Fortalecimiento de la Gestión Territorial En APS

Equipos Básicos de Salud: conformación, operación y seguimiento.

Resolución 1735 de 2023
Resolución 1778 de 2023
Resolución 1895 de 2023
Resolución 2026 de 2023
Resolución 2084 de 2023
Resolución 2153 de 2023

Enero del 2024

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO MARTINEZ
Ministro de Salud y Protección Social

JAIME HERNÁN URREGO RODRIGUEZ
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

GINA ROSA ROJAS FERNADEZ
Directora de Promoción y Prevención

LIBIA ESPERANZA FORERO GARCÍA
Directora de Prestación de Servicios y Atención Primaria

EQUIPO TECNICO ELABORACIÓN DOCUMENTO

Despacho Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios
Claudia Beatriz Naranjo Gómez. Consultora OPS (Organización Panamericana de la Salud)
Gloria Milena Gracia Charry. Asesora del Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios

Dirección de Promoción y Prevención
Sandra Liliana Fuentes Rueda. Profesional Especializado
Johana Segura Camelo. Contratista
Ana Maria Cobos Baquero. Contratista

Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria en Salud
Martha Liliana Chaparro Trujillo. Subdirectora de Prestación de Servicios
Erika Alejandra Ramírez Gordillo. Coordinadora Grupo de Atención Primaria en Salud
Ana Mejía Parra. Contratista
Leydi Tatiana Velandia Garavito. Contratista

EQUIPO TECNICO DEFINICIÓN Y ELABORACIÓN DE INSTRUMENTO DE CARACTERIZACIÓN

Dirección de Promoción y Prevención
Mónica Patricia Meza Cárdenas. Contratista

Grupo de Gestión PyP
Maria Belen Jaimes, Profesional especializado
Adriana Marcela Pérez Camacho. Contratista

Grupo curso de vida
Monica Genith Castro. Profesional especializado
Lia Marcela Güiza. Contratista
Magaly Jaimes Ballesteros. Profesional especializado

Grupo convivencia y ciudadanía
Diana Carolina Fonseca Fonseca. Profesional especializado

Grupo salud sexual y derechos sexuales y reproductivos
Ricardo Luque Nuñez. Profesional especializado.

Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Julián Trujillo Trujillo. Profesional especializado

Subdirección de Salud Nutricional, Alimentos y Bebidas
Yenny Consuelo Velosa Melgarejo. Contratista
Juanita Del Pilar Hernandez. Contratista

Subdirección de Salud Ambiental
Jasbleidy Lizarazo. Contratista

Subdirección de Salud Mental
Bibian Moreno. Profesional especializado

Oficina de Calidad
Luz Adriana Zuluaga. Jefe Oficina de Calidad
Claudia Silenia Niño. Contratista

Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación
Henry Diaz Dussan. Jefe OTIC
William Giraldo Valencia. Contratista
Jorge William Ruiz Benavides. Contratista.
Jeannett Adriana Umaña Gutierrez. Contratista.
Natalia Andrea Buitrago Huertas. Contratista.
Cilia Angelica Sabogal Scarpetta. Contratista.

Grupo de Comunicaciones
Hernan Mauricio Suarez Acosta. Contratista

© Ministerio de Salud y Protección Social
Carrera 13 No. 32 76
PBX: (57-1) 330 50 00
FAX: (57-1) 330 50 50
Línea de atención nacional gratuita: 018000 91 00 97 - Bogotá D.C., Colombia

TABLA DE CONTENIDO

1 INTRODUCCIÓN 6

2 JUSTIFICACIÓN 7

3 ASPECTOS CONCEPTUALES 9

4 OBJETIVOS 13

5 COMPONENTES PARA LA OPERACIÓN DE LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD EN EL TERRITORIO 14

5.1 Planeación Programática y Operativa en Salud 14

5.1.1 Entidades territoriales departamentales y distritales 14

5.1.2 Entidades territoriales municipales 14

5.1.3 Empresas Sociales del Estado – Equipos Básicos de Salud –EBS 14

5.1.4 Resumen de resultados: Planeación Programática y Operativa en Salud a cargo de la Empresa Social del Estado – ESE- Equipos Básicos de Salud –EBS. 15

5.2 Conformación de los Equipos Básicos de Salud –EBS en los microterritorios 16

5.2.1 Orientaciones para la conformación de equipos básicos de salud 16

5.2.2 Dispositivos médicos por equipo básico de salud 17

5.2.3 Tiempo de operación 18

5.3 Operación de los equipos básicos de salud –EBS en los microterritorios 18

5.3.1 Responsabilidades de los equipos básicos de salud - EBS 19

5.3.2 Resumen de resultados: Operación de los equipos básicos de salud –EBS en los microterritorios 19

5.4 Continuidad de la atención en la red integrada de servicios de salud y la oferta intersectorial 21

5.4.1 Dinámica de atención 22

5.4.2 Referencia y Contrarreferencia 22

5.4.3 Gestión para el acceso a servicios sociales, sociosanitarios, dispositivos y estrategias comunitarias e intervenciones ambientales 23

5.5 Resumen de resultados: Continuidad de la atención en la red integrada de servicios de salud y la oferta intersectorial 23

6 SEGUIMIENTO Y MONITOREO 25

6.1 Responsabilidades de seguimiento y monitoreo en relación con la gestión territorial basada en la atención primaria en salud- APS y la conformación y operación de los equipos básicos de salud. 25

6.1.1 Entidades territoriales departamentales y distritales 25

6.1.2 Entidades territoriales municipales 25

6.1.3 Empresas Sociales del Estado 25

6.2 Evaluación de la implementación basado en indicadores 26
6.3 Seguimiento a través de PISIS 27
7 INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL 30
7.1 Superintendencia Nacional de Salud 30
7.2 Veeduría y control social 30
8 INSTRUMENTOS 31
8.1 Formulario para caracterización - Equipos Básicos de Salud 31
8.2 Planes De Cuidado Participativos 31
9 COSTOS INDIRECTOS 32
10 ANEXOS 33
11 Bibliografía 44

1 INTRODUCCIÓN

A través de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 (1) se regula la salud como un Derecho Fundamental autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo y se establece como obligación del estado la formulación y adopción de políticas de salud dirigidas a “garantizar el goce efectivo del derecho en igualdad de trato y oportunidades para toda la población, asegurando para ello la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del Sistema”.

Según lo establecido en la citada Ley, la garantía del Derecho a la Salud comprende “el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud”; sin embargo, persisten en el país graves restricciones para el acceso a los servicios de salud (2) que se materializan en bajas coberturas de indicadores de protección específica y detección temprana (3), hospitalizaciones que pueden prevenirse con una atención oportuna y de calidad en el nivel primario, atención de enfermedades que tienen gastos muy altos derivados de tratamientos y medicamentos a pesar de que pueden prevenirse con el control de factores de riesgo (4) y mortalidad evitable.

Para garantizar el derecho fundamental a la salud en el país se hace necesario concentrar esfuerzos y recursos humanos y financieros que permitan hacer efectiva la Atención Primaria en Salud- APS en los territorios. La APS es entendida como una estrategia intersectorial, centrada en las personas, familias y comunidades y orientada a los mayores estándares en materia del derecho humano a la salud, con atributos de accesibilidad, longitudinalidad, integralidad y coordinación (5) y acciones universales, territorializadas, sistemáticas, permanentes y participativas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define que el modelo de atención en salud organiza los componentes del sistema de servicios de salud, con el fin de contribuir a su función colectiva cumpliendo el derecho a la salud, basado en territorio y población. Desde la Estrategia de Atención Primaria en Salud - APS esta interacción se realiza a través de redes de atención integradas e integrales institucionales y comunitarias, enfatizando la participación de la población en la generación de la salud.

Asumir la estrategia de APS en el país de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente, implica el desarrollo de los principios y elementos centrales de su implementación tales como: primer contacto a través de equipos básicos de salud; abordaje familiar y comunitario; atención integral, integrada y continua; énfasis en la promoción y prevención; participación social incidente y decisoria; enfoque territorial, interculturalidad e intersectorialidad para la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud. En el marco de esta estrategia se posiciona la necesidad de fortalecer el nivel primario para proveer servicios de salud integrados y accesibles, con personal de salud que se hace responsable de identificar y gestionar las situaciones en salud de las personas, familias y comunidades y con participación comunitaria, promoviendo el cuidado de la salud en el contexto de la familia y la comunidad, siendo además el enlace entre las y los ciudadanos y el sistema de salud.

El presente documento orienta la gestión territorial en Atención Primaria en Salud con Equipos Básicos de Salud que se constituyen en el marco de la operación del nivel primario de atención en puerta de entrada y primer contacto de las personas, familias y comunidades con el sistema de salud, buscando establecer condiciones para la materialización del goce efectivo del derecho a la salud, la afectación positiva de determinantes sociales de la salud y la reducción de inequidades en salud en los territorios.

2 JUSTIFICACIÓN

El reconocimiento del carácter histórico social del proceso salud-enfermedad circunscrito dentro de la colectividad humana, implica la generación de conocimiento respecto a la determinación de estos procesos y la construcción de respuestas que aborden este proceso como un fenómeno colectivo y como hecho social (6).

La promulgación de la salud como un derecho constitucional fundamental que tiene relación de conexidad con el derecho a la vida, el derecho a la integridad personal y el derecho a la dignidad humana y que debe ser garantizado por el Estado en los diferentes ámbitos de la vida humana, reconociendo las diferencias tanto sociales como ambientales que existan entre los diferentes grupos de personas (7), requiere de una respuesta sectorial y transectorial que esté sustentada en el concepto de equidad en salud desde un enfoque multidimensional, en donde se definan aspectos relacionados con el logro de la salud y la posibilidad de lograr buena salud, incluyendo la justicia de los procesos y prestando atención a la ausencia de discriminación en la prestación de la asistencia sanitaria (8).

La Constitución Política de Colombia, en su artículo 49 establece que la salud es un servicio público a cargo del Estado y que se debe garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación en salud. De igual forma el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales define en su artículo 12 que los Estados Partes reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental para lo cual adoptarán medidas que permitan asegurar la plena efectividad de este derecho.

En coherencia con lo anterior la Ley 1438 de 2011, señala en su artículo 12 que "(…) La Atención Primaria en Salud es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud" y establece en el marco de su implementación la necesidad de contar con "Talento humano organizado en equipos multidisciplinarios, motivado, suficiente y cualificado".

Aunque se encuentra regulada desde el año 2011, la implementación de la Atención Primaria en Salud en el país ha tenido importantes limitaciones y aún no ha sido posible superar la segmentación y fragmentación de los servicios de salud, la débil coordinación intersectorial, las dificultades para la integralidad, continuidad y accesibilidad a los servicios y el centralismo en la atención de las enfermedades, a pesar de lo establecido en la Ley 1751 de 2015 en relación con el acceso a los servicios de salud y los mandatos de la Honorable Corte Constitucional orientados a que la política pública de salud se fundamente en la "prevención" de las dolencias y no en la curación.

Sumado a lo anterior en noviembre de 2023 el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) (9), estableció recomendaciones relacionadas con "mejorar la calidad y resolutividad de la Atención Primaria en Salud en el país evitando prestar atenciones en instancias intensivas en recursos cuando no es necesario. En el estudio de caso desarrollado por este organismo se identificó que 17% del gasto en hospitalizaciones corresponde a hospitalizaciones que pueden evitarse con una atención primaria oportuna y adecuada; el 20% del gasto total se destina a la atención de patologías que se pueden prevenir controlando cuatro factores de riesgo (tabaquismo, uso de alcohol y falta de actividad física y de una alimentación adecuada) y que la tasa de uso de urgencias en Colombia es el doble de los países de referencia.

