, lo que representó un aumento de 3,3 puntos porcentuales respecto al mismo mes de 2021 (53,4%).

Gráfico 1. Tasa global de participación, ocupación y desempleo
Total nacional
Agosto (2014 – 2022)

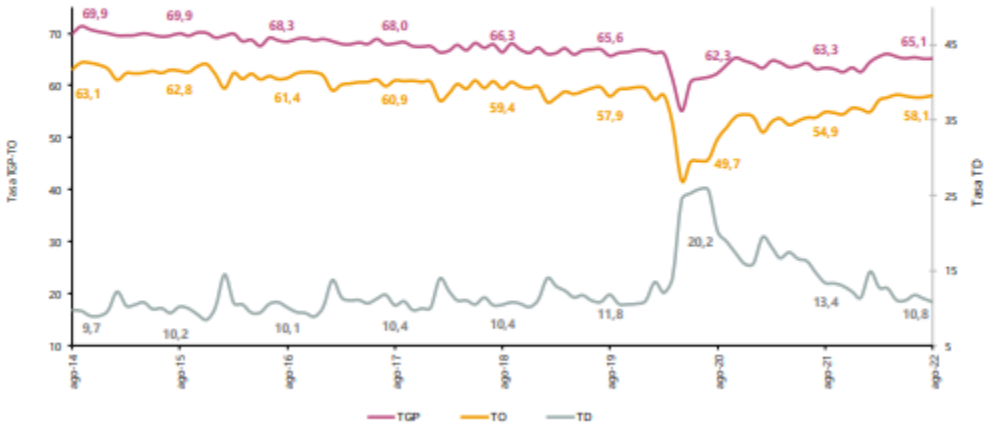


Fuente: DANE, GEIH.

En agosto de 2022, la tasa de desempleo en el total de las 13 ciudades y áreas metropolitanas fue 10,8%, lo que representó una reducción de 2,5 puntos porcentuales respecto al mismo mes de 2021 (13,4%). La tasa global de participación se ubicó en 65,1%, lo que significó un aumento de 1,8 puntos porcentuales respecto a agosto de 2021 (63,3%). Finalmente, la tasa de ocupación fue 58,1%, lo que representó un aumento de 3,2 puntos porcentuales respecto al mismo mes de 2021 (54,9%).[1]

[1] https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ech/ech/bol_empleo_ago_22.pdf

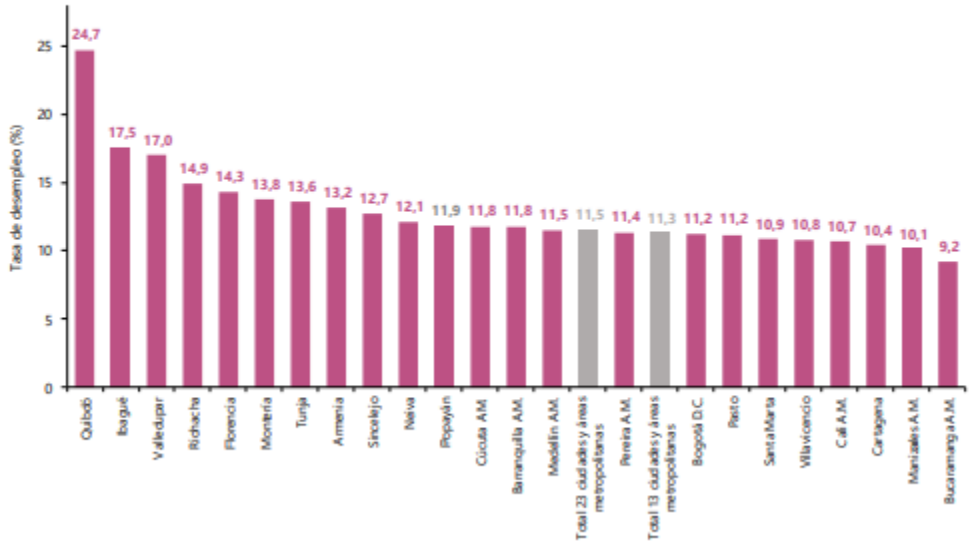
Gráfico 3. Tasa global de participación, ocupación y desempleo
Total 13 ciudades y áreas metropolitanas
Agosto (2014 – 2022)



Fuente: DANE, GEIH.

