Tema: Miércoles de calidad – presentación Equipos Básicos Extramurales

Dependencia (Dirección / Oficina)	Proceso
Subsecretaría de Servicios de Salud y Aseguramiento	**Equipos Básicos Extramurales Hogar**

Objetivo				
Socializar los Equipos Básicos Extramurales y su funcionamiento.	Fecha: **Noviembre 6 de 2024**			
	Tipo de reunión	Asistencia Técnica: Asesoría ( ) Capacitación ( ) Orientación ( ) Acompañamiento (x)		
		Otro ( ) _____		
	Modalidad:	Presencial ( )	Virtual (X)	Mixta ( )
	Lugar: N/A			
	Hora Inicio: **7:00am** Hora Fin: **8:30am**			
	Notas por: Karen Andrea Parrado Calvo – Equipos Básicos Extramurales			
	Próxima Reunión: Sin definir			
	Quien cita: Dirección de Provisión de Servicios			

TEMAS Y COMENTARIOS TRATADOS *

Se da inicio con la instalación de la sesión:

La reunión fue iniciada por Tamara Gilma Vanin Nieto, quien recordó a los asistentes que se volvería a colocar el pre-test en el chat para que fuera diligenciado por todos los presentes. Además, solicitó que, en caso de no poder acceder al documento, se informara para tomar las medidas necesarias. Durante este proceso, Nubia Stella González Moreno confirmó que no tuvo inconvenientes con el acceso al pre-test y agradeció la gestión.

Actualización sobre la Transición Documental:
Tamara Gilma Vanin Nieto informó sobre el proceso de transición de todos los documentos a los nuevos procesos. Se destacó que la actualización de los documentos debía realizarse durante esa semana, ya que no se podría esperar hasta el 13 de diciembre, fecha límite para la transición. Reiteró que cuanto más rápido se completara el proceso, más fácil sería avanzar en el mismo. Indicó que todos los documentos sufrirían un cambio en los encabezados, pero que no se perdería la trazabilidad, ya que todo quedaría registrado en el sistema.

Además, recordó a los líderes que se habían enviado los lineamientos necesarios, los cuales debían revisar con atención, especialmente en lo relacionado con las portadas de los documentos, donde se

incluirían agradecimientos a las personas que habían trabajado previamente en ellos. Tamara Gilma solicitó a los asistentes que agilizaran la actualización de los documentos y se mostró disponible para resolver cualquier inquietud o necesidad que surgiera durante el proceso.

A continuación, el Dr. Fernando Aníbal Peña Díaz dio inicio a su intervención, destacando la relevancia de la reunión y la necesidad de la participación activa de todos los miembros del equipo. Explicó que los temas tratados eran de suma importancia para la Dirección de Protección de Servicios, y subrayó que la presencia de los líderes debía ser más masiva en futuras sesiones, dado que generalmente se esperaban más de 80 participantes.

El Dr. Peña mencionó que los Equipos Básicos Extramurales juegan un papel esencial dentro del modelo de Salud más Bienestar y que deben estar plenamente integrados con los demás componentes del sistema de salud. Enfatizó que los líderes y colaboradores de los distintos grupos deben coordinar y trabajar de manera articulada, ya que la implementación del modelo requiere de esta colaboración para su éxito.

Se procede a dar la palabra a Diana Marcela Velandia Barrera quien es la profesional de Equipos Básicos Extramurales que hará la socialización:

La Profesional Diana Marcela Velandia Barrera procedió a la presentación de los avances de los Equipos Básicos Extramurales. Explicó que la implementación de estos equipos se ha dividido en cuatro fases progresivas, las cuales abordan a la población de manera gradual. La planeación territorial, que toma como unidad geográfica el sector catastral, ha sido clave para esta implementación.

Se realizó un análisis de indicadores de morbimortalidad y de salud pública, así como de la estratificación social y el índice de pobreza multidimensional, con el fin de priorizar los sectores que requieren atención inmediata. Los sectores catastrales se clasificaron en cinco categorías, siendo la categoría cero para aquellos sectores con uso no residencial, como parques y zonas industriales. Los sectores en color rojo en el mapa corresponden a aquellos que tienen una alta concentración de población y, por lo tanto, una mayor prioridad en la atención.

Se presentó el avance sobre la implementación de los Equipos Básicos Extramurales, destacando las cuatro fases definidas para su implementación y abordaje progresivo de la población:

Fase 1: Enfocada en el abordaje de los territorios clasificados en categorías 1 y 4, desde el 17 de octubre de 2023 hasta el 15 de abril de 2025. Se alcanzará una cobertura del 39%, con aproximadamente 696 sectores catastrales.