En la búsqueda de “mejorar el bienestar y la salud de las personas sin exclusiones, fortalecer el sistema de salud y aumentar su capacidad resolutiva frente a los desafíos presentes y contingentes” de acuerdo con lo establecido en la Ley 1751 de 2015; el Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 “Colombia Potencial Mundial de la Vida”, propone: “optimizar el modelo de salud con enfoque promocional y preventivo basado en la Atención Primaria en Salud (APS) y establece la necesidad de desarrollar equipos interdisciplinarios territorializados permanentes y sistemáticos, para garantizar la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, a través de la coordinación de acciones sectoriales e intersectoriales.

De acuerdo con lo anterior la conformación y operación de equipos básicos de salud se establece como una prioridad para propender por la garantía del derecho fundamental a la salud de las personas, familias y comunidades en los territorios. La estructura, organización y dinámica de estos equipos responderá a las características de la comunidad y a las condiciones socio culturales, ambientales, demográficas con respuestas favorezcan el acceso de la población a los servicios de salud, la integración entre servicios y modalidades de atención en salud y la articulación intersectorial para el desarrollo de acciones complementarias desde los otros sectores que fortalezcan el cuidado de la salud y la afectación positiva de determinantes sociales de la salud.

3 ASPECTOS CONCEPTUALES

3.1. Territorio social, Territorialización y Territorialidad en salud.

El territorio es el escenario fundamental donde transcurre la vida. En él se expresa la condición de existencia material de las sociedades, establecida por los procesos sociales, culturales, económicos y político productivos y reproductivos que se dan en su interior. El territorio es considerado como espacio de expresión de procesos que implican una triada inseparable – territorio-territorialidad-territorialización, que reconoce la producción social y describe como diferentes actores sociales se apropian, representan y dotan los territorios de sentido. Entender y abordar el concepto de territorio es fundamental para comprender las inequidades en los procesos de salud-enfermedad y muerte, es decir, las diferencias en las formas de enfermar y morir, en las formas de sufrir y en las posibilidades de bienestar (6) (7).

El territorio se relaciona con el contexto social, comunitario y las características de los ecosistemas y los procesos salud-enfermedad y muerte que configuran “entornos’, ‘contextos’, ‘escenarios’ y ‘determinantes sociales de la salud’, es decir como expresión socio-biológico-histórico-territorial de la salud-enfermedad. Por lo tanto, el territorio social en salud es entendido como el espacio físico-social donde transcurre la vida de las personas, familias y comunidad, en donde se producen los procesos de salud y enfermedad, modulados por la interacción de los determinantes sociales, diferenciados por los niveles geopolíticos: regional, departamental, subregional, municipal en zonas urbanas y rurales (corregimientos y veredas), que comparten condiciones físicas, ambientales y socioculturales.

El territorio se encuentra contenido en un área geográfica en el marco de la definición establecida en el artículo 2.11.3. del Decreto 780 de 2016, comprendida como la organización de unidades geográficas contiguas, que comparten características socioeconómicas y culturales pero que son heterogéneas y diferenciadas en sus relaciones funcionales y complementarias en cuanto a sus capacidades. Estas pueden ser regionales y subregionales.

3.2. Gestión territorial de la Atención Primaria en Salud

La gestión territorial corresponde al conjunto de procesos y acciones que realiza el ente territorial en salud con otros actores a nivel sectorial e intersectorial para lograr la implementación del cuidado de la salud que reconozca las prioridades en relación con el derecho a la salud, alimentación y nutrición, y demás derechos; las particularidades de los contextos y elementos propios del desarrollo de la población y el territorio. Comprende la gestión de la política, la gestión intersectorial, Gestión intercultural, la adecuación de la arquitectura institucional, la asistencia técnica para el desarrollo de capacidades de los actores del Sistema de Salud (8)

Para la gestión territorial de la atención primaria en salud, el MSPS (9) propone cuatro (4) acciones simultáneas e interdependientes, como son: (i) compresión y planeación de la respuesta en salud en el territorio; (ii) abordaje territorial de la salud; (iii) continuidad de la atención en la red integral e integrada territorial de salud, y, (iv) seguimiento a la gestión territorial del cuidado de la salud basado en APS; es importante precisar que en estas acciones se enmarcan los componentes para la operación de los equipos básicos de salud en el territorio.

3.3. Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud - RIITS

Las Redes integrales e integradas son el conjunto de organizaciones de prestadores de servicios de salud públicos, privados, mixtos e indígenas, proveedores de tecnología, organizaciones comunitarias y estructuras y formas de cuidado que brindan atención en promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y asistencia para la muerte digna. Estas redes se conforman y organizan en un nivel primario y uno complementario que gestionan el proceso de atención en salud de manera coordinada e integrada, a través de los esquemas procedimientos de atención de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, de apoyo clínico, administrativo y logístico que se disponga para la operación de la red**.** Estas redes requieren gestión eficiente e integrada de los componentes, tales como, tecnologías de soporte clínico, sistemas administrativos, asistenciales y de apoyo logístico, recursos humanos, procesos y procedimientos con Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud.

Las redes además de los servicios de salud integran formas de cuidado popular, como terapéuticas integrativas y alternativas de prácticas de salud comunitaria, y saber popular, propio e intercultural[1] desarrolladas por grupos poblacionales y comunidades, como parte de su identidad y prácticas culturales. La importancia de estas formas de cuidado radica en la autonomía y autodeterminación permitiendo a la población desde su cosmovisión y características socioculturales, económicas y políticas, gestionar los asuntos que los afectan y desarrollar sus potencialidades.

3.4. Niveles de atención de las RIIST

Se establecen dos niveles de atención de las RIITS:

a) Nivel primario de atención.

Se conforma a través de organizaciones para la prestación de servicios de salud de carácter individual y colectivo, para la resolución de los eventos más frecuentes y de menor requerimiento tecnológico. La conformación parte del nivel municipal (incluyendo centros de atención primaria, territorios de salud y microterritorios de salud para la gestión de los equipos territoriales de salud, estructuras de base comunitarias y cuidado) y áreas geográficas para la gestión en salud en los territorios para la gestión de la salud.

En este nivel se desarrollan servicios primarios de salud. Corresponden a los servicios de salud de baja y de mediana complejidad, en las diferentes modalidades de prestación previstas en la norma, requeridas de acuerdo con el comportamiento epidemiológico de la población de su área de influencia

En el nivel primario se realiza “la provisión de servicios integrados y accesibles por personal de salud, que se hace responsable por resolver la mayoría de las necesidades de salud de las personas, desarrollando una relación sostenida con la gente, y practicando en el contexto de la familia y la comunidad , siendo además responsable por la salud de un espacio-población, es decir de la

[1] Cuidado de la salud propia e intercultural: Se refiere a las acciones en salud propia - desde la sabiduría ancestral- y complementaria (intercultural) que se realizan con las personas, las familias, las comunidades indígenas y con sus territorios, con el propósito de proteger recuperar y mantener la armonía. Reconoce y fortalece la implementación de las formas del cuidado integral de la salud de cada pueblo, de acuerdo con sus dinámicas políticas, organizativas, territoriales y cosmogónicas para el Buen Vivir y coordina acciones con otras prácticas médicas reconocidas al interior y fuera de las comunidades, siempre que las mismas no vayan en detrimento de los saberes ancestrales y que les permitan la pervivencia física, espiritual y cultural. Plan de Cuidado Para la Vida Colectiva de los Pueblos indígenas PCVCPI –anexo técnico en proceso de expedición, p. 11.

población que vive en un territorio, entendiéndose por el mismo, el espacio, físico, social, económico y cultural en que habitan, estudian, descansan, se recrean y trabajan las personas, las familias y las comunidades”. [2]

Además el PNA desarrolla y fortalece los vínculos más profundos con los individuos, las familias y la comunidad con el resto de los sectores sociales y con las diferentes organizaciones de base comunitaria e intercultural, facilitando así la participación social y la acción intersectorial” (OPS 2022, p.8), su verdadera importancia radica en ser el *primer contacto de los pacientes en el sistema de salud*, y su capacidad para resolver problemas de salud de la población, es fundamental para prevenir la progresión de enfermedades y para garantizar que las personas reciban la atención adecuada y oportuna”[3]

En este contexto del nivel primario se establece a los equipos básicos de salud territorial como “equipos de salud que se integran siguiendo un abordaje transdisciplinario que facilite la coordinación entre los diferentes niveles. Dicho abordaje se centra en el fortalecimiento de la vida saludable en la vida cotidiana, en el ecosistema y en un sistema de cuidados centrado en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la recuperación de las personas con dolencias y/o enfermedades, la rehabilitación y los cuidados paliativos, donde se recurra a nodos con especialistas focales que actúan de soporte”[4]

Por otra parte, el nivel primario deber ser el nodo articulador de las redes integradas**5,** que, por medio de estos equipos transdisciplinares, trascienda *más allá de ser una puerta de entrada al sistema*, está llamado a ser mucho más que un umbral de acceso, debe ser un espacio que *coordine respuestas intersectoriales, comunitarias y terapéuticas* en el proceso de conseguir una población más saludable, y que realice su labor con gran eficacia y efectividad (OPS, 2019)

Teniendo en cuenta que en el marco del Plan Nacional de Desarrollo 2022 - 2026 Colombia Potencia Mundial de la Vida, se busca hacer efectiva la Atención Primaria en Salud - APS, para lo cual es necesaria la creación de Centros de Atención Primaria en Salud - CAPS, que permitan dar cumplimiento a los tres componentes de esta estrategia y generar una respuesta desde el nivel primario de atención con acciones universales, sistemáticas, permanentes, contiguas a los lugares de residencia de la población y territorializadas.

En este contexto las Empresas Sociales del Estado conforme a lo señalado en el numeral c, d y f del artículo 4 del Decreto 1876 de 1.994, obraran como nodo articulador del sistema de cuidado del territorio: “*(…) c. Garantizar mediante un manejo gerencia adecuado, la rentabilidad social y financiera de la empresa social; e) Satisfacer los requerimientos del entorno, adecuando continuamente sus servicios y funcionamiento y f) Garantizar los mecanismos de participación ciudadana”; e*n el contexto de las redes integrales e integradas de servicios de salud, definidas en el capítulo II de la Ley 1438 de 2011 (artículos 60 al 64).

[2] Organización Panamericana de la Salud. Ampliación del acceso equitativo a los servicios de salud. Recomendaciones para la transformación de los sistemas de salud hacia la salud universal es_ES dc.type Handbook/field guide [Internet]. Pan American Health Organization; 2022 [cited 2023 Jan 10]. Available from: https://iris.paho.org/handle/10665.2/55657
[3] Organización Panamericana de la Salud OPS y Organización Mundial de la Salud. Capacidad Resolutiva del Primer Nivel de Atención PNA. Unidad Técnica de Servicios de Salud y acceso. 2023.
[4] Organización Panamericana de la Salud. “Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata”. Informe de la Comisión de Alto Nivel. Edición revisada. Washington, D.C.: OPS; 2019.Página 19.
5 Ibidem. Página 42.

b) *Nivel* complementario

Se conforma a través de organizaciones para la prestación de servicios individuales con mayor requerimiento tecnológico con el fin de brindar una respuesta en salud para aquellos eventos que requieran tecnologías y talento humano en salud no disponibles en el nivel primario y garantizar la integralidad, continuidad y resolutividad para la población.

3.5. Equipos Básicos de Salud -EBS- de Territorios Saludables

Los Equipos Básicos de Salud corresponden a la estructura funcional y operativa de los prestadores de servicios de salud, en capacidad de ejecutar atenciones de forma permanente y sistemática para el cuidado integral de la salud de las personas y familias por curso de vida en los diferentes entornos, bajo enfoque diferencial poblacional y territorial, en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud.