Para el trimestre móvil junio – agosto 2022, de las 23 ciudades y áreas metropolitanas, las que presentaron mayores tasas de desempleo fueron: Quibdó (24,7%), Ibagué (17,5%) y Valledupar (17,0%). Las ciudades con menor tasa de desempleo fueron: Bucaramanga A.M. (9,2%), Manizales A.M. (10,1%), y Cartagena (10,4%).

Gráfico 6. Tasa de desempleo según ciudades
23 ciudades y áreas metropolitanas
Junio- agosto 2022



Fuente: DANE, GEIH.

Fuente: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ems/bol_ems_julio_22.pdf (15 de septiembre de 2022)

Variación anual del personal ocupado total y contribución por tipo de contratación, según subsector de servicios (julio 2022 / julio 2021).

En julio de 2022, diecisiete de los dieciocho subsectores de servicios presentaron variación positiva en el personal ocupado total, en comparación con julio de 2021.

Tabla 2. Variación anual del personal ocupado total y contribución por categoría de contratación, según subsector de servicios
Julio 2022[p] / julio 2021

Clasificación CIIU Rev. 4 A.C.			Personal ocupado total*	Permanente	Temporal directo	Agencias	Misión*** Hora cátedra***
Sección	División	Descripción	Variación (%)	Contribución (PP)			
H	División 52	Almacenamiento y actividades complementarias al transporte	12,9	3,6	3,5	5,7	--
H	División 53	Correo y servicios de mensajería	5,8	0,5	3,4	1,9	--
I	División 56	Restaurantes, catering y bares	12,8	11,2	3,5	-1,8	--
J	División 58	Actividades de edición	-1,7	0,6	-2,1	-0,2	--
J	División 59, excepto Clase 5920	Producción de películas cinematográficas y programas de televisión	9,8	5,6	0,2	3,9	--
J	División 60 y Clase 6391	Actividades de programación y transmisión, agencias de noticias	2,6	0,9	2,7	-1,0	--
J	División 61	Telecomunicaciones	2,2	0,3	0,8	1,0	--
J	División 62, División 63, excepto Clase 6391	Desarrollo de sistemas informáticos y procesamiento de datos	13,7	13,5	0,4	-0,2	--
LN	Sección L. División 68 Sección N. Divisiones 7710, 7729 y 7730	Inmobiliarias, alquiler de maquinaria y equipo	5,3	5,4	-0,6	0,4	--
M	Divisiones 69, 70, 71, 72, Clase 7320, División 74	Actividades profesionales científicas y técnicas	4,1	1,9	1,9	0,3	--
M	Clase 7310	Publicidad	10,8	4,8	5,1	0,9	--
N	Divisiones 78, 80 y 81, excepto Clase 8130	Actividades de empleo, seguridad e investigación privada, servicios a edificios	6,3	0,5	1,7	0,3	3,8
N	Clase 8220	Actividades de centros de llamadas (Call center)	6,2	5,2	1,5	-0,4	--
N	División 82 excepto Clase 8220	Actividades administrativas y de apoyo de oficina y otras actividades, excepto call center	6,1	2,4	4,0	-0,3	--
P	Grupo 854	Educación superior privada	3,3	0,5	3,2	0,1	-0,4
Q	Clase 8610	Salud humana privada con internación	2,3	1,2	1,5	-0,5	--
Q	División 86 excepto Clase 8610	Salud humana privada sin internación	0,5	3,0	-0,9	-1,6	--
S	Divisiones 90, 92, 93, 95 y 96	Otros servicios de entretenimiento y otros servicios	9,3	7,6	0,5	1,2	--

Fuente: DANE – EMS

Variación anual de los salarios y contribución por tipo de contratación, según subsector de servicios (julio 2022 / julio 2021)

En julio de 2022, todos los subsectores de servicios presentaron variación positiva en los salarios, en comparación con julio de 2021.[2]

Tabla 3. Variación anual de los salarios y contribución por categoría de contratación, según subsector de servicios
Julio 2022[p] / julio 2021

