AÑO
2024

MANUAL AGENDAMIENTO EQUIPOS BASICOS DE SALUD

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN 1
2. OBJETIVOS DEL MANUAL: 3
3. ALCANCE 3
4. MARCO LEGAL 4
5. GLOSARIO Y ABREVIATURAS 5
6. DESARROLLO DE CONTENIDO 6
7. ANEXOS 9
8. BIBLIOGRAFIA 9
9. CONTROL DE CAMBIOS 10

CONTRAPORTADA

Aquí se podrán relacionar los nombres del equipo directivo, desde Alcalde (sa) hasta el equipo técnico que participó en la elaboración. Si se quiere dejar contra portada con bandera de créditos, cada proceso deberá gestionar con la Oficina Asesora de Comunicaciones, quienes aprobarán el uso de la bandera con los nombres correspondientes.

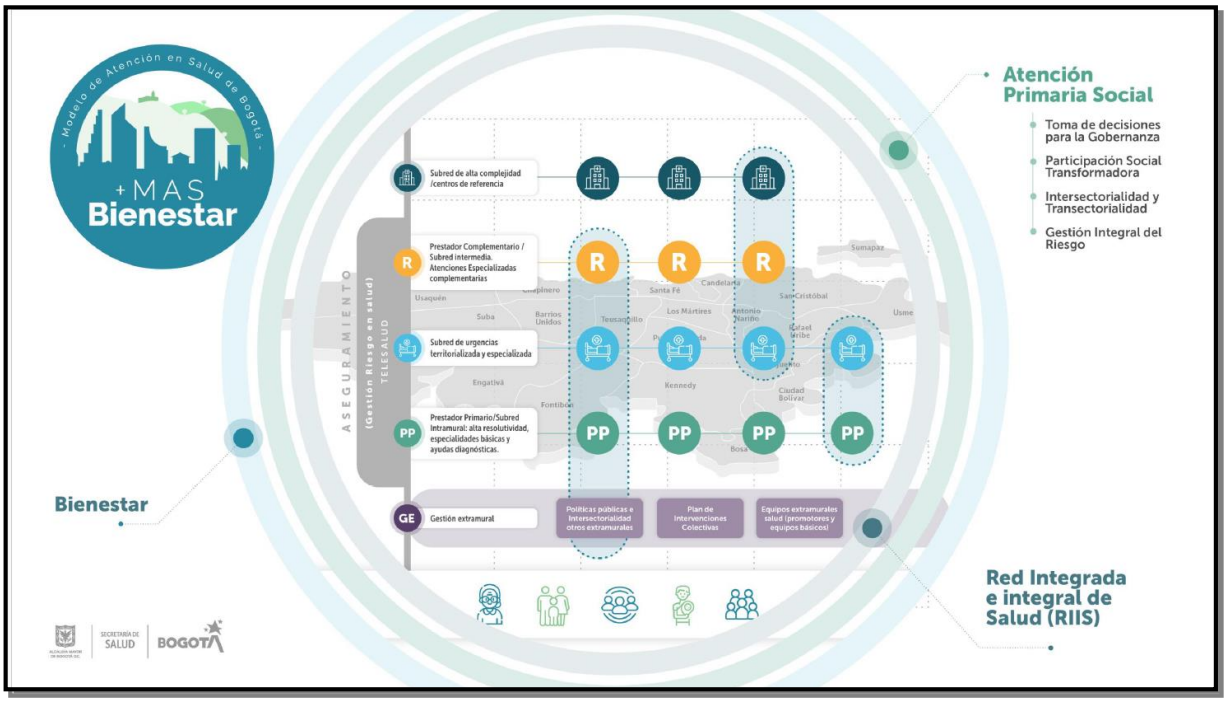
1. INTRODUCCIÓN

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 Plan de Desarrollo económico, social, ambiental y de obras públicas del Distrito Capital 2024-2027 “BOGOTÁ CAMINA SEGURA, contempla el programa 11 "Salud con calidad y en el territorio", el cual incluye la meta 22 implementar un “Modelo de salud centrado en atención primaria social para el bienestar de la población de Bogotá D.C”.