Este equipo garantiza el contacto permanente con las personas, familias y comunidades para el acceso a la atención en salud, incluyendo la valoración integral para la promoción de la salud y la detección temprana de alteraciones, protección específica, diagnóstico y tratamiento. Prestarán servicios a las personas, familias y comunidades en el territorio asignado mediante la modalidad extramural, con la articulación para la continuidad del cuidado en el contexto de las redes.

4 OBJETIVOS

Objetivo General

Orientar el fortalecimiento de la gestión territorial basada en atención primaria en salud- APS y la operación de los Equipos Básicos de Salud en el marco de la implementación del modelo de salud preventivo y predictivo para avanzar en la garantía del derecho fundamental a la salud en los Departamentos, Distritos y Municipios del País.

Objetivos específicos

- Definir los componentes para la operación de los equipos básicos de salud en el territorio a cargo de las Empresas Sociales del Estado y de las Entidades Territoriales municipales para el fortalecimiento de la atención primaria en salud a través de la conformación de los equipos básicos de salud.

- Articular las acciones de los Equipos Básicos de Salud a los procesos de participación social, intersectorialidad y continuidad en la atención propendiendo por la territorialización del Modelo de Salud basado en Atención Primaria en Salud.

- Establecer las responsabilidades de seguimiento, monitoreo y evaluación de los resultados de la gestión territorial de los actores del Sistema de Salud conforme competencias.

5 COMPONENTES PARA LA OPERACIÓN DE LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD EN EL TERRITORIO

Las acciones descritas en el presente lineamiento se orientan al fortalecimiento de capacidades para la gestión territorial de la Atención Primaria en Salud, incluyendo la conformación, operación, seguimiento y evaluación de equipos básicos de salud orientados a favorecer el acceso de las personas, familias y comunidades a los servicios de salud en el marco de la operación del nivel primario de atención que se constituye en puerta de entrada y primer contacto de la población con el sistema de salud. Se definen elementos estratégicos a cargo de las Empresas Sociales del Estado-ESE, los equipos básicos de salud y las Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, como autoridades sanitarias, conforme a competencias.

5.1 Planeación Programática y Operativa en Salud

La planeación programática y operativa de los Equipos Básicos de Salud incluye las acciones de posicionamiento para la integración de la estrategia de equipos básicos de salud en el proceso de formulación e implementación de los Planes Territoriales de Salud Departamentales, Distritales y Municipales, su inclusión dentro del plan de acción en salud (PAS), así como la definición del plan de trabajo para la operación de los equipos básicos de salud a cargo de la Empresa Social del Estado-ESE.

Los responsables de la planeación programática y operativa de los Equipos Básicos de Salud tienen las siguientes funciones:

5.1.1 Entidades territoriales departamentales y distritales

a) Integrar la operación de los equipos básicos de salud en el proceso de formulación e implementación del Plan Territorial de Salud- PTS y el Plan de Acción en Salud - PAS.
b) Planear y ejecutar las intervenciones de salud pública de acuerdo con las necesidades de la población garantizando la concurrencia de actores y recursos en el territorio.
c) Suministrar información y participar en el proceso de reconocimiento y priorización de los microterritorios en los cuales operarán los equipos básicos de salud en articulación con el municipio/distrito y la Empresa Social del Estado.

5.1.2 Entidades territoriales municipales

a) Integrar la operación de los equipos básicos de salud en el proceso de formulación e implementación del Plan Territorial de Salud- PTS y el Plan de Acción en Salud - PAS.
b) Planear y ejecutar las intervenciones de salud pública de acuerdo con las necesidades de la población garantizando la concurrencia de actores y recursos en el territorio.
c) Orientar el proceso de territorialización para la determinación de los microterritorios en donde operarán los equipos básicos de salud.
d) Suministrar información y participar en el proceso de reconocimiento y priorización de los microterritorios en los cuales operarán los equipos básicos de salud en articulación con la la Empresa Social del Estado.

5.1.3 Empresas Sociales del Estado – Equipos Básicos de Salud –EBS

a) Garantizar el personal de salud para la operación de los equipos básicos de salud conforme a los criterios establecidos en el numeral 5.2.1 del presente lineamiento.

b) Disponer de las herramientas necesarias para la operación de los equipos básicos de salud en los territorios y microterritorios priorizados.
c) Disponer lo requerido para la gestión de la información generada por los equipos básicos de salud y su flujo a los actores y entidades correspondientes garantizando su integración al sistema de información para la atención primaria en salud definido por el Ministerio de Salud y Protección Social, así como los mecanismos de georreferenciación dispuestos para tal fin.
d) Establecer el plan de trabajo del equipo básico de salud y el cronograma de despliegue en los microterritorios.
e) Realizar la territorialización de las familias y comunidades de acuerdo con lo establecido en el anexo 6 del presente lineamiento, la definición del número de equipos y los mecanismos para el seguimiento y monitoreo de la operación de los equipos básicos de salud en articulación con las secretarias de Salud Departamental y Municipal y las comunidades.
f) Garantizar la implementación del instrumento de caracterización (Anexo 7) y del instrumento de plan de cuidado y demás información y herramientas suministradas por el Ministerio de Salud y Protección Social para el cumplimiento de las funciones asignadas.
g) Fortalecer y adecuar sus servicios para dar respuesta a las características y necesidades de la población y del territorio con pertinencia sociocultural, incluyendo las modalidades de prestación requeridas, así como la integración de los equipos básicos de salud bajo los principios de concurrencia, subsidiariedad y coordinación.

5.1.4 Resumen de resultados: Planeación Programática y Operativa en Salud a cargo de la Empresa Social del Estado – ESE- Equipos Básicos de Salud –EBS.

Tabla 1. Actividades, periodicidad, perfiles del talento humano y entregables componente planeación programática y operativa

Nombre de la actividad	Periodicidad	Responsable	Entregables (Medio de verificación)
1. Conformación de los equipos básicos de salud	Mensual	Gerente de la Empresa Social del Estado – ESE	Documento o documentos que soporten el número de equipos conformados y en operación en el mes, la fecha de inicio de operación y el cumplimiento de perfiles por equipos (ver numeral 5.2 tabla 2). Soportes de los costos directos e indirectos.
2. Adquisición de dispositivos médicos	Una (1) vez al inicio del proyecto	Gerente de la Empresa Social del Estado – ESE	Documento o documentos que soporten la adquisición de los dispositivos médicos de acuerdo con el numeral 5.2.2 tabla 3.
3. Elaboración de plan de trabajo y cronograma para el despliegue de los equipos en territorio.	Una (1) vez al inicio del proyecto	Profesional en Enfermería.	Plan de trabajo y cronograma de operación.
4. Planeación de la operación mensual por perfil.	Mensual	Todos los perfiles del Equipo Básico de Salud.	Cronograma mensual de actividades por cada uno de los perfiles que hacen parte de los equipos básicos de salud (ver anexos 3, 4 y 5).
5. Definición de microterritorios.	Una (1) vez al inicio del	Subgerente de servicios o quien	Mapas con la identificación de microterritorios donde operarán los

	proyecto*	haga sus veces Todos los perfiles del Equipo Básico de Salud.	equipos básicos de salud. Documento de aval de los microterritorios donde operarán los equipos, emitido por la secretaría de salud municipal en la vigencia 2024.

Fuente: elaboración propia

*si durante la vigencia de ejecución se requiere la definición de un nuevo microterritorio se deben entregar los productos descritos en el numeral 5 de la tabla 1.

5.2 Conformación de los Equipos Básicos de Salud –EBS en los microterritorios

Las Empresas Sociales del Estado sujetos de asignación de los recursos para la implementación del presente lineamiento, conformarán equipos básicos de salud con los perfiles relacionados en la Tabla N° 2, sin perjuicio de la adaptación que, en razón a la disponibilidad del personal de salud, recurso asignado, tiempo de ejecución del proyecto y las características de las poblaciones y del territorio, deba realizarse.

Tabla 2. Perfiles de los Equipos Básicos de Salud

Perfiles	Número por equipo básico de salud
Auxiliar de enfermería*	4
Profesional en Psicología	1
Profesional en Medicina	1
Profesional en Enfermería	1
Profesional en Nutrición y Dietética, Odontología o Terapias**	1

Fuente: DPSAP -DPYP. 2023.

* Uno de los perfiles del Auxiliar de enfermería puede ser homologado por Auxiliar en Salud Oral, Auxiliar en Salud Pública.
** El perfil se seleccionará de acuerdo con las necesidades en salud observadas en el territorio donde operará el equipo básico.

Para el caso de territorios indígenas la conformación y operación de los equipos básicos de salud deberá ser concertada con las comunidades o pueblos indígenas que habiten en este territorio y podrá incorporar otros perfiles que respondan a la salud propia e intercultural de las comunidades que allí habitan.

5.2.1 Orientaciones para la conformación de equipos básicos de salud

En razón a la disponibilidad y la suficiencia de perfiles, las características de las poblaciones, las dinámicas de dispersión del territorio y la asignación de recursos deben tenerse en cuenta las

siguientes orientaciones en relación con el talento humano que conformará el equipo básico de salud:

1. La conformación mínima de cada equipo básico de salud debe contar con Auxiliares de enfermería, profesional de enfermería, profesional de medicina y profesional de psicología. Cuando esta conformación mínima no sea posible y se requiera cambio de perfil, se informará a la Dirección de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud y Protección Social para concertar dicho cambio.
2. Uno de los perfiles Uno de los perfiles del Auxiliar de enfermería puede ser homologado por Auxiliar en Salud Oral, Auxiliar en Salud Pública.
3. Los perfiles profesionales de Nutrición y Dietética, Odontología o Terapias se podrán proyectar para acompañar a más de un equipo básico de salud por municipio, según el diagnóstico y la propuesta realizada.
4. El personal de salud que conformarán los equipos básicos de salud deberá estar inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud – RETHUS[6] o encontrarse en una plaza de servicio social obligatorio - SSO.
5. Para la conformación de los equipos básicos de salud se podrán crear plazas de servicio social obligatorio-SSO en el marco de lo establecido en el artículo 9 de la Resolución 774 de 2022.
6. En caso de disponer de perfiles como Gestor comunitario / Agente comunitario / Promotor de Salud, este podrá ser incorporado al equipo básico de salud homologado al perfil de Auxiliar de enfermería en razón mayor o igual a 2:1 (Dos promotores por un auxiliar).
7. El perfil de auxiliar de enfermería podrá cambiarse por el perfil técnico profesional en salud publica según el equilibrio presupuestal del recurso asignado por la diferencia de honorarios.
8. En la conformación de los equipos se deben priorizar los y las auxiliares que residan en los microterritorios priorizados.
9. La asignación del número de familias por equipo básico se realizará teniendo en cuenta lo establecido en el numeral 5.3 del presente lineamiento.
10. El primer contacto con las personas, familias y comunidades en los microterritorios será realizado por el perfil de Auxiliar de enfermería / Auxiliar en Salud Oral / Auxiliar en Salud Pública.
11. El valor de operación de los equipos básicos de salud se definirá con base en el diferencial de costeo establecido en el **anexo 2**; el cual tiene en cuenta criterios relacionados con dispersión geográfica y densidad poblacional (tablas 8 y 9) y establece un rango de asignación máxima como incentivo para el trabajo extramural y permanente en microterritorios con alta y mediana dispersión. **La Empresa Social del Estado – ESE debe radicar al Ministerio de Salud y Protección Social y a la Entidad Territorial Departamental, Distrital y Municipal los soportes que permitan verificar el análisis realizado para determinar el valor de operación de cada equipo básico de salud.**
12. Para el despliegue de equipos básicos en zonas de conflicto armado el talento humano deberá tener formación en capacidad de lectura de la situación, atención de urgencias y protección de la misión médica en estas zonas con apoyo de la Cruz Roja Internacional – CICR.