Clasificación CIIU Rev. 4 A.C.			Personal ocupado sin agencias*	Permanente	Temporal directo	Misión*** Hora cátedra***
Sección	División	Descripción	Variación (%)	Contribución (PP)		
H	División 52	Almacenamiento y actividades complementarias al transporte	6,0	3,7	2,3	--
H	División 53	Correo y servicios de mensajería	6,4	1,6	4,9	--
I	División 56	Restaurantes, catering y bares	12,8	11,0	1,7	--
J	División 58	Actividades de edición	8,5	8,8	-0,3	--
J	División 59, excepto Clase 5920	Producción de películas cinematográficas y programas de televisión	21,5	16,9	4,6	--
J	División 60 y Clase 6391	Actividades de programación y transmisión, agencias de noticias	5,2	2,4	2,7	--
J	División 61	Telecomunicaciones	9,5	8,3	1,3	--
J	División 62, División 63, excepto Clase 6391	Desarrollo de sistemas informáticos y procesamiento de datos	13,5	13,5	0,0	--
LN	Sección L. División 68 Sección N. Divisiones 7710, 7729 y 7730	Inmobiliarias, alquiler de maquinaria y equipo	10,0	8,2	1,9	--
M	Divisiones 69, 70, 71, 72, Clase 7320, División 74	Actividades profesionales científicas y técnicas	12,0	9,1	2,9	--
M	Clase 7310	Publicidad	10,7	8,3	2,4	--
N	Divisiones 78, 80 y 81, excepto Clase 8130	Actividades de empleo, seguridad e investigación privada, servicios a edificios	10,8	1,4	2,5	6,9
N	Clase 8220	Actividades de centros de llamadas (Call center)	9,6	9,7	-0,1	--
N	División 82 excepto Clase 8220	Actividades administrativas y de apoyo de oficina y otras actividades, excepto call center	8,5	5,2	3,2	--
P	Grupo 854	Educación superior privada	4,6	1,9	3,0	-0,3
Q	Clase 8610	Salud humana privada con internación	8,2	7,4	0,8	--
Q	División 86 excepto Clase 8610	Salud humana privada sin internación	8,7	8,9	-0,2	--
S	Divisiones 90, 92, 93, 95 y 96	Otros servicios de entretenimiento y otros servicios	14,0	11,6	2,4	--

Fuente: DANE – EMS

[2] https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ems/bol_ems_julio_22.pdf

III. TÉCNICO

Para cumplir con el objeto **PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES RELACIONADOS CON LA ADHERENCIA DE LA ATENCIÓN DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC), SEGÚN LOS ESTADIOS Y FASES DE LA ENFERMEDAD EN EL DISTRITO DE BARRANQUILLA.** Se requiere realizar acciones en salud pública, a través de capacitaciones en la adherencia de la atención de la enfermedad renal crónica (ERC), según los estadios y fases de la enfermedad dirigidas al talento humano de las diferentes Empresas Administradoras de Planes de Beneficio - EAPB, a los equipos de salud tanto del nivel primario de atención como los pertenecientes a la red especializada prestadora de servicios de salud de cada EPS que realizan atención y seguimiento a los programas de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación a los pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC) o con patologías precursoras como la hipertensión arterial y diabetes mellitus del Distrito de Barranquilla.

OBJETIVOS ESPECÍFICIOS

1. Establecer el censo actualizado de enfermedades precursoras de EnfermedadRenal Crónica de cada EAPB que opera en el distrito de Barranquilla: diabetes mellitus tipo II e hipertensión arterial crónica.
2. Clasificar por estadios la población con enfermedad renal crónica afiliada a cada EAPB que operan en el Distrito de Barranquilla.
3. Verificar el estado de habilitación de la red integral de prestadores de servicios en los programas de enfermedad renal crónica y patologías precursoras: diabetes mellitus e hipertensión arterial; en cada EAPB que operan en el Distrito de Barranquilla, verificando la capacidad instalada actual.
4. Evaluar la adherencia de la atención integral de la ERC según los estadios y fases de la enfermedad por cada EAPB que operaen el distrito de Barranquilla, observando las guías de atención dispuestas y adoptadas por el Ministerio de Saludy protección Social (Guías KDIGO), en los pacientes con riesgo y/o con diagnóstico de enfermedad renal crónica (pruebas de laboratorio, tratamiento farmacológico, terapias de reemplazo renal y otras complicaciones).
5. Evaluar el cumplimiento con la Ruta de Atención Integral en Salud para la promoción y mantenimiento de la salud en la población con diagnóstico de ERC y enfermedades precursoras; apoyados en el instructivo de la circular 0001 de 2020 de la Supersalud – *Guía* de Auditoria y la estructura del Informe de Auditoría **GAUDI,** relacionados con la RIA de promoción y mantenimiento de la salud, aplicando los criterios componentes de aseguramiento, prestación de servicios, incluyendo los de promoción y mantenimiento de la salud, aplicando los criterios componentes de aseguramiento, prestación de servicios de promoción y prevención relacionados con la ERC y patologías precursoras. Además, establecer y priorizar los factores que hacen que los pacientes no cumplan las indicaciones médicas para la protección renal.
6. Capacitar en guías de manejo actualizadas a cargo de especialistas en nefrología y equipo multidisciplinario, dirigidas a los talentos humanos de los equipos de salud tanto primarios como especializados y los de apoyo referente de cada EAPB y su red prestadora de servicio; a los funcionarios de la salud del ente territorial.