Este Modelo de Salud de Bogotá denominado +MAS Bienestar será un modelo resolutivo y de calidad para toda la ciudad, basado en la Atención Primaria Social que permitirá abordar integralmente los determinantes de las desigualdades sociales y el logro de mejores resultados en salud para las personas, las familias y las comunidades, a través del fortalecimiento de la gobernanza, el reconocimiento de la diversidad territorial y poblacional, mediante la toma de decisiones informadas, la participación social transformadora, la acción intersectorial y la gestión integral del riesgo en salud, lo cual se materializa en un modelo prestacional público y privado articulado y sostenible, cercano a las personas, con la infraestructura adecuada y soportado en el aseguramiento y la tecnología, que aporte e impacte positivamente el bienestar, la calidad de vida y el goce del derecho a la salud de quienes habitan la ciudad de Bogotá.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.



En conclusión, el Modelo de Salud +MAS Bienestar, acorde a las características y necesidades de la ciudad y sus pobladores busca:

- Mejorar el acceso equitativo, efectivo, disponible y de calidad en la prestación de los servicios de salud.
- Fortalecer la gobernabilidad y gobernanza territorial, intersectorial y transectorial para elevar el nivel de bienestar, calidad de vida y salud de la población.
- Reducir las desigualdades asociadas a la transición demográfica, poblacionales, ambientales, sociales, económicas y territoriales presentes en el Distrito Capital que inciden en el acceso a servicios sociales diferenciales y determinan el estado de salud de la población.
- Desarrollar acciones para mitigar la persistencia de eventos priorizados en salud pública, asociados a determinantes sociales y dinámicas de vulnerabilidad en grupos poblacionales o territorios específicos de la ciudad.
- Generar capacidades para prevenir, alertar y dar una respuesta institucional y social oportuna ante alertas sanitarias, emergencias, desastres, enfermedades emergentes y reemergentes

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Uno de los cuatro pilares que integran el Modelo de atención es la **Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS)** que aporta en la garantía del derecho a la salud, el enfoque diferencial y la diversidad, el desarrollo humano sostenible, y los determinantes sociales de la salud (MSPS, 2022), visibiliza los modos, estilos y condiciones de vida de las personas y la interacción con su entorno inmediato, como parte de la información base que permite gestionar el cuidado para el bienestar de las comunidades. La GIRS es un elemento de planificación que busca intervenir anticipadamente amenazas con mayor impacto para la salud del individuo, la familia y la comunidad considerando la costo - efectividad y la articulación de los actores del sistema.

El presente documento orienta al promotor y estandariza el proceso que se debe seguir en la gestión de agendamiento inicialmente a las Unidades Básicas Resolutivas, desde el domicilio, por integrantes de los Equipos Básicos Extramurales y, posterior seguimiento telefónico de acuerdo con las necesidades de atención identificadas.

2. OBJETIVOS DEL MANUAL

Estandarizar el proceso de agendamiento para la eficiente gestión de citas a usuarios, mejorando el acceso a los servicios de salud de las Unidades Básicas Resolutivas. La era digital ha revolucionado significativamente la gestión de citas médicas, ofreciendo soluciones que mejoran la eficiencia y el cuidado del usuario al implementar un sistema de programación de citas disponible, con herramientas de recordatorio y comunicación efectivas, lo que minimiza las ausencias a los servicios de salud.

Mejorar el acceso a los servicios de salud, identificando y abordando las barreras que limitan el acceso equitativo, efectivo, disponible y de calidad a los servicios de salud intramurales, garantizando que todos los grupos poblacionales tengan acceso a los servicios necesarios.
Garantizar una asignación de cita oportuna para consultas con toda la información requerida tanto clínica como administrativa, logrando para el usuario un mejor servicio y la satisfacción en la atención.