Fase 2: Se centrará en la caracterización de la población en puntos de atención, abordando los territorios clasificados como 1, 4 y el 50% de los territorios tipo 2, con una cobertura proyectada del 69%.

Fase 3: Continuará el proceso de caracterización, avanzando con la incorporación de nuevas tecnologías. En esta fase se espera abordar 1.091 sectores catastrales, alcanzando una cobertura del 92%.

Fase 4: Finalmente, en la fase 4, que se proyecta desde el 16 de abril de 2026 hasta finales de 2027, se abordará casi el 100% de los sectores catastrales priorizados.

Se destacó que la planeación territorial se basa en la clasificación de los sectores catastrales en cinco categorías, de acuerdo con el uso del suelo y la concentración de riesgos. Los sectores más prioritarios (categoría 1) serán aquellos con mayor concentración de riesgos, mientras que los sectores rurales (categoría 4) tienen una menor prioridad en términos de riesgo, pero también serán atendidos de acuerdo con la fase establecida.

Estructura de los Equipos Básicos Extramurales

Diana Marcela explicó la conformación de los Equipos Básicos Extramurales, los cuales se basan en lo establecido por la Ley 1438, incluyendo perfiles como promotores o técnicos en salud, auxiliares de enfermería, médicos generales, enfermeros, psicólogos, nutricionistas, y otros profesionales como odontólogos y expertos en ciencias ambientales. Estos equipos tienen como objetivo promover el acceso y continuidad de la atención integral en salud en los entornos cotidianos de la población.

El promotor o técnico en salud es la puerta de entrada al proceso, encargándose de realizar la caracterización de los territorios, gestionar los riesgos de salud, y promover la afiliación al sistema de seguridad social cuando se identifiquen usuarios no asegurados. Además, se abordarán acciones de educación en salud, tamizajes específicos, y se implementará un plan integral de gestión del riesgo.

Modalidades de Abordaje y Plan de Cuidado

Se presentaron las estrategias para la caracterización y clasificación de las familias y sus integrantes, con el objetivo de identificar los riesgos en salud y realizar un seguimiento adecuado. Se detalló que la clasificación se realiza en tres niveles: baja, media y alta, según las condiciones de salud y los riesgos identificados.

Familias con prioridad baja: Aquellas sin condiciones de riesgo, solo con seguimiento anual.
Familias con prioridad media: Aquellas con condiciones de riesgo controladas, con seguimiento semestral.
Familias con prioridad alta: Aquellas con riesgo grave, sin atención, con seguimiento trimestral.
El plan de cuidado se desarrollará para los casos de prioridad alta, con dos componentes: familiar e individual. Este plan incluye estrategias de intervención para la salud materna, infantil, nutricional, salud mental, y crónica, y se continuará con el seguimiento a lo largo del tiempo para asegurar la adherencia al plan de cuidado.

Proceso Operativo de los Equipos Básicos Extramurales

Se explicó el proceso operativo que incluye la gestión territorial y gestión familiar. Los equipos asignarán sus recursos a los sectores catastrales priorizados, realizando visitas para actualizar la

caracterización de las familias y definir el plan de cuidado. Se utilizarán diferentes modalidades de caracterización, como la presencial en el hogar, la presencial en puntos de atención y el uso de plataformas digitales.

Además, se detallaron los procesos de monitoreo y evaluación, con un enfoque en la cobertura, pero también en los resultados de salud a medida que avanzan las fases. Se llevará a cabo un seguimiento a los indicadores de impacto conforme la operación se expanda.

Estrategias Adicionales y Puertas de Entrada

Se definieron dos puertas de entrada para los usuarios:

Derivaciones de las DPSS: Usuarios identificados como inasistentes o que no han sido vinculados a las rutas correspondientes.

Identificación en el terreno por parte de los equipos: Usuarios identificados por el promotor durante las visitas a las viviendas, que serán derivados a citas médicas o servicios de salud.
En ambos casos, se activará un proceso de seguimiento y recordación de citas para asegurar que los usuarios accedan a la atención que necesitan.

A continuación, se da respuesta a las preguntas indicadas por los participantes:

¿Qué pasa con los usuarios clasificados en los grupos 1, 2 y 3 según los riesgos identificados por los promotores?

Los usuarios clasificados en los grupos 1, 2 y 3 reciben diferentes niveles de atención y seguimiento según el tipo de riesgo identificado.