POBLACIÓN

Las actividades que se proponen están direccionadas a la población del régimen Subsidiado, asegurados por las diferentes EAPB que operan en el distrito de Barraquilla y a todas aquellas personas e instituciones públicas o privadas, que pretendan intervenir con acciones encaminadas a mejorar la calidad de los servicios y la dignidad y calidad de vida de las personas, de manera especial la población adulta mayor o con algún tipo de discapacidad con ERC.

Por lo anterior y con la utilización de indicadores de salud, se busca establecer la descripción de los cambios que pudieron darse respecto a la magnitud de causas generadoras de daño, para lo cual y frente al desarrollo de esta, se tendrá en cuenta:

Identificación de la Población:

A partir de la Base de Datos Única de Afiliados -BDUA- de la población afiliada con ERC, se estimará la atención, de acuerdo con las condiciones, características de la misma, teniendo en cuenta el proceso de la Atención Primaria en Salud. Se cruzarán las Bases de datos de la población y se Caracterizarán para una mejor aplicación de las intervenciones propuestas.

Focalización y Sectorización:

Una vez identificada la población, se procederá a sectorizar a partir de las direcciones, dividiendo a las zonas en regiones, localidades y barrios, para una mejor ubicación e intervención de las acciones propuestas.

Planeación:

Está relacionado, con el Número de acciones, actividades o competencias que se desarrollarán, teniendo en cuenta la población y la contratación para las intervenciones.

Ejecución:

Es el punto de partida, entre la identificación de necesidades, con la atención o intervención de estas.

Seguimiento y Control:

Está relacionado con el proceso de evaluación permanente a las acciones contratadas y definidas en el cronograma de la planeación con frecuencia semanal y coordinación quincenal con el interventor del contrato.

Evaluación General Institucional:

Teniendo en cuenta el desarrollo en el que se enmarcaron las instituciones de salud, frente al manejo de las Enfermedades Renales Crónicas ERC, relacionadas con la atención en salud y para la dinámica a seguir, se tendrán en cuenta los siguientes aspectos:

1. Caracterización Población con ERC y sus estadios.
2. Capacitación a referentes de EAPB, equipos de salud de la red prestadora de servicios, funcionarios del ente territorial y demás partes interesadas en la temática de la ERC, a cargo de nefrólogos con amplia experiencia.
3. Capacidad Instalada de los Prestadores
4. Sistema de Notificación y reportes de casos

5. Evaluación de las IPS con Talento Humano en Salud
6. Cumplimiento del Talento Humano en Salud en el entrenamiento
7. Evaluación Diagnostica en el Cumplimiento de la Cuenta de Alto costo conlos pacientes de ERC.

RECURSOS

Recurso Humano

Para el efecto que implica el proceso de atención de las actividades que se contraten, se asignara talento humano, idóneo, cualificado, profesional y técnico que se requiera de acuerdo con las acciones o actividades contempladas de intervención

Talento humano operativo

Cantidad	Cargo	Perfil
1	Coordinador Técnico Operativo	Profesional de la salud, con posgrado en epidemiología y/o Salud Publica
1	Coordinador Científico	Médico Internista - Nefrólogo
2	Apoyo Científico	Médico Internista – Nefrólogo
1	Médico internista	Médico especialista en medicina interna
1	Auditor en Salud (Líder)	Médico con especialización en Auditoría en Salud y Sistemas de Calidad
2	Auditor en Salud	Profesional de la salud con especialización en Auditoría en Salud
1	Epidemiólogo	Profesional de salud con especialización en Epidemiología
4	Nutricionista y Dietista	Profesional en Nutricional y Dietética
4	Psicólogo	Profesional en Psicología
4	Enfermera	Profesional en enfermería
4	Trabajador Social	Profesional en trabajo Social

