

Prestador Primario de Servicios de Salud  
Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria – Dirección de  
Desarrollo del Talento Humano en Salud – Dirección de Promoción y  
Prevención

Bogotá, abril de 2018



**MinSalud**  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

**ALEJANDRO GAVIRIA URIBE**  
**Ministro de Salud y Protección Social**

**CARMEN EUGENIA DAVILA**  
**Viceministra de Protección Social**

**LUIS FERNANDO CORREA SERNA**  
**Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios (e)**

**GERARDO BURGOS BERNAL**  
**Secretario General**

**JOSÉ FERNANDO ARIAS DUARTE**  
**Director de Prestación de Servicios y Atención Primaria**

**LUIS CARLOS ORTÍZ MONSALVE**  
**Director de Gestión del Talento Humano en Salud**

**ELKIN DE JESÚS OSORIO SALDARRIAGA**  
**Director de Promoción y Prevención**

Documento que especifica los lineamientos en términos de organización, operación y gestión del prestador primario de servicios de salud, de conformidad con lo establecido en la Ley 1753 de 2015 y la Política de Atención Integral en Salud adoptada mediante la Resolución 429 de 2016.

© **Ministerio de Salud y Protección Social**

*Documento elaborado por*

César Augusto Castiblanco – Dirección de Promoción y Prevención  
Gerardo Cano - Dirección de Promoción y Prevención  
John Francisco Ariza – Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud  
Ana Mejía Parra – Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria  
Ligia Patricia Reyes – Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria  
Catherine Ramírez Gutiérrez – Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria

Ministerio de Salud y Protección Social  
Cra. 13 # 32-76  
Bogotá D.C. – abril de 2018

## Contenido

INTRODUCCIÓN.....	7
1. GENERALIDADES .....	9
1.1 CONCEPTOS GENERALES DEL COMPONENTE PRIMARIO Y PRESTADOR PRIMARIO 10	
1.1.1 COMPONENTE PRIMARIO DE LAS REDES INTEGRALES DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD Y LA POLÍTICA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD.....	10
1.1.2 PRESTADOR PRIMARIO .....	12
1.1.3 Funciones del prestador primario.....	13
1.1.3.1 Funciones del prestador primario en marco de la Política Integral de atención en salud, las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y las Rutas de Atención Integral en Salud.....	13
2. PRESTADOR PRIMARIO. ESTRUCTURA .....	15
2.1 Procesos y servicios a cargo del prestador primario en la capa comunitaria .....	16
2.1.1 Acciones comunitarias a cargo del prestador primario .....	18
2.1.2 Articulación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC	21
2.2 Procesos y servicios a cargo del prestador primario en la capa de consulta especializada de nivel primario.....	22
3. CONFORMACIÓN Y ORGANIZACIÓN DEL PRESTADOR PRIMARIO ....	22
3.1 Interacción de los ámbitos territoriales en los procesos de conformación y organización del Prestador Primario .....	23
3.2 Definición de Servicios a proveer por el Prestador Primario.....	24
3.3.2 Procesos para la especificación de la operación del EMS .....	29
3.3.3 Gestión de los EMS.....	30
4. Operación del Prestador Primario .....	32
4.1 Mecanismos de gestión del prestador primario .....	32
4.2 Procesos y procedimientos para la atención en salud de los prestadores primarios (RIAS, PICP) .....	40

4.2.1	Habilitación de prestadores primarios .....	40
5.	Seguimiento a la gestión y el desempeño del Prestador Primario....	42
5.1	Seguimiento de la prestación de servicios de salud del prestador primario	42
	ANEXO No 1. ESTÁNDARES Y CRITERIOS DE HABILITACIÓN PROPUESTOS PARA EL PRESTADOR PRIMARIO .....	43
	▪ Estándares y criterios de entrada para la habilitación de Los Prestadores Primarios De Servicios De Salud .....	43
	▪ Estándares y criterios de permanencia de la habilitación de los Prestadores Primarios De Servicios De Salud .....	48
	ANEXO No 2 DIRECTRICES PARA LA INTERVENCIÓN FAMILIAR A CARGO DEL PRESTADOR PRIMARIO .....	51