3. ALCANCE

Inicia a partir de la caracterización de aquellos integrantes de la familia que según la identificación de riesgos en salud se clasifiquen en grupo 4 y requieran la gestión de

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

consultas según clasificación de riesgos y frecuencias de uso de las rutas integrales de atención en salud mediante la gestión del agendamiento, permitiendo la continuidad al proceso de atención iniciado por los Equipos Básicos Extramurales teniendo en cuenta el uso óptimo de la oferta de servicios ambulatorios, en conjunto con el portafolio ofrecido por la Unidad Básica Resolutiva; y hasta el agendamiento efectivo para la atención médica por parte de los profesionales de las Unidades Básicas Resolutivas o de los EBE.

4. MARCO LEGAL

Decreto 1377 de 2013 “Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 1581 de 2012”, “El Decreto tiene como objetivo facilitar la implementación y el cumplimiento de la ley 1581 reglamentando aspectos relacionados con la autorización del titular de la información para el tratamiento de sus datos personales, las políticas de tratamiento de los responsables y encargados, el ejercicio de los derechos de los titulares de la información.

Ley 100/93 “*Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones"*

Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS): es un conjunto armónico de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos que prestan el servicio y fijan condiciones de acceso en todos los niveles de atención, para garantizar la atención integral a toda población.

La Resolución 1552 de 2013, emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, reglamenta parcialmente los artículos 123 y 124 del Decreto Ley 019 de 2012 (también conocido como la “ley anti-trámites”). Aquí están los puntos clave:
Agendas abiertas para asignación de citas:

- Todas las Entidades Promotoras de Salud (EPS), tanto del régimen contributivo como del subsidiado, deben tener agendas abiertas para la asignación de citas de medicina especializada durante todos los días hábiles del año.
- Cuando un usuario solicita una cita, la EPS debe informarle la fecha asignada sin negarse a recibir la solicitud ni a fijar la fecha de la consulta requerida.
- Las EPS deben disponer de un **sistema de información** para registrar las citas de odontología, medicina general y medicina especializada.
- Este registro debe incluir:

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

- ✓ Identificación del usuario y datos de contacto
- ✓ Fecha de solicitud de la cita
- ✓ Fecha de asignación de la cita
- ✓ IPS donde se asigna la cita (con su código de registro especial).

Mecanismos no presenciales:

- Las EPS deben contar con **mecanismos no presenciales** para recibir solicitudes y asignar citas.
- Además, deben **incrementar progresivamente su cobertura** en la asignación de citas.

En resumen, esta normativa busca asegurar que los usuarios reciban atención médica de manera ágil y eficiente.

5. GLOSARIO Y ABREVIATURAS

Agendamiento: La agenda de atención médica es el trámite que permite obtener una atención, identificar al usuario, proveer insumos y planificar la prestación de servicios de salud a un usuario en un área determinada de la medicina.

Atención primaria Social (APS): Estrategia que busca una gestión integral e integrada del sistema de salud, coordinando esfuerzos territoriales, institucionales y sociales para mejorar el acceso equitativo y de calidad a los servicios de salud, promover el bienestar y garantizar la equidad para los habitantes de Bogotá.

Gestión Integral del Riesgo (GIRS): Establecida en el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, es una estrategia clave dentro de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS). Se basa en la colaboración entre el sistema de salud y otros sectores para identificar, evaluar, medir e intervenir en riesgos para la salud a nivel individual, familiar y comunitario, desde la prevención hasta la paliación, y para realizar un seguimiento efectivo de estos riesgos.

Gestión Extramural se refiere al enfoque que fortalece el primer contacto entre los actores del sistema de salud y las personas, familias y comunidades en sus entornos cotidianos, como el hogar, el ámbito educativo, laboral, institucional y comunitario. Esta capa de gestión se centra en interactuar directamente en estos entornos para: entorno

Equipo Básico Extramural (EBE): Es un grupo interdisciplinario que desarrolla acciones con la comunidad, familia y personas para incidir positivamente en las

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

condiciones de salud de las familias y comunidades**.** Este equipo lo componen promotores (técnicos en salud), profesionales de medicina, enfermería, psicología y nutrición, y ciencias ambientales, optometría y terapia según las necesidades identificadas en el territorio, quienes tendrán asignación de un número de familias del territorio y responsabilidad en la gestión integral del riesgo de estas.