Equipo Administrativo

Cantidad	Cargo	Perfil
1	Administrador	Ingeniero Industrial oAdministrador de Empresas con experiencia en el sector salud
1	Apoyo Administrativo	Ingeniero Industrial o administrador
1	Apoyo Administrativo	Contador
3	Apoyo Administrativo	Tecnólogo en Salud

RECURSOS LOGISTICOS, INSUMOS:

Incluirá todos a aquellos elementos de base que permitan realizar intervenciones adecuadas, sin que afecten la calidad de la atención, de acuerdo con los planteamientos establecidos en la propuesta.

METODOLOGÍA

1. Para la actualización del censo de la población con enfermedades precursoras de Enfermedad Renal Crónica de cada EAPB (diabetes mellitus tipo II e hipertensión arterial crónica) que opera en el distrito de Barranquilla, se utilizarán las bases de datos de la BDUA, ADRES y CAC de Enfermedad Renal Crónica y que sean suministradas por la Secretaría deSalud Distrital. Se hará

la descripción y comparación de la prevalencia de ERC, su estadio y enfermedades precursoras por cada EAPB, para ello se consolidará la información en tablas y gráficos por cada EAPB y una general.censo inicial se actualizará conforme al avance del proyecto. Para esto se construirán los instrumentos necesarios con los profesionales de epidemiología, médicos internistas, nefrólogos y el equipo interdisciplinario de apoyo.

2. Para la clasificación de la población con diagnóstico de Enfermedad RenalCrónica y estadios por cada EAPB subsidiada que operan en el Distrito de Barranquilla y sus características sociodemográficas (edad, sexo, estratosocioeconómico), se solicitará la base de datos de pacientes con ERC y enfermedades precursoras a las diferentes EAPB previa concertación con la Secretaría Distrital de Salud.
3. Para la verificación de la información sobre la red integral de prestadores de servicios en los programas de enfermedad renal crónica y patologías precursoras: diabetes mellitus e hipertensión arterial; en cada EAPB del régimen subsidiado que operan en el Distrito de Barraquilla, conforme a la resolución 1441 de 2016: capacidad instalada y la oferta en la prestacióndel servicio desde la atención primaria hasta la atención especializada integral para el paciente renal crónico; se solicitará el concurso de las diferentes áreas pertinentes de la Secretaría de Salud Distrital y se dispondrá de auditores en salud externos para que coordinen con el talento humano de la Secretaria de Salud.
4. Para evaluar la adherencia a la atención de la enfermedad renal crónica según los estadios se hará seguimiento al cumplimiento de la observación de las guías de atención de la ERC dispuestas y adoptadas por el Ministerio deSalud y protección Social (Guías KDIGO), en los pacientes con riesgo y/o con diagnóstico de enfermedad renal crónica (Pruebas de laboratorio, tratamiento farmacológico, terapias de reemplazo renal y otras complicaciones) vigilar el cumplimiento de la Ruta de Atención Integral en Salud para la promoción y mantenimiento de la salud en la población con diagnóstico de ERC y enfermedades precursoras; apoyados en el instructivode la circular 0001 de 2022 de la Supersalud- GUIA GAUDI, relacionados conla RIA de promoción y mantenimiento de la salud; se solicitará el apoyo de los funcionarios de la Secretaría de Salud Distrital para la entrega de la información necesaria relacionada con el seguimiento a las EAPB.
5. Se aplicarán los criterios componentes de aseguramiento, prestación de servicios y prestación de servicios de promoción y prevención relacionados con la ERC y patologías precursoras. Se solicitará a la secretaria de salud que proporciones los medios normativos y/o legales que considere necesarios, para realizar revisión aleatoria de los registros clínicos de pacientes de las cohortes de hipertensión arterial, diabetes mellitus y enfermedad renal crónica, para verificación del cumplimiento de los indicadores mínimos para evaluar los resultados clínicos en pacientes con diagnóstico de enfermedad renal crónica estadificada 1- 4 y 5 sin diálisis, hipertensión arterial y diabetes mellitus (consenso de la cuenta de alto costo 2016). Se realizará por nuestros auditores externos y el apoyo de los funcionarios de la secretaria de salud Distrital.
6. Se realizará capacitación para fortalecer el cumplimiento de actividades de promoción y prevención, para la minimización de los factores de riesgo, se realizarán capacitaciones dirigidas a los equipos de las diferentes EAPB, a su talento humano en salud y el de la red de prestadores contratadas; como también a la población con enfermedad renal crónica y patologías precursoras, dirigidas a la población asegurada en las diferentes EAPB del régimen subsidiado del distrito de Barranquilla; se utilizara los profesionales contratados por C&S GAMMA SAS con el apoyo de los funcionarios de la Secretaria de Salud Distrital.