### Lista de tablas

Tabla 1. Servicios de salud habilitados a ser provistos por el Prestador Primario en Áreas Metropolitanas y Ámbito Urbano.....	24
Tabla 2. Servicios de salud habilitados a proveer por el Prestador Primario en Ámbito Rural.....	26
Tabla 3. Servicios de salud habilitados a proveer por el Prestador Primario en Ámbito Disperso .....	26

BORRADOR

## INTRODUCCIÓN

La Política Integral de Atención en salud -PAIS adoptada mediante la Resolución 429 de 2016 define el marco para la articulación del aseguramiento, la prestación de servicios, las acciones individuales y colectivas, mediante las estrategias de la atención primaria de salud (con enfoque de salud familiar y comunitaria), el cuidado, la gestión integral del riesgo en salud, y el enfoque diferencial de territorios y poblaciones<sup>1</sup>. Entre los componentes de dicha Política, se propone como elemento de tipo funcional en la prestación de los servicios, la organización de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud -RIPSS, en las cuales dentro de su estructura y para su funcionalidad se ha definido su organización y gestión en un componente primario y uno complementario.

Según la Política de Atención Integral en Salud, el componente primario es el encargado de la prestación de las acciones individuales, colectivas y poblacionales en salud, definidas como primarias de acuerdo a las RIAS, para la resolución de los eventos más frecuentes, a nivel personal, familiar y comunitario, durante todos los momentos del curso de la vida y en los diferentes entornos, en un ámbito geográfico cercano a la población, e incorporando la tecnología necesaria y disponible, con pertinencia socio cultural, con servicios de baja y mediana complejidad. Bajo las condiciones actuales de la disposición de los servicios de salud en el país y según lo estipulado por la PAIS y la Resolución 1441 de 2016 sobre las RIPSS, este componente puede ser organizado funcionalmente a través de: (i) Por **Prestadores primarios habilitados** al cumplir con los estándares y criterios establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para tal fin; (iii) por la articulación de "servicios primarios" habilitados por diferentes prestadores en el marco de las RIPSS; o (iii) la combinación de los anteriores.

Los prestadores primarios como organizaciones funcionales no son considerados como un simple agregado de servicios priorizados habilitados, sino que implica que cumplan con los procesos, estándares y criterios mínimos para tal propósito, como unidad esencial en la estructura asistencial, y deberán para su gestión contar con los recursos físicos, humanos, técnicos y financieros para gestionar los riesgos y la atención en salud de la población a cargo en lo de su competencia.

Para el efecto, deben contar con capacidades para gestionar la prestación de servicios de salud en el contexto de las RIPSS, que contribuyan a soportar los procesos de gestión del riesgo en salud agenciados por las Entidades Promotoras de Salud - EPS, así como la articulación que debe realizarse con las Entidades territoriales en lo correspondiente a las intervenciones colectivas.

---

<sup>1</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. 2016. Política de Atención Integral en Salud "Un sistema de salud al servicio de la gente".

Es fundamental entender que el *prestador primario* no sustituye en sus roles y competencias en el SGSSS a las EPS y Entidades Territoriales. Estas conservan sus funciones como gestoras del riesgo individual para la población afiliada, administradoras de riesgo financiero y de la gestión de la autoridad sanitaria, de los riesgos poblacionales y determinantes sociales de la salud, conforme a sus competencias, respectivamente.

Para dar alcance a lo anterior, el prestador primario debe contar con capacidad para identificar y analizar, en el municipio o distrito donde operen, las necesidades en salud de la población a cargo, resolver los problemas de salud más frecuentes y gestionar los riesgos en salud acorde a las rutas de atención integral en salud, en el marco de su alcance y competencias; como integrante de la RIPSS, de acuerdo con los criterios y lineamientos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 1441 de 2016.