Su labor se centra en aportar a la identificación de riesgos en salud, implementar el Plan Integral de Gestión del Riesgo para abordar riesgos y determinantes sociales de salud, realizar intervenciones individuales, familiares y colectivas para mitigar amenazas a la salud y promover factores protectores. Ejecutar acciones de educación en salud pública, monitorear la situación de salud y asegurar el seguimiento de planes de gestión del riesgo y Coordinar con otros prestadores de salud para asegurar una atención integral y efectiva.

Unidades Básicas Resolutivas: Este equipo en salud se encuentra ubicado en los prestadores primarios del territorio en donde se ofrecen servicios ambulatorios, bajo el esquema de asignación y responsabilidad poblacionales con énfasis en familia, para las unidades básicas resolutivas esta asignación estará a cargo de un médico general con énfasis en familia en otro tipo de unidades la asignación poblacional podrá darse también a otros profesionales competentes, sin embargo siempre debe existir un profesional encargado de la implementación, seguimiento y cumplimiento del plan de gestión del riesgo

6. DESARROLLO DE CONTENIDO

En el marco de la operación de los Equipos Básicos Extramurales, la caracterización familiar es el punto de partida para desarrollar atenciones individuales y colectivas, que permitan responder a las necesidades y expectativas de los integrantes de los hogares abordados.
Es por ello, que esta actividad, definida para ser desarrollada por los promotores, permite generar el primer contacto de la familia con el EBE, donde se dará a conocer el propósito de la intervención y se realiza la caracterización propiamente dicha.

Dado que una intervención efectiva en la familia y sus miembros es esencial para promover la salud y el bienestar, es necesario realizar una clasificación exhaustiva del riesgo en salud de cada individuo dentro del núcleo familiar. Esta clasificación permite identificar de manera precisa las necesidades específicas y los factores de riesgo que afectan a cada persona.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Una vez clasificados los riesgos, se pueden diseñar y desarrollar planes de gestión del riesgo personalizados, complementando los planes de cuidado familiar. Estos planes se adaptan a las condiciones particulares de cada miembro de la familia, abordando de forma específica los problemas de salud identificados y estableciendo estrategias de intervención adecuadas.

Además, es necesario implementar un sistema de monitoreo continuo para observar la evolución de cada caso. Este seguimiento permite evaluar la efectividad de los planes de gestión del riesgo, hacer ajustes en tiempo real y detectar cualquier cambio o novedad en el estado de salud de los miembros de la familia. Así, se asegura una atención oportuna y ajustada a las necesidades emergentes, garantizando una respuesta ágil y efectiva ante cualquier situación que pueda surgir.

Por lo anterior los integrantes de la familia, tendrán de acuerdo con su condición de salud la siguiente clasificación:

Tabla 1. Clasificación de los integrantes de la familia.

TIPO 4	TIPO 3	TIPO 2	TIPO 1
Usuario que pertenece a grupo de riesgo • Materno perinatal. • Alteraciones nutricionales. • Enfermedad cardiovascular. • Problemas en salud mental. • Enfermedades respiratorias crónicas. **Sin atención de salud para su condición de riesgo.**	• Usuario con alteraciones en resultado de tamizajes, para la identificación del riesgo por grupo de riesgo o población general, o • Usuario con antecedentes familiares de enfermedades crónicas no trasmisibles, con resultado de tamizaje de riesgo alterado. **Sin atención de salud para su condición de riesgo**.	• Usuario de grupo de riesgo o con factores de riesgo identificados que se encuentran vinculados a la ruta o tienen seguimiento.	• Usuario sin riesgo identificado con actividades en salud acordes para el curso de vida.

Para aquellos integrantes de la familia que según la identificación de riesgos en salud se clasifiquen en grupo 4 y requieran una activación de atenciones individuales, se realizará el acompañamiento y orientación al usuario para acceder a los canales de agendamiento de citas establecidos por su EAPB, con el fin de dar continuidad a la atención en las Unidades Básicas Resolutivas.

Para garantizar una mejor planificación operativa en el proceso de agendamiento, las EAPB realizaran los procesos de capacitación y fortalecimiento en el manejo de las

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

plataformas, herramientas, aplicaciones u otros medios que se dispongan para realizar el agendamiento de citas o consultas a las cuales haya lugar.