7. Capacitación en guías de manejo actualizadas a través de capacitaciones y conferencias magistrales, a cargo de especialistas en nefrología y otras disciplinas de la salud, dirigidas al talento humano de los equipos de salud tanto primarios como especializados y los de apoyo referentes de cada EAPBy su red prestadora de servicio; a los funcionarios de la salud del ente territorial; con el objeto que la información y propósitos, sea socializada al resto de funcionarios de las entidades involucradas y demás partes interesadas. Los temas por tratar serán:

1. Epidemiología, definición y factores de riesgo de la ERC.
2. Evaluación, diagnóstico y estratificación, manejo de la proteinuria.
3. Prevención y Progresión de la ERC tanto en el paciente diabético comoHipertensos y manejo de las comorbilidades y referencia al nefrólogo.

Para el logro de este objetivo se realizará una capacitación con participación de prestigiosos médicos especialistas en medicina interna y nefrología, profesionales en nutrición y dietética, psicólogos.

1. Para ampliar la difusión masiva para la promoción, prevención y mantenimiento de la ERC, se utilizarán afiches que contienen información y recomendaciones relacionadas con la ERC y patologías precursoras, las cuales serán colocadas estratégicamente en las diferentes EAPB y red pública de prestadores de servicios del Distrito de Barranquilla.
2. Se entregarán folletos con información pertinente a la ERC y sus factores deriesgo dirigida a la población usuaria y demás partes interesados que asistena los diferentes centros de atención Públicos del Distrito de Barranquilla.
3. Se aplicarán encuestas dirigidas a la población usuaria para determinar, la percepción de satisfacción de los servicios prestados por cada EAPB y su red de prestadores, relacionados con la oportunidad y calidad de los servicios.
4. Para el seguimiento a la oportunidad y calidad de la prestación de los servicios de salud a los pacientes con ERC y/o enfermedades precursoras; nos apoyaremos en la **Guía GAUDI,** herramienta dispuesta para desarrollar la Circular 001 de 2020 de la Supersalud. *Se utilizarán solo los criterios de esta guía relacionados con la ERC, para realizar estas acciones,se solicitará el acompañamiento de los funcionarios del ente territorial.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

De las actividades a desarrollar en cumplimiento del objeto, el cual tendrá un plazo máximo de tres (3) meses.

ítem	Subtemas	Tiempo de ejecución			
		MES 1		MES 2	MES 3
		2	3-4	5-6-7-8	9-10
1	Elaboración del documento de suscripción y actade inicio del contrato entre el supervisor y elcontratista.				
2	Revisión documental, construcción y ajustes de instrumentos a utilizar durante la ejecución del proyecto.				
3	Actualización del censo de enfermedades precursoras de enfermedad renal crónica de cada EAPB que opera en el distrito de Barranquilla: Diabetes mellitus tipo II e hipertensión arterial crónica.				

4	Clasificación por estadios la población con enfermedad renal crónica afiliada a cada EAPB que operan en el distrito de Barranquilla.				
5	Desarrollo de visitas para verificación del estado de habilitación de la red Visitas a las diferentes EAPB e IPS de su red deprestadores domiciliada en el distrito de Barranquilla, para socializar el objeto contractual y verificar capacidad instalada dispuesta para la atención de la ERC. Visitas a EAPB que operan en el distrito deBarranquilla. Visitas a IPS con domicilio en Barranquilla parainformación.				
8	Verificación del cumplimiento de la RIA para la promoción y mantenimiento de la salud en la población con diagnóstico de ERC y enfermedades precursoras; apoyadas en los criterios del instructivo de la circular 001 de 2020 de la Supersalud- GUIA GAUDI; establecidos para el seguimiento de los componentes de aseguramiento y prestación de servicios de promoción y mantenimiento de la salud, relacionados con la ERC.				
7	Evaluación de la adherencia de la atención integral al paciente con ERC.				
9	Realización de capacitaciones a profesionalesde la EAPB, IPS y pacientes con ERC y enfermedades precursoras y veedores.				
10	Informe de descripción de hallazgos				
12	Construcción de informe final que consolida lasactividades realizadas y los resultados.				
13	Presentación a la Secretaría de Salud Distrital delinforme final por parte del equipo de trabajo.				