Cualquier Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS para solicitar la habilitación como prestador primario, además de los servicios exigidos para cada ámbito territorial definido en la Política de Atención Integral en Salud, debe garantizar otras capacidades que implican realizar inversiones tanto a nivel estructural como de procesos y procedimientos de gestión. Lo anterior, conlleva determinar criterios y condiciones para la apertura, cierre y novedades relativos a estos prestadores, y no incide sobre las condiciones vigentes de la habilitación de los servicios de salud. Estas exigencias y sus implicaciones, determinan las posibilidades de desarrollo de este tipo de prestadores cualificados en un horizonte de tiempo, a partir de las condiciones iniciales (actuales) de la oferta habilitada disponible en los territorios.

Mientras se desarrollan las capacidades que permitan la conformación y organización de los prestadores primarios, considerando los incentivos y orientaciones de la Política de Atención Integral en Salud, el Componente Primario de las RIPSS se organizará por parte de las EPS a partir de los servicios habilitados por los diferentes prestadores de servicios de salud y disponibles en cada territorio. Lo anterior, no implica que el componente primario en el largo plazo, solamente sea garantizado por parte de los prestadores primarios, sino se debe garantizar la prestación de los servicios de salud por parte de las RIPSS donde se encuentra autorizada para operar, de conformidad a las necesidades de su población.

En este documento se presentan los elementos y consideraciones propuestas para la concepción del prestador primario, incorporando los lineamientos para su conformación, organización, operación, gestión y seguimiento, y los elementos estructurales que posibiliten especificar los requerimientos en torno a la Política de Atención Integral en Salud.

## 1. GENERALIDADES

El Sistema de Seguridad Social en Salud – SGSSS viene consolidando el desarrollo de planes, políticas, programas y estrategias para garantizar los elementos esenciales para el logro del goce efectivo del derecho a la Salud promulgado por la Ley 1751 de 2015. En marco de lo anterior, la Ley 1753 de 2015 del Plan Nacional de Desarrollo 2014 – 2018, especifica que el Ministerio de Salud y Protección Social deberá definir la Política de Atención Integral en Salud, donde se integran i) *la atención primaria en salud (APS); ii) la salud familiar y comunitaria, iii) la articulación de las actividades individuales y colectivas y iv) el enfoque poblacional y diferencial;* para dar alcance a lo anterior se tendrán en cuenta los componentes relativos a las rutas de atención para la promoción y mantenimiento de la salud por curso de vida, las rutas de atención específicas por grupos de riesgos, el fortalecimiento del prestador primario, la operación en redes integrales de servicios, el desarrollo del talento humano, en el marco de la Ley 1164 de 2007, articulación de las intervenciones individuales y colectivas, el desarrollo de incentivos en salud y la definición de requerimientos de información para su seguimiento y evaluación<sup>2</sup>.

En sentido general, la Política de Atención Integral en Salud busca orientar el SGSSS al establecimiento de las herramientas para el mejoramiento de las condiciones de salud buscando garantizar 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<sup>3</sup>, a través del Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS, como esquema operativo se busca lograr la integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población y los territorios en que se desarrollan, lo cual requiere la armonización de los objetivos y estrategias del Sistema alrededor del ciudadano como objetivo del mismo<sup>4</sup>.

Dentro de las estrategias que han sido definidas en el MIAS, se ha establecido el Prestador Primario como uno de los elementos que soporta los procesos de gestión integral del riesgo, en el componente individual agenciados por las Entidades Promotoras de Salud - EPS, así como las intervenciones colectivas a cargo de la Entidad Territorial, en lo de su competencia. Así las cosas, definir los elementos básicos para el desarrollo de esta organización funcional requiere precisar de manera explícita sus roles y funciones dentro del proceso de atención en salud, así como, establecer los instrumentos de tipo regulatorio requeridos para las directrices que garanticen no sólo su conformación y organización, sino su operación en marco de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y su incidencia respecto a la gestión, desempeño y resultados en salud de las EPS y de las entidades territoriales.

---

<sup>2</sup> Ley 1753 de 2015. Artículo 65. Congreso de la República. Junio de 2015

<sup>3</sup> Ley 1751 de 2015. Artículo 2. Congreso de la República. Febrero de 2015

<sup>4</sup> Departamento Nacional de Planeación. Documento Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2014 – 2016. Todos por un Nuevo País. Paz, Equidad y Educación.