5.2.2 Dispositivos médicos por equipo básico de salud

Cada equipo básico de salud, deberá contar con dispositivos médicos básicos, sujetos a controles generales, que no representen un riesgo potencial, más allá de todo posible riesgo razonable de

[6] Módulo de consulta del Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud – RETHUS: https://web.sispro.gov.co/THS/Cliente/ConsultasPublicas/ConsultaPublicaDeTHxIdentificacion.aspx

enfermedad o lesión[7] y que les permita la ejecución de las actividades definidas. Los dispositivos médicos serán adquiridos por una única vez durante el tiempo de operación de los equipos básicos de salud.

Tabla 3. Dispositivos médicos por equipo básico de salud

Dispositivo Médico	No.
Báscula digital tipo adulto - grado médico	2
Tensiómetro adulto	2
Fonendoscopio de dos servicios	2
Equipo de órganos de los sentidos portátil	2
Pulsioxímetro de dedo	2
Termómetro infrarrojo (pistola)	2
Cinta métrica	2
Tallímetro	2

Fuente: DPSAP -DPYP. 2023.

Nota: Los recursos asignados para la implementación del presente lineamiento solo pueden ser destinados para talento humano, transporte y dispositivos médicos requeridos para la operación, de acuerdo con lo descrito en las tablas 2 y 3.

5.2.3 Tiempo de operación

El tiempo de operación de los equipos básicos de salud será de mínimo 4 meses para la resolución 1735 de 2023 y mínimo 3 meses para las resoluciones 1778, 1895, 2026, 2084 y 2153 del 2023.

Teniendo en cuenta el costo de operación de los equipos básicos de salud calculado con base en el diferencial de costeo establecido en el anexo 2; el tiempo de operación de los equipos básicos se extenderá hasta agotar los recursos asignados; en todo caso la ejecución no podrá superar el 31 de diciembre de 2024.

5.3 Operación de los equipos básicos de salud –EBS en los microterritorios

De acuerdo con la microterritorialización, cada equipo básico de salud tendrá a su cargo las familias[8] asignadas con base en la siguiente distribución:

Rural

- ✓ 60 familias en zonas de alta dispersión (Más de 1:30 horas entre viviendas).

[7] MSPS, Invima (2013). ABC de Dispositivos Médicos. Disponible en: d32f6922-0c50-bcaa-6b53-066edfb98274 (invima.gov.co)
[8] Familia: Grupo de personas que comparten el espacio, se reconoce a si mismos como integrantes de un núcleo familiar, y organizan conjuntamente la supervivencia económica, afectiva y cotidiana.

- ✓ Hasta 100 familias en zonas de dispersión media (Entre 31 minutos y 1:30 horas entre viviendas).
- ✓ Hasta 200 familias en zonas de dispersión baja (Entre 15 y 30 minutos promedio vivienda a vivienda).

Urbano

- ✓ Hasta 400 familias en zonas de dispersión media- baja (Municipios (Cabeceras).
- ✓ Hasta 500 familias en zonas de dispersión baja (Capitales (Cabeceras) y municipios conurbados[9]).

5.3.1 Responsabilidades de los equipos básicos de salud - EBS

El abordaje territorial de los perfiles del equipo básico de salud se orienta a:

a) Desarrollar y fortalecer las habilidades y capacidades de los grupos familiares o no familiares para el cuidado de sí mismo, del otro y del medio ambiente, la sana convivencia y la protección de cada uno de sus integrantes, con énfasis en niños, niñas y adolescentes, mujeres gestantes y lactantes, personas mayores.
b) Promover las capacidades de las personas, familias y comunidades para el ejercicio de la ciudadanía, actuando frente al reconocimiento y la exigibilidad del derecho fundamental a la salud y la participación en los espacios de decisión.
c) Promover el mejoramiento de los ambientes físicos de la vivienda y el entorno, controlar los riesgos asociados a condiciones socioambientales desfavorables y promover los factores protectores para la salud y la calidad de vida.
d) Identificar las condiciones de salud las personas, familias y comunidades en los microterritorios y gestionar la respuesta efectiva en salud a las diferentes modalidades de atención (extramural, intramural en prestador primario o complementario y telemedicina).
e) Promover y facilitar respuestas integrales a las necesidades de las personas, familias y comunidades, por medio de la articulación de la oferta de los servicios sociales, conforme al contexto poblacional y acorde con el curso de vida.
f) Desarrollar procesos educativos que faciliten a las personas elegir y adoptar prácticas favorables a la salud, prácticas de cuidado, compañía y desarrollo de vínculos afectivos y sociales positivos para el desarrollo humano.
g) Desarrollar espacios de participación social y popular por cada vereda- barrio donde operen los equipos básicos de salud.

5.3.2 Resumen de resultados: Operación de los equipos básicos de salud –EBS en los microterritorios

Tabla 4. Actividades, periodicidad, responsables y entregables componente operación de los EBS

N°	Nombre de la actividad	Periodicidad	Responsables	Entregables (Medio de verificación)
1	Realizar mapeo y cartografía social de los territorios de abordaje y de primer contacto con las comunidades de cada microterritorio	1 vez - Al inicio de la operación en	Todos los perfiles del Equipo Básico de Salud	Informe de mapeo, cartografía social abordaje en el microterritorio que

[9] Conurbación (Del ingl. Conurbation): 1. f. Urb. Conjunto de varios núcleos urbanos inicialmente independientes y contiguos por sus márgenes, que al crecer acaban formando una unidad funcional. © Real Academia Española, 2024.

		el microterritorio		incluya registro fotográfico y listas de asistencia
2	Informar en la comunidad las acciones que desarrollarán los equipos a través de medios y herramientas comunicativas	1 vez - Al inicio de la operación en el microterritorio	Auxiliar de enfermería (4)	Informe de abordaje en el microterritorio que incluya registro fotográfico y listas de asistencia
3	Caracterización socio- ambiental, individual y familiar en el microterritorio	Según plan de trabajo y cronograma	Auxiliar de enfermería (4)	Formulario de caracterización diligenciado
4	Identificar personas no afiliadas al sistema de salud y gestionar el trámite de afiliación	Según plan de trabajo y cronograma	Todos los perfiles del equipo básicos de salud	Formularios de afiliación diligenciados
5	Valoración de primer contacto de acuerdo con los siguientes instrumentos: a) familiograma, b) APGAR familiar, c) escala de sobrecarga del cuidador de ZARIT y d) Ecomapa	Según plan de trabajo y cronograma	Cada perfil profesional del equipo básico de salud desarrolla acciones específicas en la familia para la promoción y el mantenimiento de la salud.	Formulario de caracterización con a) familiograma, b) APGAR familiar, c) escala de sobrecarga del cuidador de ZARIT y d) Ecomapa diligenciados Herramienta de seguimiento de resolución 3280 de 2018 indicada por MSPS
6	Identificar las condiciones de salud de los miembros de la familia y los hogares, haciendo uso de los dispositivos médicos asignados	Según plan de trabajo y cronograma	Perfiles profesionales del equipo básicos de salud	Plan integral del cuidado primario individual, familiar y comunitario integrado a la historia clínica
7	Formular el plan integral del cuidado primario individual, familiar y comunitario con base en los resultados de la caracterización, identificando y articulando las diferentes intervenciones a desarrollar en el sector salud y los diferentes sectores	Según plan de trabajo y cronograma	Lidera el Profesional en enfermería en concurrencia con el resto de los perfiles del equipo	Plan integral del cuidado primario individual, familiar y comunitario integrado a la historia clínica
8	Identificar las prioridades de respuesta individual, familiar y comunitaria por edad, sexo-género, etnia, entre otras características pertinentes y por microterritorio asignado	Según plan de trabajo y cronograma	Lidera el Profesional en enfermería en concurrencia con el resto de los perfiles del equipo	Plan integral del cuidado primario individual, familiar y comunitario integrado a la historia clínica
9	Gestionar la prestación de los servicios de salud (promoción de la salud, educación, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos), de acuerdo con las necesidades identificadas, realizando la canalización a las diferentes modalidades (extramural, intramural en prestador primario o complementario y telemedicina).	Según plan de trabajo y cronograma	Profesional (es) de Enfermería, Medicina, Nutrición y dietética, odontología o terapias	Instrumento de canalización diligenciado

	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	Según plan de trabajo y cronograma	Todos los perfiles del equipo básico de salud	Instrumento de canalización diligenciado
10	Gestionar el traslado a instituciones de salud de personas que requieren remisión urgente a partir de lo identificado en la atención en salud	Según demanda	Perfiles profesionales del equipo básico de salud	Bitácora de remisión
11	Brindar educación para la salud e información orientada a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma y adopción de prácticas de cuidado de sí mismo, de los demás y de su entorno	Según plan de trabajo y cronograma	Todos los perfiles del equipo básico de salud	Plan integral del cuidado primario individual, familiar y comunitario e historia clínica
12	Informar a las familias sobre el portafolio de servicios de salud y de otros sectores de acuerdo con sus necesidades.	Según plan de trabajo y cronograma	Todos los perfiles del equipo básico de salud	Plan integral del cuidado primario individual, familiar y comunitario
13	Canalizar a la oferta de servicios brindada por otros sectores en el territorio conforme a las prioridades y necesidades sociales de la salud identificadas.	Según plan de trabajo y cronograma	Lidera el Profesional en psicología en concurrencia con el resto de los perfiles del equipo	Instrumento de canalizaciones diligenciado
14	Realizar seguimiento al acceso efectivo a los servicios de salud y servicios brindados por los otros sectores.	Según plan de trabajo y cronograma	Todos los perfiles del equipo básico de salud	Instrumento de canalizaciones diligenciado
15	Digitalizar los instrumentos que sean diligenciados de forma manual en la herramienta que defina el Ministerio de Salud y Protección Social para tal fin	Según plan de trabajo y cronograma	Todos los perfiles del equipo básico de salud	Instrumentos digitalizados en la herramienta de APS del MSPS
16	Convocar, implementar y realizar seguimiento a espacios de participación social y popular por cada una de las veredas- barrios y microterritorios abordados por el equipo	Según plan de trabajo y cronograma	Todos los perfiles del equipo básico de salud	Registros de participación, documentos Instrumentos digitalizados en la herramienta de APS dispuesta por el MSPS

Fuente: elaboración propia

5.4 Continuidad de la atención en la red integrada de servicios de salud y la oferta intersectorial

La operación de los equipos básicos de salud requiere de la integración entre servicios y modalidades de atención en salud, dentro del nivel primario, y aún con servicios de mediana y alta complejidad más allá de la referencia y contrarreferencia, con el propósito de garantizar la integralidad, continuidad y acceso efectivo, oportuno y con calidad a los servicios de salud.

Las Empresas Sociales del Estado con el apoyo de los equipos básicos de salud y en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud -EPS y las Entidades Territoriales Departamentales,

Distritales y Municipales promoverán la mayor integración de los servicios de salud y la oferta de estos a través de las diferentes modalidades de atención (intramural, extramural y telemedicina) en el marco de la operación de las redes integradas de servicios de salud con el fin de garantizar el acceso, la integralidad y continuidad de la población a los servicios y tecnologías de salud.

De igual forma y de acuerdo con las necesidades sociales identificadas, las Empresas Sociales del Estado con el apoyo de los equipos básicos de salud y en coordinación con las Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales realizarán procesos de articulación intersectorial para el desarrollo de acciones complementarias desde los otros sectores que fortalezcan el cuidado de la salud y la afectación positiva de determinantes sociales de la salud.