Usuarios del grupo 3: Son aquellos que presentan algún tipo de riesgo, pero no necesariamente tienen un diagnóstico confirmado. A través de los tamizajes realizados por los promotores, si se identifica un riesgo significativo (por ejemplo, un puntaje alto en el tamizaje de riesgo de diabetes), se les agenda una cita médica en una unidad primaria de salud para confirmar el diagnóstico y comenzar el manejo adecuado. Este grupo tiene una atención más personalizada, con un seguimiento más cercano a través de la vinculación a rutas específicas de salud según el riesgo identificado.

Usuarios del grupo 2: Son aquellos con algún tipo de riesgo ya identificado y que están vinculados a una ruta de atención. Estos usuarios son derivados a la ruta de promoción y mantenimiento de la salud, con el objetivo de que, aunque estén en riesgo, se mantengan saludables. Se realiza un seguimiento periódico para garantizar que continúen en la ruta de salud.

Usuarios del grupo 1: Son aquellos que no presentan riesgos inmediatos, pero se les realiza un seguimiento general para asegurar que no desarrollen problemas de salud en el futuro.

Lo más importante en todos estos casos es garantizar que los usuarios sean vinculados a las rutas de atención correspondientes y que el promotor realice el seguimiento adecuado, asegurando que las citas médicas sean agendadas y que los usuarios sigan el plan de cuidado adecuado.

¿Qué papel juega el promotor en la fase inicial del proyecto y cómo se gestiona el riesgo a través de la caracterización de la población?

En la fase inicial, el promotor se enfoca en la caracterización presencial de la población, realizando una estrategia de abordaje casa por casa en los sectores priorizados. Este proceso tiene como objetivo identificar los riesgos de salud de los usuarios y hacer las correspondientes derivaciones a las rutas que correspondan, como el sistema de salud o intervenciones intersectoriales.

Los promotores utilizan herramientas como tamizajes de salud, toma de signos vitales, medición de glucosa y otros equipos biomédicos para evaluar el riesgo de salud de los usuarios. También pueden identificar riesgos ambientales y de las condiciones de vivienda.

Además, los promotores gestionan la activación de rutas de atención para los usuarios identificados con riesgos, ya sea de salud, nutrición, salud mental o en condiciones vulnerables. La información se deriva a los sistemas correspondientes, como la Secretaría de Integración Social o la Secretaría de Educación, para tomar las acciones intersectoriales necesarias.

A medida que el proyecto avanza en las fases posteriores, el promotor irá actualizando los datos y los riesgos a través de plataformas tecnológicas y sistemas de información que permiten una mayor interoperabilidad, mejorando la efectividad de la intervención.

¿Cuántos usuarios o familias serán atendidos por cada promotor, y qué tan frecuente será el seguimiento?

Cada promotor estará encargado de un territorio específico que abarca entre 800 y 1300 familias, dependiendo de la densidad poblacional y la organización del sector catastral. El promotor realizará un abordaje territorial mediante visitas casa por casa, identificando a los usuarios crónicos y otros con riesgos de salud. Además, el promotor realizará seguimientos presenciales y telefónicos. La frecuencia de estos seguimientos dependerá de la clasificación de riesgo de cada familia, es decir: para las familias de alta prioridad, el seguimiento será más frecuente (semanal o quincenal). Para las de prioridad media, el seguimiento se realizará cada dos o tres meses. Para las de baja prioridad, se realizarán seguimientos menos frecuentes (trimestrales o semestrales).

El promotor no sólo se encargará de la identificación de riesgos, sino que también gestionará la vinculación a las rutas de salud y asegurará que los usuarios continúen en las rutas de atención adecuadas.

¿Qué pasa si el promotor no puede agendar la cita médica o gestionar la atención de un usuario con una aseguradora?

Si el promotor no puede agendar la cita médica o gestionar la atención del usuario debido a que no está afiliado a una aseguradora, se activarán las rutas de aseguramiento para vincular al usuario al sistema de seguridad social en salud. Esto puede implicar la activación de la ruta de aseguramiento y la notificación de eventos de interés en salud pública cuando se identifiquen problemas de salud, como riesgos de salud mental o crónicos.

En caso de que un usuario no esté vinculado a Capital Salud, el promotor gestionará el caso a través de las entidades aseguradoras correspondientes para facilitar su acceso a los servicios médicos y garantizar que reciba la atención que necesita. Además, los promotores están trabajando en conjunto con los referentes de agenda de las aseguradoras para garantizar la continuidad del proceso de vinculación a las rutas de atención necesarias.