## 1.1 CONCEPTOS GENERALES DEL COMPONENTE PRIMARIO Y PRESTADOR PRIMARIO

Para conceptualizar los criterios para el desarrollo de los elementos básicos del prestador primario se tiene como referencia lo siguiente:

### 1.1.1 COMPONENTE PRIMARIO DE LAS REDES INTEGRALES DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD Y LA POLÍTICA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD

En el contexto de la Política Integral de Atención en Salud, las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud -RIPSS se definen de conformidad con las Resoluciones 429 y 1441 de 2016, como *“como el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud u organizaciones funcionales de servicios de salud, públicos y privados; ubicados en un ámbito territorial definido de acuerdo con las condiciones de operación del MIAS, con una organización funcional que comprende un componente primario y un componente complementario; bajo los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad al igual que los mecanismos requeridos para la operación y gestión de la prestación de servicios de salud, con el fin de garantizar el acceso y la atención oportuna, continua, integral, resolutive a la población, contando con los recursos humanos, técnicos, financieros y físicos para garantizar la gestión adecuada de la atención, así como de los resultados en salud”*. Dentro de su estructura y para su funcionalidad en la prestación de los servicios de salud se han definido un componente primario y uno complementario.

De conformidad con la Política de Atención Integral en Salud, el componente primario es el *“encargado de la prestación de las acciones individuales, colectivas y poblacionales en salud, definidas como primarias de acuerdo a las RIAS, para la resolución de los eventos más frecuentes, a nivel personal, familiar y comunitario, durante todos los momentos del curso de la vida y en los diferentes entornos, en un ámbito geográfico cercano a la población, e incorporando la tecnología necesaria y disponible , con pertinencia socio cultural, con servicios de baja y mediana complejidad”*.

El **componente primario** de la red, indistintamente de la conformación y organización, está a cargo de la realización de las actividades primarias en salud priorizadas y requeridas por la población y debe soportar el desarrollo de las acciones asociadas a la gestión integral del riesgo.

En las RIPSS, el *componente primario* hace énfasis en la *“resolución de los eventos más frecuentes, a nivel personal, familiar y comunitario, durante todos los momentos del curso de la vida y en los diferentes entornos”*, mientras el *componente complementario* se encarga de *“las acciones individuales de mayor complejidad en la atención, para*

lo cual utilizan la referencia desde el componente primario y su contra referencia a éste, para garantizar la integralidad y continuidad en la atención”<sup>5</sup>.

En este sentido, el *componente primario* se concibe como el soporte estructural de la RIPSS para garantizar la atención en salud de los eventos con mayor frecuencia o demanda de actividades y procedimientos de acuerdo con las necesidades de la población afiliada a la EPS, así como la gestión integral del riesgo en salud y el seguimiento de la implementación y la efectividad de las rutas de atención integral en salud.

Para lo anterior se debe tener en cuenta entre otros aspectos: (i) el Departamento o Distrito donde la EPS está autorizada para operar, y por tanto la identificación y caracterización de la población afiliada a la EPS, (ii) la disponibilidad, suficiencia y completitud de la oferta de servicios de salud definido para dicho componente de acuerdo con la caracterización de la demanda de servicios de salud de la población y el ámbito territorial definido (urbano, rural, disperso y con población mayor a un millón de habitantes) y (iii) los mecanismos e instrumentos planificados y diseñados para la gestión de la prestación de los servicios de salud, de acuerdo a lo definido por la Política Integral de Atención en Salud, para la gestión integral del riesgo en salud y de las rutas de atención integral en salud para los grupos de riesgo identificados.