A continuación, se citan algunas acciones en la materia, sin menoscabo de las demás que se consideren pertinentes para cada territorio:

5.4.1 Dinámica de atención

Los equipos básicos de salud tendrán trabajo en red con los equipos intramurales de los puestos y centros de salud o de las IPS primarias que hacen parte de la red conformada por cada asegurador para la prestación de servicios de salud. La operación de los Equipos Básicos de Salud se complementará con los servicios y tecnologías que las Empresas Promotoras de Salud - EPS deban garantizar a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud de acuerdo con la normatividad vigente.

La valoración con dichas consultas y evolución clínica de la persona permitirá decidir como continuar la atención de acuerdo con lo establecido en el Plan Integral de Cuidado o realizar el ajuste de este.

Así mismo las acciones de los equipos básicos de salud se articularán con equipos de atención psicosocial del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Victimas –PAPSIVI en los municipios donde estos operen y otras estrategias o programas del sector salud o de los otros sectores existentes en el territorio (jóvenes en paz, MHGAP, entre otros).

5.4.2 Referencia y Contrarreferencia

La referencia y contrarreferencia se activa cuando las necesidades en salud individuales identificadas por parte de los EBS, requieren atención en la modalidad intramural o en servicios de mayor nivel de complejidad con el objeto de asegurar la continuidad de atención y cuidado de su salud.

Para lo anterior los EBS, emplearán los formatos que utilice la Empresa Social del Estado a la que pertenecen, diligenciando los datos más relevantes que motivan la remisión hacia las diferentes instituciones existentes en el municipio que conforman la red.

En relación con los medicamentos es importante tener en cuenta la articulación con la IPS primaria (de ser diferente a la ESE) a la cual se encuentre adscrito el o la usuario/a para la complementariedad relacionada con: (i) Acceso a medicamentos para atender las condiciones de salud-enfermedad más frecuentes; (ii) Dispositivos médicos e insumos requeridos para la atención ambulatoria y prioritaria, entre ellos pruebas rápidas y demás.

Finalmente, aquellas situaciones en que la solicitud sea una consulta y/o procedimiento con carácter especializado, debe existir un mecanismo de comunicación expedito entre la Empresa Social del

Estado y las Empresas Promotoras de Salud, que asegure la continuidad del cuidado en el marco de la red, como parte del apoyo clínico, administrativo y logístico (Resolución 1373 de 2023, artículo 8).

5.4.3 Gestión para el acceso a servicios sociales, sociosanitarios, dispositivos y estrategias comunitarias e intervenciones ambientales

Para abordar los determinantes sociales de la salud y las acciones afirmativas en favor de las poblaciones que garanticen su protección se requiere el dinamismo de otros sectores y servicios sociales. Así, desde las disposiciones de las Secretarías Municipales de Salud, los equipos básicos de salud podrán referir a servicios sociales, ambientales, económicos y realizarán el seguimiento a la atención efectiva en coordinación con estas Secretarías.

5.5 Resumen de resultados: Continuidad de la atención en la red integrada de servicios de salud y la oferta intersectorial

Tabla 5. Actividades, periodicidad, responsables y entregables componente continuidad de la atención en la red integrada de servicios de salud y la oferta intersectorial

Nombre de la actividad	Periodicidad	Responsable	Entregables (Medio de verificación)
Mesa de trabajo y concertación con EPS para socializar aspectos relacionados con la operación de los equipos básicos de salud y la complementariedad de sus acciones en el marco de las redes de prestación de servicios de salud habilitadas en el territorio.	Una (1) vez al inicio del proyecto	Gerente de la Empresa Social del Estado – ESE.	Actas de reunión y listados de asistencia
Comités de seguimiento con EPS y Entidad Territorial para el análisis de la efectividad de la atención en la red de prestación de servicios y la superación de barreras identificadas en la operación de los equipos básicos de salud.	Mensual	Subgerente de Servicios de Salud o quien haga sus veces y Profesional en Enfermería de cada equipo.	Actas de reunión y listados de asistencia
Mesa de trabajo y concertación con Entidad Territorial Municipal para socializar aspectos relacionados con la operación de los	Una (1) vez al inicio del proyecto	Subgerente de Servicios de Salud o quien haga sus veces.	Actas de reunión y listados de asistencia

equipos básicos de salud y la complementariedad de sus acciones con la oferta intersectorial.			
Comités de seguimiento con Entidad Territorial para el análisis de la efectividad de la atención en la oferta de servicios de otros sectores y la superación de barreras identificadas en la operación de los equipos básicos de salud.	Mensual	Subgerente de Servicios de Salud o quien haga sus veces y Profesional en Psicología de cada equipo.	Actas de reunión y listados de asistencia

Fuente: elaboración propia

6 SEGUIMIENTO Y MONITOREO

6.1 Responsabilidades de seguimiento y monitoreo en relación con la gestión territorial basada en la atención primaria en salud- APS y la conformación y operación de los equipos básicos de salud.

6.1.1 Entidades territoriales departamentales y distritales

a) Realizar el seguimiento técnico, financiero y administrativo eficaz y oportuno de los recursos asignados para la operación de los equipos básicos de salud a través del mecanismo y los indicadores descritos en el presente documento.
b) Monitorear con los agentes del sistema los resultados de los indicadores municipales de cobertura, dadas las necesidades de la población identificada por parte de los equipos básicos de salud.
c) Monitorear y evaluar la ejecución técnica, financiera y administrativa de los equipos básicos de los municipios de su jurisdicción y los resultados en salud alcanzados con estos.
d) Realizar seguimiento al lineamiento operativo y la implementación del plan de trabajo y cronograma para la operación de los equipos básicos de salud en los distritos y municipios de su jurisdicción.
e) Brindar al Ministerio de Salud y Protección Social la información que se requiera en relación con la ejecución técnica, financiera y administrativa de la operación de los equipos básicos de salud en su jurisdicción y que permita dar cuenta del fortalecimiento de la atención primaria.

6.1.2 Entidades territoriales municipales

a) Monitorear y evaluar, tanto la ejecución técnica, financiera y administrativa como los resultados en salud alcanzados a través de la operación de los equipos básicos de salud, en coordinación con el departamento.
b) Monitorear con los agentes del sistema los resultados de los indicadores municipales de cobertura, dadas las necesidades de la población identificada por parte de los equipos básicos de salud.
c) Realizar seguimiento al lineamiento operativo y la implementación del plan de trabajo y cronograma para la operación de los equipos básicos de salud de las Empresas Sociales del Estado de su jurisdicción.
d) Brindar al Ministerio de Salud y Protección Social y la secretaría de salud departamental la información que se requiera que dé cuenta de la ejecución técnica y financiera de los equipos básicos de salud operando en su jurisdicción, en articulación con la secretaría de salud departamental.

6.1.3 Empresas Sociales del Estado

a) Realizar el seguimiento técnico, financiero y administrativo eficaz y oportuno de los recursos asignados para la operación de los equipos básicos de salud a través del mecanismo y los indicadores descritos en el presente documento.
b) Realizar monitoreo y seguimiento permanente a la operación de los equipos básicos de salud, considerando los indicadores de desempeño y resultado establecidos.

c) Realizar seguimiento al lineamiento operativo y la implementación del plan de trabajo y cronograma para la operación de los equipos básicos de salud de las Empresas Sociales del Estado de su jurisdicción.
d) Brindar al Ministerio de Salud y Protección Social, a la secretaría de salud departamental, distrital y municipal la información que se requiera, que dé cuenta de la ejecución técnica y financiera de los equipos básicos de salud operando.

6.2 Evaluación de la implementación basado en indicadores

Con el fin de garantizar la ejecución y resultados de las acciones establecidas en el presente lineamiento de acuerdo con lo establecido en los artículos 10 y 11 de la Ley 1438 de 2011, se monitorearán de manera transversal los indicadores:

Tabla 5. Indicadores para la evaluación de los EBS

INDICADORES DE GESTIÓN EBS y ESE/IPS
1. Nodo primario comunitario operando 2. Integración de la modalidad de telemedicina para el fortalecimiento del nivel primario de atención (según aplique) 3. Número de microterritorios con operación de equipos básicos de salud 4. Avance en el cumplimiento de las acciones establecidas en los planes de cuidado primario 5. Oportunidades de mejora y los ajustes requeridos a los planes de cuidado primario a partir del seguimiento realizado.
INDICADORES MUNICIPALES DE COBERTURA
1. Número de hogares que acceden a servicios de promoción (IEC) y o prevención (detección temprana y canalización) 2. Proporción de población con identificación del riesgo por momento de curso de vida 3. Número de personas con canalización efectiva a los servicios de salud según normatividad vigente: a) Proporción de personas con promoción y apoyo a lactancia materna b) Promoción de personas con aplicación de flúor c) Proporción de personas con profilaxis y remoción de placa bacteriana d) Proporción de personas con vacunación de acuerdo con el esquema e) Proporción de personas con fortificación casera con micronutrientes en polvo f) Proporción de gestantes con suplementación con micronutrientes g) Proporción de niños y niñas con desparasitación intestinal antihelmíntica h) Proporción de adolescentes y jóvenes con Tamizaje para anemia - Hemoglobina y hematocrito i) Proporción de personas con atención por planificación familiar y anticoncepción j) Proporción de personas con tamizaje de riesgo cardiovascular k) Proporción de personas con tamizaje para ITS (Infección de Transmisión Sexual) l) Proporción de mujeres con tamizaje para cáncer de cuello uterino. m) Proporción de mujeres con tamizaje para cáncer de mama n) Proporción de hombres con tamizaje para cáncer de próstata o) Proporción de personas con tamizaje para cáncer de colon y recto p) Proporción de mujeres con atención para el cuidado preconcepcional q) Promoción de mujeres con atención para el cuidado prenatal – Controles prenatales r) Proporción de personas con curso de preparación para la maternidad y paternidad s) Proporción de mujeres con atención del puerperio t) Proporción de personas con atención para el seguimiento del recién nacido u) Proporción de personas con acceso a Educación para la salud
INDICADORES DEPARTAMENTALES DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN
1. Resultados en salud de la población y las acciones de mejora sugeridas 2. Actividades extramurales e intramurales y con los niveles de mayor complejidad 3. Seguimiento, monitoreo y evaluación de los indicadores de gestión y cobertura señalados en los lineamientos.

4. Operación coordinada e integrada del nivel primario mediante estrategias de fortalecimiento de la referencia y contrarreferencia
5. Procesos de integración funcional entre modalidades de atención y servicios de salud habilitados en su territorio
6. Operación en redes integrales e integradas con el Plan de Intervenciones Colectivas -PIC, servicios sociales de otros sectores (nodo primario comunitario).
7. Articulación intersectorial reflejada en el Plan Territorial de Salud para la afectación de determinantes.

Fuente: elaboración propia

6.3 Seguimiento a través de PISIS

El seguimiento, es utilizado como herramienta para garantizar la continuidad del cuidado, esto implica que una vez se realiza el primer contacto con la familia, el EBS y el sistema de salud deben estar en capacidad de monitorear los indicadores de desempeño de los prestadores de servicios de salud y de los Equipos Básicos de Salud a las que alude el presente lineamiento que permitan determinar el grado de cumplimiento, coberturas y complementariedad de las acciones e intervenciones por parte de los actores del sistema de salud.