La eficiencia de este proceso se medirá a través de un seguimiento constante para asegurarse de que los usuarios no solo sean derivados a las rutas correspondientes, sino que efectivamente se les brinde la atención adecuada. Esto incluye verificar que los usuarios realmente sean atendidos y que se cumpla con los planes de cuidado individualizados.

¿Cómo se asegura que el modelo de intervención llegue a toda la población de Bogotá, y no solo a los afiliados a Capital Salud?

El modelo de intervención se está implementando en colaboración con una variedad de entidades aseguradoras), no solo con Capital Salud. Desde marzo de este año, se han llevado a cabo mesas de trabajo con nueve EPS incluidas: Sura, Compensar, Salud Total, Aliansalud, y otras, con el fin de establecer convenios y protocolos de colaboración para la gestión de riesgos de los usuarios, independientemente de la aseguradora a la que estén afiliados.

Este trabajo interinstitucional incluye la coordinación con las subredes de salud y la gestión de los riesgos para garantizar que los usuarios, incluso aquellos no afiliados a Capital Salud, tengan acceso a la atención necesaria. A través de un sistema de agendamiento y referencia y contra referencia, se gestionarán las citas y se dará seguimiento a los casos, asegurando que todos los usuarios de Bogotá, sin importar su aseguradora, sean atendidos de manera oportuna.

El seguimiento real de las intervenciones, el cumplimiento de los planes de cuidado y la vinculación efectiva de los usuarios a las rutas de atención es fundamental para garantizar el éxito del modelo. Se implementarán mecanismos de evaluación constante para asegurar que los usuarios, ya sean crónicos, en riesgo o sanos, reciban el seguimiento necesario.

¿Cuánto tiempo permanecerá el promotor en cada territorio?

El tiempo que el promotor permanece en un territorio específico depende de la fase de implementación del proyecto. En la fase 1, se realizarán intervenciones centradas en los usuarios de las categorías 1 y 4. A medida que avanzan las fases 2 y 3, se irá expandiendo la cobertura a otros territorios y grupos de usuarios.

En cuanto a la permanencia, el promotor permanecerá en el territorio mientras dure el proceso de caracterización y seguimiento de la población, es decir, en función de las necesidades del territorio y las intervenciones requeridas. Además, el promotor hará un seguimiento continuo, tanto presencial como telefónico, dependiendo de la clasificación de riesgo de las familias. Este proceso de intervención es dinámico y ajustable según la evolución de los casos y la cobertura de los territorios.

¿Cómo se manejará la atención de los usuarios crónicos que requieren seguimiento continuo?

Los usuarios crónicos recibirán un seguimiento más intenso y regular por parte del promotor y el equipo interdisciplinario. Los promotores se enfocarán en identificar a estos usuarios mediante la caracterización familiar y los tamizajes iniciales. Estos usuarios serán vinculados a rutas de cuidado especial, que incluyen tanto atención médica como programas de promoción de la salud para mantener su condición controlada.

El promotor asegurará que se realicen visitas periódicas y se actualicen los planes de cuidado, con el apoyo de otros profesionales de salud (médicos generales, nutricionistas, psicólogos, etc). Además, en el caso de enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión o enfermedades cardiovasculares, los usuarios serán atendidos a través de rutas de cuidado integral para evitar complicaciones y mejorar su calidad de vida.

Estas respuestas reflejan la estructura y el alcance del modelo de intervención de los Equipos Básicos Extramurales, destacando la importancia de un enfoque integral y la colaboración intersectorial para abordar las necesidades de salud de la población en Bogotá.

COMPROMISOS

Adjuntar presentación a la presente acta.

REVISIÓN Y APROBACIÓN DEL ACTA

No	NOMBRES Y APELLIDOS	CORREO	TELÉFONO	DIRECCIÓN/ OFICINA/ ENTIDAD	FIRMA
1					
2					
3					
4					

5					
6					
7					
8					
9					

ASISTENTES

Anexo listado de asistencia SDS-PYC-FT-002.

Nota: Cuando la asistencia es igual o superior a 10 personas, se debe hacer uso del formato Listado de asistencia a reuniones SDS-PYC-FT-002, según lineamiento SDS-PYC-LN-011

Evaluación y cierre de la reunión

¿Se logró el objetivo?	Observaciones (si aplica)
Si (X) **No ( )**	

* Se podrán incluir o eliminar filas de acuerdo con el requerimiento.