Partiendo de las anteriores consideraciones el *componente primario*, se plantea sea conformado y organizado, de la siguiente manera:

- a) Un conjunto de servicios definidos como primarios, habilitados por diferentes prestadores (públicos, privados o mixtos), en los términos que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, que contribuyen a la adecuada operación de las RIPSS organizadas y gestionadas por las EPS, de acuerdo a su función de gestión del riesgo en salud, para su población afiliada.
- b) *Prestadores primarios* (PP) habilitados (públicos, privados o mixtos), que cuentan con el conjunto de servicios primarios habilitados y cumplan además con los estándares y criterios de habilitación que para ellos defina el Ministerio de Salud y Protección Social.
- c) La combinación de los anteriores, según la disponibilidad y suficiencia de la oferta habilitada.

---

<sup>5</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. 2016. Política de Atención Integral en Salud “Un sistema de salud al servicio de la gente”.

### 1.1.2 PRESTADOR PRIMARIO

De acuerdo con lo definido en el Documento de la Política Integral de Atención en Salud, *El prestador primario es la puerta de entrada al SGSSS para las personas, familias y colectivos; se concibe como unidad funcional y administrativa que organiza y gestiona integralmente el cuidado primario, para lo cual incluye los servicios de salud definidos en el componente primario*<sup>6</sup>. El Prestador Primario como organización funcional debe apoyar los procesos de gestión de la prestación de los servicios de salud de la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud conformada, organizada y operada por la EPS, con todos los servicios habilitados definidos dentro del componente primario de la red, y consecuentemente apoyando la función de gestión del riesgo en salud de la población a cargo en el Departamento o Distrito donde la EPS esté autorizada para operar.

Para dar alcance a lo anterior, el *prestador primario* debe contar con capacidad para identificar y analizar, en el municipio o distrito donde opere, las necesidades en salud de la población a cargo, resolver los problemas de salud más frecuentes y gestionar los riesgos en salud acorde a las rutas de atención integral en salud definidas para el efecto y a las demandas específicas de la población. Adicionalmente, debe articularse con el *componente complementario* de la RIPSS de cada EPS, de la cual se hace parte, de acuerdo con los criterios y lineamientos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 1441 de 2016.

Una Institución Prestadora de Servicios de Salud para su habilitación como *prestador primario*, además de los servicios exigidos para el *componente primario* de la RIPSS en cada ámbito territorial definido en la Política de Atención Integral en Salud, debe garantizar otras capacidades procesos y procedimientos de gestión, que serán verificadas a través de los estándares y criterios de habilitación definidos por el Ministerio de Salud y de Protección Social; sobre la base de la previa habilitación de los servicios conforme a la normatividad vigente. Estas exigencias y sus implicaciones, determinan las posibilidades de desarrollo de este tipo de prestadores cualificados en un horizonte de tiempo, a partir de las condiciones iniciales (actuales) de la oferta habilitada disponible en los territorios, mientras se desarrollan las capacidades que permitan la conformación y organización de los *prestadores primarios*, considerando los incentivos y orientaciones de la Política de Atención Integral en Salud.

---

<sup>6</sup> Es fundamental entender que el prestador primario no sustituye en sus roles y competencias en el MIAS y en SGSSS a las aseguradoras y entidades territoriales las cuales conservan sus funciones como gestoras del riesgo individual en la población afiliada y de la gestión de la autoridad sanitaria y de los riesgos poblacionales y determinantes sociales de la salud, conforme a sus competencias, respectivamente.

### 1.1.3 Funciones del prestador primario

#### 1.1.3.1 Funciones del prestador primario en marco de la Política Integral de atención en salud, las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y las Rutas de Atención Integral en Salud.

El prestador primario debe garantizar los mecanismos e instrumentos para identificar y analizar las necesidades en salud de la población, resolver los problemas más frecuentes, coordinar a través de la RIPSS las respuestas que requieren de la intervención de los prestadores del componente complementario y realizar el seguimiento al proceso de atención en salud de la población a cargo que garantice el logro de los resultados en salud previstos.

A nivel colectivo, familiar y comunitario, le corresponde apoyar y contribuir a articular los procesos para la planeación, ejecución y evaluación de las intervenciones, procedimientos, actividades definidos en las rutas de atención como parte del plan de beneficios con cargo a la UPC en lo de su competencia, y con las del plan salud pública de intervenciones colectivas (PIC) que le sean contratadas, de acuerdo a la normatividad vigente.