En el caso de las personas y familias, en el proceso de seguimiento se verifica: (i) El avance en el cumplimiento de las acciones y metas establecidas en los planes de cuidado primario; (ii) Las oportunidades de mejora y los ajustes requeridos a los planes de cuidado primario a partir del seguimiento realizado; así mismo incluye la retroalimentación por parte de las familias a los EBS sobre el desempeño de los equipos las posibilidades para estrechar vínculos. El registro de la autoevaluación se realiza en el programador de cuidado, el cual deberá quedar registrado en el plan de trabajo del equipo básico de salud y el cronograma de despliegue en los territorios y/o microterritorios.

Así, la Empresa Social del Estado tendrá a cargo la medición de los siguientes indicadores técnicos:

1. Número de equipos básicos de salud conformados.
2. Número de equipos básicos de salud operando en el mes.
3. Adquisición de dispositivos médicos para la operación de los equipos básicos de salud
4. Número de territorios con operación de equipos básicos de salud
5. Número de microterritorios con operación de equipos básicos de salud en el mes.
6. Disponibilidad de personal de salud según perfil mes.
7. Número de hogares por microterritorios con operación de equipos básicos de salud mes.
8. Nodo comunitario de prestación de servicios establecido.
9. Sistema de referencia y contrarreferencia operando.

A su vez, la Empresa social del Estado dará cuenta de los siguientes indicadores financieros:

1. Proporción de ejecución o pagos
2. Porcentaje de rendimientos financieros reintegrados

Ver ficha de los indicadores en los anexos 4 y 5.

Para efectos del reporte de soportes e información de ejecución de los recursos asignados por este Ministerio a través del mecanismo de transferencia o asignación directa por parte de las entidades territoriales se realizará de acuerdo con la resolución 2361 de 2016 o la norma que la modifique o sustituya, en la estructura y especificaciones contenidas en su anexo técnico y mediante la

plataforma PISIS del SISPRO en los anexos técnicos que el Ministerio disponga para este fin o en la herramienta que la sustituya; el reporte de la información deberá realizarse de manera mensual teniendo en cuenta el contenido del Artículo 5, a saber:

1. Acto administrativo de la incorporación de los recursos a su presupuesto.
2. Lineamientos técnicos establecidos para la ejecución de los recursos.
3. Contratos o actos administrativos formalizados para la ejecución de los recursos.
4. Copia de las pólizas exigidas para amparar las actividades contratadas.
5. Actas de ejecución de los recursos parciales y finales suscritas por el supervisor o interventor.
6. Informes parciales o final suscrito por el supervisor o interventor.
7. Acta de liquidación de los contratos con los que se ejecutaron los recursos.
8. Acto administrativo o documento que haga sus veces de reintegro de los recursos no ejecutados.
9. Consignaciones o transferencias electrónicas de los reintegros de los recursos no ejecutados.
10. Relación de los rendimientos financieros generados.
11. Consignaciones o transferencias electrónicas del reintegro de los rendimientos financieros generados.
12. Comunicaciones dirigidas a este Ministerio en la que dan respuesta a la ejecución y de ser necesario con las aclaraciones a que haya lugar.

Durante la vigencia, posterior al cargue de avances por parte de Entidades Beneficiarias de los recursos, el Ministerio cargará al PISIS (SISPRO) los informes o documentos de retroalimentación y los informes de cierre (satisfactorios o no) que se generen debido al seguimiento a la ejecución mediante el anexo técnico SER200SREC. Para efecto de consulta de esta información la Entidad Beneficiaria consultará la información, así:

1. Abrir la página web https://web.sispro.gov.co/.
2. Ingresar mediante el enlace TRANSFERENCIAS NACIONALES
3. Buscar la Entidad de Interés
4. Descargar la documentación que el Ministerio haya cargado

Este ministerio generará las capacitaciones y asistencias técnicas que se requieran para su uso adecuado, es importante tener en cuenta que:

- Se debe contar con usuarios institucional activo en PISIS.
- Todos los archivos deben ser firmados digitalmente por el representante legal.
- Los archivos deben ser guardados con el estándar PDF/A
- El peso máximo de los archivos debe ser de 500 MB

Documentos adicionales que deberán ser cargados en el ítem 12 “informes generales” del anexo técnico, como soporte de la ejecución de los recursos y que podrán ser provistos mediante los siguientes documentos:

a. Plan de trabajo del proyecto
b. Plan de trabajo mensual del equipo básico de salud
c. Cronograma mensual de despliegue en los territorios y/o microterritorios
d. Actas o soportes de acuerdos de articulación en red
e. Soporte de canalización
f. Soporte de caracterización de los EBS
g. Acta final de cierre
h. Certificados de almacenamiento, y/o

i. Resoluciones de reconocimiento de partidas presupuestales, y/o
j. Actos administrativos debidamente firmados, y/o
k. Contratos, y/o
l. Productos descritos en el lineamiento
m. Otros documentos necesarios, concertados previamente.

Así las cosas, los anexos técnicos de PISIS reportados por las Empresas Sociales del Estado serán un único repositorio oficial para posterior auditoría de los entes de control.

7 INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL

7.1 Superintendencia Nacional de Salud

En el marco de las competencias asignadas a través de la Ley 715 de 2001, Articulo 68, la Superintendencia Nacional de Salud desarrollará las siguientes funciones:

a) Ejercer funciones de inspección, vigilancia y control sobre las Empresas Sociales del Estado, secretarías de salud departamentales, municipales y distritales de acuerdo con las acciones establecidas en el presente lineamiento.
b) Velar por la calidad y oportunidad de la información requerida por las Empresas Sociales del Estado, secretarías de salud departamentales, municipales y distritales que permitan dar cuenta de la ejecución técnica y financiera de los equipos básicos de salud operando por microterritorios.
c) Requerir a las Empresas Sociales del Estado, Secretarías de Salud Departamentales, Municipales y Distritales para que brinden información adicional que se requiera que permita dar cuenta del fortalecimiento de la atención primaria a través de la conformación de los equipos básicos de salud.
d) Vigilar la articulación de acciones entre los Equipos Básicos de Salud y las secretarías de salud departamentales, municipales/ distritales a los procesos de participación social e intersectorialidad para la territorialización de la Atención Primaria en Salud.
e) Garantizar la articulación de las acciones de monitoreo y seguimiento de los resultados de la gestión territorial de los actores del Sistema de Salud conforme competencias, de acuerdo con lo establecido en el presente lineamiento y demás disposiciones normativas vigentes.
f) Aplicar las sanciones a que haya lugar, en ejercicio de sus atribuciones y competencias, y previa solicitud de explicaciones, a los representantes legales de las Empresas Sociales del Estado, de los departamentos, distritos y municipios, directores de salud, jefes de presupuesto, tesoreros y demás funcionarios responsables de la administración y manejo de los recursos de los que trata le presente lineamiento.
g) Informar al Ministerio de Salud y Protección Social de las acciones que se deriven de la aplicación del presente lineamiento.

7.2 Veeduría y control social

En el marco de la normatividad señalada en el presente lineamiento se requiere la articulación de los mecanismos de veeduría y control social que permitan fortalecer los procesos de implementación de la atención primaria en salud, así como la participación social en salud conforme lo dispuesto por la Resolución 2067 de 2018.

8 INSTRUMENTOS

8.1 Formulario para caracterización - Equipos Básicos de Salud

Instrumento de identificación de necesidades de la persona, la familia y la comunidad que permite la configuración de un plan de cuidad concertado, construido desde el reconocimiento del contexto de cada uno, por lo que exige ser específico y pertinente a cada realidad, a fin de mejorar los resultados en salud (ver anexo 7).

8.2 Planes De Cuidado Participativos

El plan de cuidado es la herramienta que permite organizar, visualizar, monitorear y evaluar las acciones de cuidado propuestas con y para cada persona, familia o comunidad. Parte de un riguroso proceso de lectura de necesidades y/o valoración, cuyo análisis permite la comprensión de la situación de salud, de las necesidades de cuidado, la priorización de las mimas y el establecimiento conjunto con la persona, familia y comunidad, así como con otras disciplinas, de los objetivos, metas y acciones de cuidado.

El plan de cuidado involucra acciones de promoción, prevención, canalización a servicios primarios y complementarios de salud, terapéuticas comunitarias interculturales, así como las acciones necesarias para la transformación hacia entornos y formas de relación más saludables que aporten al mantenimiento de la salud humana y del socioecosistema del que hace parte.

La contextualización de los planes de cuidado requiere tener en cuenta el entorno en el que se desarrolla la vida de las personas y colectivos, como el entorno hogar/familiar, escolar, laboral, comunitario.

9 COSTOS INDIRECTOS

Los costos indirectos son aquellos relacionados con la gestión u operación de los equipos básicos de salud, tales como: papelería, fotocopias, gastos administrativos, minutos, llamadas telefónicas, carnetización, distintivos, impresos, tinta para impresoras, servicios públicos, gestión administrativa y presupuestal, elaboración de contratos, gestión del presupuesto, seguros, costos bancarios, impuestos, personal de apoyo administrativo y de sistematización de información, transporte adicional, entre otros, y tendrán un porcentaje máximo según los recursos asignados que no debe superar el 9%, como se indica a continuación:

Tabla 3. Porcentaje de costos indirectos según el valor asignado

VALOR ASIGNADO	PORCENTAJE COSTOS INDIRECTOS
Hasta $ 2.979.694.720	9%
Entre $ 2.979.694.721 hasta $ 4.842.003.920	7%
Desde $ 4.842.003.921	5%

Fuente: elaboración propia, Dirección de Promoción y Prevención, MSPS, 2023

Adicionalmente, tener en cuenta los siguientes aspectos:

1. Después de incorporar el presente lineamiento, se podrá ajustar la propuesta presentada con el fin de armonizar la información y este ajuste será cargado en el ítem 12 de PISIS descrito en el numeral 6.3
2. No se permitirá el traslado de recursos de costos directos al recurso de costos indirectos, pero sí viceversa.
3. Los recursos asignados por transferencias quedan exentos de aplicar lo dispuesto en el Decreto 1769 de 1994 sobre mantenimiento de infraestructura hospitalaria.

10 ANEXOS

Anexo 1. Tabla resumen de asignación de recursos por PGN

Resolución	Fecha Resolución	Valor	Municipios	ESEs	EBS	Tiempo mínimo de ejecución
1735	24 de octubre 2023	$ 73.683.045.080,00	61	28	299	4 meses
1778	31 de octubre 2023	$ 98.329.925.760,00	88	55	528	3 meses
1895	23 de noviembre del 2023	$ 116.953.017.760,00	99	79	628	3 meses
2026	1 de diciembre de 2023	$ 74.198.940.790,00	85	49	376	3 meses
2084	11 de diciembre de 2023	$ 58.104.047.040,00	48	40	312	3 meses
2153	20 de diciembre de 2023	$ 63.132.281.880,00	92	77	339	3 meses
Total aprobado		**$ 484.401.258.310,00**	**473**	**328**	**2482**	

Fuente: Dirección de Promoción y Prevención, 2023.