Para realizar el acompañamiento y orientación al usuario y acceder a los canales de agendamiento de citas establecidos por su EAPB se debe tener en cuenta:

- El promotor debe verificar la identificación del usuario y contar con los datos necesarios (documento de identificación, EAPB y estado de afiliación para realizar el proceso de orientación en el agendamiento).
- El promotor debe contar con el acceso al aplicativo SIGIRES con el fin de verificar las últimas atenciones del usuario.
- Disponer del número de las líneas telefónicas de agendamiento de citas o URL de los canales virtuales dispuestos por la EAPB.
- Contar con la información del ID del usuario para el ingreso a las plataformas de los canales virtuales de acuerdo con la EAPB a la cual está asegurado. Si no cuenta con este ID, el promotor realiza el acompañamiento y orientación al usuario para que lo cree.

El proceso que debe seguir el promotor para el agendamiento es el siguiente:

- El promotor consulta en la herramienta SIGIRES para verificar la pertinencia del servicio de salud al que se direccionará al usuario, según la identificación de riesgos del promotor, considerando las frecuencias de uso según el esquema de intervenciones/atenciones en salud individuales definido en el lineamiento técnico y operativo de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud –RPMS– (Resolución 3280–2018) y de acuerdo con la necesidad del usuario. Si se confirma la pertinencia de la consulta, se debe acceder al mecanismo de agendamiento como línea telefónica o canal virtual.
- Realizar orientación y agendamiento al usuario para la solicitud de la consulta.
- En caso de ser efectivo el agendamiento, reiterar la información como: fecha, hora, lugar, tipo de consulta y profesional que atenderá al usuario.
- Si el promotor no encuentra disponibilidad de citas para el servicio de salud en la línea telefónica de acceso directo, el referente asignado por la EAPB la asigna e informa al promotor los datos correspondientes, quien entregará la información al usuario de inmediato.

Una vez realizado el proceso de agendamiento, se debe llevar a cabo el mecanismo de recordación para la asistencia a la cita y posterior verificación de cumplimiento.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

En caso de que el usuario haya sido inasistente a la cita, se realiza derivación a los profesionales de los EBE según necesidad en salud, de manera que reciban la atención individual en casa.
Esta derivación la media una verificación de pertinencia de la atención de las EAPB, considerando las frecuencias de uso según el esquema de intervenciones/atenciones en salud individuales definido en el lineamiento técnico y operativo de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud –RPMS– (Resolución 3280–2018) y según la necesidad en salud del usuario.

Para los integrantes clasificados en grupos de riesgo 2 y 3 que requieran servicios individuales se realiza el proceso de canalización a la ruta correspondiente, mediante el módulo de canalizaciones del Sistema Integral de Referencia y Contrarreferencia (SIRC).

Tras haber realizado la verificación de atenciones previas en historia clínica y definir la pertinencia de la atención por los equipos básicos extramurales, se recepciona los casos remitidos por las EAPB sujetos de intervención con el fin de realizar proceso de validación de la calidad de los datos, geocodificación y asignación de casos a la Subred Integrada de Servicios de Salud de acuerdo con el lugar de residencia de los usuarios.

Si se identifica algún integrante de la familia sin aseguramiento, se activa la ruta de aseguramiento en salud, para que pueda recibir orientación para el trámite de afiliación, por parte de las oficinas de atención al usuario.

7. ANEXOS

(Diligencie en este campo información adicional que se refiera en el contenido del documento este campo podrá utilizarse para ampliar información que se requiera detallar o insertar imágenes o documentos que se encuentren dentro del contexto del documento o referenciarse en el contenido del mismo. Es opcional)

8. BIBLIOGRAFIA

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

(Diligencie en este campo las referencias bibliográficas que se citaron en el contenido del documento describiendo nombres de autores. Se recomienda usar normas APA última edición.)

9. CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	RAZÓN DE CREACIÓN O ACTUALIZACIÓN
V1	02/09/2024	Creación del documento

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.