Obligaciones Generales:

1. Cumplir con las cotizaciones al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales durante la ejecución del contrato.
2. Mantener actualizados todos sus documentos en el Distrito, especialmente el RUT. En caso de algún cambio en su situación tributaria deberá presentar un nuevo RUT al área de cuentas de la secretaria general del Distrito y/o a la Oficina de Contabilidad de la Secretaria Distrital de Hacienda
3. Indicar al momento de presentar la propuesta si es o no responsable del IVA.
4. Mantener actualizada la hoja de Vida y la Declaración de bienes y rentas en el Sigep
5. Realizarse el Examen Médico Ocupacional de conformidad con el Decreto 1072 de 2015 y mantenerlo vigente durante la ejecución del contrato
6. Afiliarse al Sistema de Riesgos Laborales
7. Asistir a las reuniones presenciales o virtuales que sean programadas por parte de la Secretaría Distrital de Salud,
8. Cumplir con las demás obligaciones que se deriven de la esencia o naturaleza del contrato.
9. Mantener estricta reserva y confidencialidad sobre la información que conozca por causa o con ocasión del contrato.

10. Responder y hacer uso de los bienes que le sean asignados para el desarrollo de sus obligaciones y hacer entrega de los mismos en el estado en que los recibió, salvo su deterioro normal, o daños ocasionados por caso fortuito o fuerza mayor.
11. Presentar al supervisor el del contrato un informe mensual sobre las actividades realizadas durante la ejecución del contrato.
12. Prestar los servicios en los términos y condiciones establecidas y formuladas en la propuesta y requeridas por el Distrito.
13. Pagar los Impuestos a que haya lugar.
14. Asumir los gastos y riesgos que implica el desarrollo del contrato bajo su propia responsabilidad.
15. Efectuar el cargue de los documentos precontractuales a su cargo en la plataforma SECOP II.

Obligaciones Específicas

1. Establecer el censo actualizado de enfermedades precursoras de Enfermedad Renal Crónica de cada EAPB que opera en el distrito de Barranquilla: diabetes mellitus tipo II e hipertensión arterial crónica.
2. Clasificar por estadios la población con enfermedad renal crónica afiliada a cada EAPB que operan en el Distrito de Barranquilla.
3. Verificar el estado de habilitación de la red integral de prestadores de servicios en los programas de enfermedad renal crónica y patologías precursoras: diabetes mellitus e hipertensión arterial; en cada EAPB que operan en el Distrito de Barranquilla, verificando la capacidad instalada actual.
4. Evaluar la adherencia de la atención integral de la ERC según los estadios y fases de la enfermedad por cada EAPB que opera en el distrito de Barranquilla, observando las guías de atención dispuestas y adoptadas por el Ministerio de Salud y protección Social (Guías KDIGO), en los pacientes con riesgo y/o con diagnóstico de enfermedad renal crónica (pruebas de laboratorio, tratamiento farmacológico, terapias de reemplazo renal y otras complicaciones).
5. Evaluar el cumplimiento con la Ruta de Atención Integral en Salud para la promoción y mantenimiento de la salud en la población con diagnóstico de ERC y enfermedades precursoras; apoyados en el instructivo de la circular 0001 de 2020 de la Supersalud – *Guía* de Auditoria y la estructura del Informe de Auditoría GAUDI, relacionados con la RIA de promoción y mantenimiento de la salud, aplicando los criterios componentes de aseguramiento, prestación de servicios, incluyendo los de promoción y mantenimiento de la salud, aplicando los criterios componentes de aseguramiento, prestación de servicios de promoción y prevención relacionados con la ERC y patologías precursoras. Además, establecer y priorizar los factores que hacen que los pacientes no cumplan las indicaciones médicas para la protección renal.
6. Capacitar en guías de manejo actualizadas a cargo de especialistas en nefrología y equipo multidisciplinario, dirigidas a los talentos humanos de los equipos de salud tanto primarios como especializados y los de apoyo referente de cada EAPB y su red prestadora de servicio; a los funcionarios de la salud del ente territorial.