Anexo 2. Rango propuesto de costos del equipo básico de salud por mes*

COSTEO		ASIGNACIÓN MÍNIMA		ASIGNACIÓN MEDIA		ASIGNACIÓN MÁXIMA	
Rubro	**Cantidad**	**Valor Unitario**	**Total EBS mensual**	**Valor Unitario**	**Total EBS mensual**	**Valor Unitario**	**Total EBS mensual**
Auxiliares de enfermeria	4	$ 1.462.000	$ 5.848.000	$ 1.695.920	$ 6.783.680	$ 2.000.000	$ 8.000.000
Profesional en Psicología	1	$ 4.750.000	$ 4.750.000	$ 4.825.600	$ 4.825.600	$ 6.000.000	$ 6.000.000
Profesional en Medicina	1	$ 7.500.000	$ 7.500.000	$ 7.540.000	$ 7.540.000	$ 11.000.000	$ 11.000.000
Profesional en Enfermeria	1	$ 6.000.000	$ 6.000.000	$ 6.032.000	$ 6.032.000	$ 8.000.000	$ 8.000.000
Profesional en Nutrición y Dietética u Odontología	1			$ 4.825.600	$ 4.825.600	$ 6.000.000	$ 6.000.000
Subtotal Talento Humano en Salud [I]	**8**		**$ 24.098.000**		**$ 30.006.880**		**$ 39.000.000**
Transporte [II]	1	$ 10.500.000	$ 10.500.000	$ 10.500.000	$ 10.500.000	$ 10.500.000	$ 10.500.000
Dispositivos médicos [III]	1	$ 6.230.920		$ 6.230.920		$ 6.230.920	
COSTOS DIRECTOS			**$ 34.598.000**		**$ 40.506.880**		**$ 49.500.000**
COSTOS INDIRECTOS [IV]	5% a 9%	$ 1.729.900	$ 1.729.900	$ 2.835.482	$ 2.835.482	$ 4.455.000	$ 4.455.000
Costo Promedio Mensual (sin dispositivos médicos):			**$ 36.327.900**		**$ 43.342.362**		**$ 53.955.000**

Fuente: Dirección de Promoción y Prevención, 2023.

[I] Dirección de Talento Humano en Salud / Lineamientos Resolución 2788 de 2022
[II] Lineamientos para el fortalecimiento de la gestión territorial basado en la Estrategia de Atención Primaria en Salud
[III] Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria-MSPS con base en costos de referencia. Su asignación es por una única vez por EBS (no es mensual).
[IV] DPYP-MSPS con base en Lineamientos para el fortalecimiento de la gestión territorial basado en la Estrategia de Atención Primaria en Salud

*Sujeto a actualización o ajuste durante la ejecución e implementación del presente lineamiento.

Anexo 3. Plan de trabajo del proyecto y cronograma. Ver archivo adjunto.

PLAN DE TRABAJO DEL PROYECTO

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO:	
IDENTIFICACIÓN DEL EQUIPO BÁSICO DE SALUD:	
IDENTIFICACIÓN DEL TERRITORIO:	
NOMBRE DEL PROFESIONAL O AUXILIAR:	

COMPONENTE O PROCESO	RESULTADO ESPERADO	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6_
Planeación Programática y Operativa en Salud									
Conformación de los Equipos Básicos de Salud –EBS en los microterritorios									
Operación de los equipos básicos de salud –EBS en los microterritorios									
Continuidad de la atención en la red integral e integrada de servicios de salud									

Anexo 4. Cronograma mensual de actividades. Ver archivo adjunto.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES MENSUAL

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO:			
IDENTIFICACIÓN DEL EQUIPO BÁSICO DE SALUD:			
IDENTIFICACIÓN DEL TERRITORIO:		MES:	
NOMBRE DEL PROFESIONAL O AUXILIAR:			

ACTIVIDADES (Propias del Lineamiento)	FECHA DE ACTIVIDAD DD/MM/AAAA	HORA DE INICIO DE LA ACTIVIDAD	PERFIL RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD	NOMBRE Y APELLIDO RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD	TELEFONO	DIRECCIÓN LUGAR DONDE SE REALIZA LA ACTIVIDAD	MICROTERRITORIO	OBSERVACIONES : NOVEDADES EN CAMBIO DE FECHA O LUGAR

Anexo 6. Territorialización y microterritorizalización

Los equipos básicos de salud operarán en los territorios y microterritorios definidos en coordinación con las entidades territoriales de salud del orden departamental, distrital y municipal, y deben estar sustentados en los resultados del Análisis de Situación de Salud del municipio de la vigencia 2023. Como medio de verificación, la Empresa Social del Estado aportará el documento de aval emitido por la secretaría de salud municipal en la vigencia 2024.

La organización de los equipos básicos de salud se ordena por territorios y microterritorios con el fin de mejorar el acceso de las personas, familias y comunidades a los servicios de salud y la longitudinalidad, integralidad y continuidad de la atención en salud avanzando hacia la garantía del derecho fundamental a la salud en el territorio.

Tipologías de municipios por población y dispersión

El territorio colombiano se encuentra ordenado en 1.103 municipios y dieciocho (18) áreas no municipalizadas (Amazonas 9, Guainía 6 y Vaupés 3). El 89% (n= 1.007) de los municipios tiene menos de 60.000 habitantes.

Tabla 4. Tipología por densidad poblacional

Tipología por densidad poblacional	Número de Municipios	Número de Municipios con categorías 5, 6 y ANM[1]	Población Dane 2022	% Centros Poblados y Rural Disperso (Proyección DANE 2022)	% Población Cabecera Municipal (Proyección DANE 2022)
Capitales con más de 60.000 habitantes	26	1	22.979.010	5%	95%
Ciudades intermedias con más de 60.000 habitantes	88	35	12.513.284	21%	79%
Entre 20.001 y 60.000 habitantes[2]	288	274	9.572.853	49%	51%
Entre 10.001 y 20.000 habitantes	288	286	4.128.995	58%	42%
Entre 5.001 y 10.000 habitantes	253	253	1.851.248	62%	38%
Menor e igual a 5.000 habitantes	178	178	564.084	66%	34%
Total	**1.121**	**1.027**	**51.609.474**	**24%**	**76%**

[1] área No Municipalizada (Amazonas 9, Guainía 6 y Vaupés 3). 2Incluye 6 capitales de Departamento
Fuente: Proyección de población DANE 2022 y Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud -REPS, corte 10 de enero de 2024

Respecto a la dispersión poblacional, se tuvo en cuenta 5 subcategorías que se observan en la siguiente tabla, clasificándose el área urbana y rural de los municipios con la misma.

Tabla 5. Tipología territorial por dispersión geográfica

Tipología Territorial por dispersión geográfica	Característica	Número de familias por equipo básico de salud
Dispersión alta	Más de 1:30 horas entre viviendas	60 familias
Dispersión media	Entre 31 minutos y 1:30 horas entre viviendas	Hasta 100 familias
Dispersión baja	Entre 15 y 30 minutos promedio vivienda a vivienda	Hasta 200 familias
Concentrado	Municipios (Cabeceras)	Hasta 400 familias
Concentración alta	Capitales (Cabeceras) y municipios conurbados	Hasta 500 familias

Fuente: Proyección de población DANE 2022 y Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud -REPS, corte 10 de enero de 2024

Dado que los equipos básicos de salud territoriales son la representación de la dinámica territorial del nivel primario de atención con principios de APS, a través de estos hay una integración entre servicios de consulta externa general, de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, como de las modalidades de prestación extramural, intramural y telemedicina.

Los equipos básicos de salud se apalancan en la capacidad instalada relacionada con puestos y centros de salud de la Empresa Social del Estado - ESE, para la mayor resolutividad en sus intervenciones.

Metodología para la identificación de los microterritorios

El microterritorio es el espacio territorial y social donde opera el equipo básico de salud y está conformado por un número de familias, que podrán ajustarse dependiendo de la concentración o dispersión poblacional, variando de 60 hogares o menos en zonas de alta dispersión, hasta 500 hogares en zonas de alta concentración como capitales y municipios contiguos. Incluyen tanto a los hogares, como las dinámicas comunitarias, ambientales e institucionales, considerándose la unidad mínima de intervenciones sociosanitarias ejecutadas por equipos básicos de salud territorial.

Para su identificación y organización se sugieren los siguientes pasos:

a) Reconocimiento del territorio: De manera conjunta entre la entidad territorial departamental, distrital y la ESE revisar la información sociodemográfica de tipo cuantitativo y cualitativo que dé cuenta de la división político- administrativa del territorio, zonas geográficas, la distribución poblacional, indicadores demográficos y ejercicios de cartografía social con el uso de mapas de corregimientos, veredas, comunas y barrios del municipio, así como de la identificación de la población, el número de hogares y / o familias por cada uno.
b) Uso de la información del Análisis de la Situación de Salud 2023: Se recomienda revisar el último ASIS municipal y analizar las condiciones sociales, económicas y de calidad de vida desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud y los enfoques diferenciales y territoriales, situación de salud y calidad de vida en el territorio (morbilidad, mortalidad, problemáticas y necesidades sociales y ambientales que afectan la salud), respuestas del sector salud (coberturas de promoción y mantenimiento de la salud, entre otros) y de los otros sectores y actores.
c) Identificación de territorios y microterritorios: Se definirán las zonas o espacios territoriales que agrupan un número de familias contiguas teniendo en cuenta las condiciones analizadas en el literal b para orientar la focalización de las intervenciones que realizarán estos equipos. Los

microterritorios pueden ser distantes entre sí, lo importante es que respuesta a las condiciones que llevaron a su priorización (condiciones de salud, coberturas de las actividades del plan de intervenciones colectivas, coberturas de la intervenciones individuales de valoración integral para la promoción y mantenimiento de la salud, detección temprana de alteraciones, protección específica y educación para la salud, ocurrencia de eventos de interés en salud pública y de riesgos psicosociales o ambientales, baja oferta de servicios de salud, entre otros).

d) Espacialización y localización de territorios y microterritorios: Tome un mapa de su municipio y plasme con diversos colores los microterritorios y territorios calculados, utilice convenciones según necesidad. El microterritorio no debe superar 500 familias. Identifique los microterritorios priorizados mediante una convención o color.

Anexo 7. Formulario para caracterización*. Ver archivos adjuntos.

*Sujeto a actualización o ajuste durante la ejecución e implementación del presente lineamiento.

Versión Excel: Instrumento que permite la captura de los datos, el almacenamiento de registros y la generación de archivos planos compatibles con la plataforma PISIS del SISPRO.

Versión imprimible: recomendada para aquellas zonas donde no es posible el uso de dispositivos electrónicos. La información capturada mediante este instrumento debe ser transformada en archivo plano para su envío mediante el anexo PISIS del SISPRO, para este fin se pude usar la versión Excel del instrumento.

El instrumento en sus donde presentaciones (Excel e imprimible) va acompañado por documentos anexos complementarios que facilitan la labor de identificación de necesidades, algunos de ellos son: familiograma, escala Zarit y ecomapa, así:

Ministerio de Salud y Protección Social
Instrumentos Formulario para caracterización - Equipos Básicos de Salud

FAMILIOGRAMA

¿Qué es un familiograma?

Es la representación gráfica de la familia, contiene de manera estructurada, cuántos integrantes la conforman y cómo se relacionan entre sí.

¿Qué función tiene?

El familiograma es una herramienta que permite graficar la estructura familiar y sus relaciones. Evalúa el funcionamiento familiar, identificando las familias que pueden estar en algún tipo de riesgo que pueden ser:

- Biológico (alguna situación o problema de tipo hereditario);
- Psicológicos (posibilidad de tener una funcionalidad inadecuada);
- Sociales (hacinamiento, pobreza, familia numerosa). En que se encuentran los integrantes de la familia, el tipo de familia, los eventos de la salud más importantes y la interrelación que existe entre sus integrantes.