IV. ANALISIS ECONOMICO

El valor estimado del futuro contrato es de **QUINIENTOS CINCUENTA MILLONES DE PESOS M/L ($550.000.000).** Incluidos los tributos que se generen con ocasión a la celebración, ejecución y liquidación del contrato. El valor del precitado contrato se encuentra exento de IVA teniendo en cuenta que, tal y como se observa en el presente documento, los servicios objeto de contratación descritos básicamente se encuentran vinculados con la promoción y prevención de la salud; éstos encajan dentro de los servicios médicos excluidos en los términos del numeral 1º del artículo 476 del Estatuto Tributario, cuyo tenor literal es el siguiente:

SERVICIOS EXCLUIDOS DEL IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS. (Mod. Art. 10º Ley 1943 de 2018). Se exceptúan del impuesto los siguientes servicios y bienes relacionados: Los servicios médicos, odontológicos, hospitalarios, clínicos y de laboratorio, para la salud humana.

El futuro contrato tendrá un plazo de ejecución hasta el treinta y uno 31 de diciembre de 2022, previo suscripción del acta de inicio y cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución.

Conforme a lo señalado en el literal h), numeral 4 del artículo 2 de la Ley 1150 de 2007, y en el artículo 2.2.1.2.1.4.9. del Decreto 1082 de 2015, que contempla la prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión, la modalidad de selección procedente corresponde a CONTRATACIÓN DIRECTA.

Por lo anterior, el contrato se suscribirá de manera directa con el contratista que se encuentre en capacidad de ejecutar el objeto del contrato y cuente con la idoneidad y experiencia requerida y relacionada con el área de que se trate.

Para constancia se firma en Barranquilla en el mes de septiembre de 2022

Juan P. Collante F

JUAN P. COLLANTE F.
Asesor Externo
Secretaría General del Distrito

PRESUPUESTO

COSTOS DIRECTOS	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL INVERSION
COSTOS DE PRESTACION DE SERVICIOS	$ 4.300.000	$ 9.000.000	$ 6.000.000	**$ 19.300.000**
PERSONAL	**$ 148.000.000**	**$ 148.000.000**	**$ 148.000.000**	**$ 444.000.000**
Coordinador Técnico Operativo	$ 7.000.000	$ 7.000.000	$ 7.000.000	
Coordinador Científico	$ 8.500.000	$ 8.500.000	$ 8.500.000	
Medico internista - nefrologo	$ 14.000.000	$ 14.000.000	$ 14.000.000	
Apoyo Científico	$ 13.000.000	$ 13.000.000	$ 13.000.000	
Auditor en Salud Líder	$ 7.000.000	$ 7.000.000	$ 7.000.000	
Auditor en Salud	$ 13.000.000	$ 13.000.000	$ 13.000.000	
Epidemiólogo	$ 5.500.000	$ 5.500.000	$ 5.500.000	
Enfermera	$ 20.000.000	$ 20.000.000	$ 20.000.000	
Psicologa	$ 20.000.000	$ 20.000.000	$ 20.000.000	
Trabajdora social	$ 20.000.000	$ 20.000.000	$ 20.000.000	
Nutrición y Dietética	$ 20.000.000	$ 20.000.000	$ 20.000.000	
TOTAL, COSTOS DIRECTOS	**$ 152.300.000**	**$ 157.000.000**	**$ 154.000.000**	**$ 463.300.000**
COSTOS INDIRECTOS				
COSTO DE APOYO Y GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	$ 28.900.000	$ 28.900.000	$ 28.900.000	$ 86.700.000
TOTAL, COSTOS INDIRECTOS	**$ 28.900.000**	**$ 28.900.000**	**$ 28.900.000**	**$ 86.700.000**
COSTOS TOTALES	**$ 181.200.000**	**$ 185.900.000**	**$ 182.900.000**	**$ 550.000.000**

VALOR TOTAL DEL PRESUPUESTO	$ 550.000.000