Simbología para desarrollar el familiograma

1. Hombre, representado por un cuadrado:

Hombre

2. Mujer, representada por un círculo:

Mujer

3. Se debe colocar la edad de cada integrante adentro del círculo o cuadrado

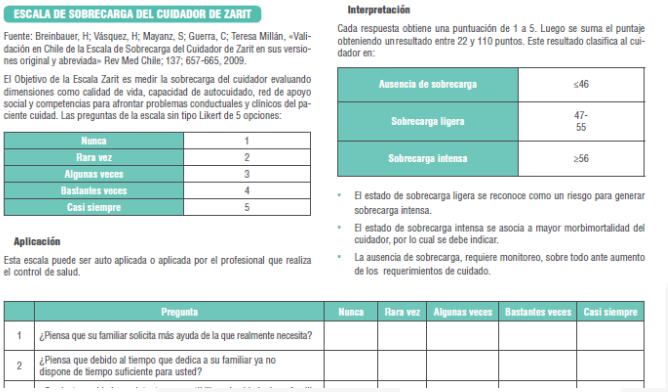
APGAR FAMILIAR

	Casi nunca 0	A veces 1	Casi siempre 2
¿Estas satisfecho con la ayuda que recibes de tu familia cuando tienes problemas?			
¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en la casa?			
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la familia?			
Los fines de semana son compartidos por todos en la casa?			
¿Sientes que tu familia te quiere?			

0 a 3 puntos: disfunción familiar

4 a 6 puntos: funcionalidad moderada

7 a 10 puntos: alta funcionalidad.



ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT

Fuente: Breinbauer, H; Vásquez, H; Mayanz, S; Guerra, C; Teresa Millán, «Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada» Rev Med Chile; 137; 657-665, 2009.

El Objetivo de la Escala Zarit es medir la sobrecarga del cuidador evaluando dimensiones como calidad de vida, capacidad de autocuidado, red de apoyo social y competencias para afrontar problemas conductuales y clínicos del paciente cuidad. Las preguntas de la escala sin tipo Likert de 5 opciones:

Nunca	1
Rara vez	2
Algunas veces	3
Bastantes veces	4
Casi siempre	5

Aplicación

Esta escala puede ser auto aplicada o aplicada por el profesional que realiza el control de salud.

Interpretación

Cada respuesta obtiene una puntuación de 1 a 5. Luego se suma el puntaje obteniendo un resultado entre 22 y 110 puntos. Este resultado clasifica al cuidador en:

Ausencia de sobrecarga	≤46
Sobrecarga ligera	47-55
Sobrecarga intensa	≥56

- El estado de sobrecarga ligera se reconoce como un riesgo para generar sobrecarga intensa.
- El estado de sobrecarga intensa se asocia a mayor morbimortalidad del cuidador, por lo cual se debe indicar.
- La ausencia de sobrecarga, requiere monitoreo, sobre todo ante aumento de los requerimientos de cuidado.

	Pregunta	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
1	¿Piensa que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?					
2	¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?					

Anexo 8. Indicadores técnicos (por fuente de financiación) *

*Sujeto a actualización o ajuste durante la ejecución e implementación del presente lineamiento.

INDICADORES DE SEGUIMIENTO POR PARTE DEL MSPS EN EL MARCO DE LA ORGANIZACIÓN Y OPERACIÓN DE LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD			
MARCO DE REFERENCIA:	Indicar el número de resolución del que se hace el reporte.		
ENTIDAD TERRITORIAL			
NOMBRE DE LA ESE			
SELECCIONE EL MARCO DE REFERENCIA			
INDICADORES DE GESTIÓN	**DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR**	**BASE DE CÁLCULO**	**FRECUENCIA DE MEDICIÓN**
1. Número de equipos básicos de salud conformados	Evalúa el número de equipos básicos de salud conformados dentro del marco normativo.	NUMERADOR: Número de equipos básicos de salud conformado durante la ejecución. DENOMINADOR: Número de equipos básicos de salud definidos en el marco normativo FACTOR: 100	Mensual

2. Fecha de operación de los equipos básicos de salud conformados	Evalúa el número de equipos básicos de salud conformados por mes dentro del marco normativo.	Fecha de inicio de operación de los equipos básicos de salud, por cada equipo de salud que opere en el territorio / microterritorio Fecha de terminación de la operación de los equipos básicos de salud por cada equipo de salud que opere en el territorio / microterritorio	Una (1) vez por proyecto
3. Perfiles de los equipos básicos de salud operando	Esta métrica contiene las variables que permiten evaluar la conformación del talento humano en salud según la tabla N° 1 del presente lineamiento. Según oferta del talento humano en el territorio para la operación de los equipos básicos de salud y la caracterización de las formas de cuidado provenientes de saberes populares, tradiciones culturales, y saberes propios de pueblos y comunidades étnicas.	NUMERADOR: Numero de talento humano contratado por perfil. DENOMINADOR: Numero de talento humano según la tabla N° 2 del presente lineamiento. FACTOR: 100	Mensual
3. Adquisición de dispositivos médicos para la operación de los equipos básicos de salud	Este indicador mide la adquisición de los dispositivos médicos que se requieren para la operación de los equipos básicos de salud	NUMERADOR: Dispositivos médicos adquiridos. DENOMINADOR: Dispositivos médicos según la tabla N° 4 del presente lineamiento. FACTOR: 100	Una (1) vez por proyecto
4. Número de territorios con operación de equipos básicos de salud	Este indicador calcula el número de territorios identificados donde operan los equipos básicos de salud.	NUMERADOR: Número de territorios donde operan los equipos básicos de salud. DENOMINADOR: Número de territorios identificados para el desarrollo de los equipos básicos de salud FACTOR: 100	Mensual
5. Número de microterritorios con operación de equipos básicos de salud	Este indicador calcula el número de microterritorios donde operan los equipos básicos de salud.	NUMERADOR: Número de microterritorios donde operan los equipos básicos de salud. DENOMINADOR: Número de microterritorios asignados para el desarrollo de los equipos básicos de salud FACTOR: 100	Mensual

6. Número de hogares por microterritorios con operación de equipos básicos de salud	Este indicador evalúa el número de hogares para el desarrollo y operación de los equipos básicos de salud.	NUMERADOR: Número de hogares donde operan los equipos básicos de salud. DENOMINADOR: Número de hogares asignados para el desarrollo de los equipos básicos de salud en el microterritorio. FACTOR: 100	Mensual
7. Nodo primario comunitario de prestación de servicios establecido en microterritorio / territorio	Este indicador mide los acuerdos de articulación en red actores comunitarios (dispositivos comunitarios del PIC y formas de cuidado propio provenientes de saberes populares, tradiciones culturales, y saberes propios de pueblos y comunidades étnicas) o institucionales de carácter intersectorial presentes en el microterritorio / territorio	NUMERADOR: Número de actores comunitarios o institucionales de carácter intersectorial priorizados con los cuales se establecen acuerdos de articulación en red. DENOMINADOR: Número de actores comunitarios o institucionales de carácter intersectorial priorizados en el microterritorio / territorio. FACTOR: 100	Mensual
8. Sistema de referencia y contrarreferencia operando en red integral integrada territorial de salud	Mide la canalización efectiva de hacia servicios de salud, sociales o sociosanitarios e intervenciones del PIC, para garantizar la continuidad del cuidado e integralidad en la atención.	NUMERADOR: Número de personas canalizadas que fueron atendidas a los servicios de salud, sociales o sociosanitarios y acciones del PIC con radicados de referencia y contrarreferencia DENOMINADOR: Número de personas con canalización a los servicios de salud, sociales o sociosanitarios y acciones del PIC FACTOR: 100	Mensual

Fuente: elaboración propia

Anexo 9. Indicadores financieros (por fuente de financiación) *

*Sujeto a actualización o ajuste durante la ejecución e implementación del presente lineamiento.

INDICADORES DE SEGUIMIENTO POR PARTE DEL MSPS EN EL MARCO DE LA ORGANIZACIÓN Y OPERACIÓN DE LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD		
MARCO DE REFERENCIA:	INDICAR FUENTE DE FINANCIACIÓN, RESOLUCIÓN	
NOMBRE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL:		
NOMBRE DE LA ESE:		

INDICADORES DE GESTIÓN	DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR	BASE DE CÁLCULO
Porcentaje de ejecución o pagos	Evalúa la ejecución (pagos) de los recursos asignados para el desarrollo de los equipos básicos de salud dentro del marco normativo.	NUMERADOR: Recursos ejecutados DENOMINADOR: Recursos asignados FACTOR: 100
Porcentaje de rendimientos financieros reintegrados	Este índice compara los rendimientos obtenidos con los recursos transferidos, el tiempo de ejecución del recurso y resultado final de ejecución.	NUMERADOR: Rendimientos reintegrados DENOMINADOR: Rendimientos financieros generados FACTOR: 100

Fuente: elaboración propia

El presente documento hacer referencia a los equipos que operarán en el marco de las siguientes resoluciones:

- Resolución 1735 de 2023: Artículo 8, 8.6: "Lineamientos para el fortalecimiento del nivel primario basado en Atención Primaria en Salud"
- Resolución 1778 de 2023: Artículo 8, 8.6: "Lineamiento para el fortalecimiento de la gestión territorial basado en la atención primaria y la conformación y operación de los equipos"
- Resolución 1895 de 2023: Artículo 8, 8.6: "Lineamiento para el fortalecimiento de la gestión territorial basado en la atención primaria y la conformación y operación de los equipos"
- Resolución 2026 de 2023: Artículo 8, 8.6: "Lineamiento para el fortalecimiento de la gestión territorial basado en la atención primaria y la conformación y operación de los equipos",
- Resolución 2084 de 2023: Artículo 8, 8.6: "Lineamiento para el fortalecimiento de la gestión territorial basado en la atención primaria en salud y la conformación y operación de los equipos básicos de salud"
- Resolución 2153 de 2023: Artículo 8, 8.6: "Lineamiento para el fortalecimiento de la gestión territorial basado en la atención primaria en salud y la conformación y operación de los equipos básicos de salud"

11 Bibliografía

1. **Congreso de Colombia.** Ley 1751 de 2015 "Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones". Bogotá, Colombia : s.n., 2015.
2. **Ministerio de Salud y Protección Social.** *Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS Informe de Resultados.* 2021.
3. —. *Cobertura de indicadores de Detección Temprana y Protección Específica.* s.l. : Disponible en: https://rssvr2.sispro.gov.co/pedt_Seguimiento/, 2020.
4. —. *Cálculo y Resultado de Distribución de Recursos - Ajustes ex POST.* Bogotá : Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx, 2023.
5. **Starfield, Barbara.** *Atención Primaria: equilibrio entre necesidades de salud.* 2004.
6. *Informe alternativo sobre la salud en América Latina. .* **Jaime, Breilh.** Quito : Global Health Watch,, 2010.
7. **Comisión de Determinantes Sociales, CDSS. Organización Mundial de la Salud, OMS.** *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. .* Ginebra : s.n., 2012.
8. **Ministerio de Salud y Protección Social.** Caja de herramientas para la atención integral en salud de niñas, niños y adolescentes. [En línea] 2018. https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PI/Paginas/planeacion-gestion-territorial.aspx#:~:text=La%20gesti%C3%B3n%20territorial%20hace%20referencia,que%20reconozca%20las%20prioridades%20en.
9. —. *Resolución 1313 de 2023.* Bogotá D.C. : s.n., 2023.
10. **ONU, Naciones Unidas.** *Observación 14. Derecho a la salud Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.* Whashinton : s.n., 2000.
11. **OPS, Organización Panamericana de la Salud.** *Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata. Informe de la Comisión de Alto Nivel.* Washington, D.C. : Organización Panamericana de la Salud, 2019.
12. —. *Capacidad Resolutiva del Primer Nivel de Atención PNA. .* Bogotá. D.C. : Organización Panamericana de la Salud, 2023.
13. **otros, Nancy Molina y.** *Guía Para La Construcción Colectiva De La Respuesta Integral A Las Necesidades Y La Gestión Social Necesaria.* Bogotá D.C. : s.n., 2010.
14. **Organización Panamericana de la Salud, OPS.** Ampliación del acceso equitativo a los servicios de salud. Recomendaciones para la transformación de los sistemas de salud universal. [En línea] 2022.