De manera general se consideran a ser realizadas por los prestadores primarios las siguientes funciones:

- a) Analizar la situación de salud de su *población a cargo*, en el marco de la Política de Atención Integral en Salud y bajo los criterios definidos por la normatividad vigente, tomando como insumo, entre otros, la caracterización realizada por la EPS sobre su estado de salud, incluyendo los riesgos a que estén expuestos. Adicionalmente, contará con el análisis de situación de salud del territorio para la definición de los procesos y actividades a ser desarrolladas en el prestador primario.
- b) A partir de la caracterización realizada por las EPS en la gestión del riesgo en salud de su población a cargo, o por las entidades territoriales en el marco del PIC, o ambas; definir de manera articulada las intervenciones a la población a cargo mediante actividades de promoción de la salud, preventivas, de protección específica y detección temprana y búsqueda activa, de acuerdo a las orientaciones del Ministerio de Salud y Protección Social; así mismo, la provisión de atención integral en salud en lo concerniente al componente primario.
- c) Gestionar y organizar los insumos, recursos y servicios necesarios para la prestación de servicios de salud, en coordinación con las EPS y la Entidad Territorial en el Departamento o Distrito en lo de su competencia para la gestión integral del riesgo en salud, de conformidad con los lineamientos definidos por la Política de Atención Integral en Salud.

- d) Tener habilitados los servicios de salud, en marco de la normatividad vigente para garantizar la prestación de servicios de salud definidos en el componente primario.
- e) Apoyar en lo correspondiente y de acuerdo con su competencia, la gestión de los determinantes sociales de salud, conforme a la Política Integral de Atención en Salud, en coordinación con las respectivas EPS y la entidad territorial.
- f) Coordinar con la Entidad Territorial la realización de actividades del PIC, de acuerdo a los análisis y necesidades captadas por los Equipos Multidisciplinarios de Salud (EMS), en las poblaciones a cargo en el caso que le sean contratadas estas acciones por la Dirección Territorial de Salud en el marco de los procesos definidos en la Resolución 518 de 2015 o aquella que la modifique o sustituya
- g) Coordinar con la Unidad Técnica de Coordinación y Gestión Operativa de la Red y de regulación de la demanda y la oferta de la EPS.
- h) Articular a nivel municipal todas las acciones de atención en salud de su población a cargo, en lo de su competencia.
- i) Generar los mecanismos para garantizar la atención integral y continua de la población a cargo, en lo de su competencia, en el marco de la RIPSS
- j) Planificar, desarrollar, implementar y realizar el monitoreo de la gestión en la prestación de los servicios del *componente primario* de la población a cargo, en el marco de la RIPSS, de conformidad con lo establecido por la Política Integral de Atención en Salud.
- k) Realizar el monitoreo de resultados de la gestión del proceso de atención en salud para su población a cargo y coordinar los requerimientos de ajuste que se requieran con las EPS y la entidad territorial respectiva, de acuerdo con sus competencias, así como identificar los requerimientos, las necesidades de ajuste y mejoramiento en la planeación de actividades, procedimientos e intervenciones, de conformidad a las necesidades de la población y los requerimientos de servicios del componente primario.
- l) Consolidar la información aportada por los EMS, en cuanto a los determinantes sociales de la salud que deben ser intervenidos prioritariamente mediante una acción intersectorial y comunicarla a la Unidad Técnica de gestión de riesgo y desempeño de riesgo de la Red y a la Entidad Territorial para las acciones de su competencia.
- m) Reportar la información para el seguimiento de la gestión del proceso de atención en salud de su población a cargo, incluyendo las actividades de vigilancia epidemiológica, en lo correspondiente a sus competencias y los requerimientos de las EPS, las Entidades Departamentales y Distritales de Salud y el Ministerio de Salud y de Protección Social. Adicionalmente, apoyar la generación de información para el seguimiento y evaluación del desempeño de la red, en lo relacionado con la gestión de la prestación de servicios del componente primario.

- n) Realizar el seguimiento y apoyar el seguimiento y evaluación del desempeño de la red a cargo de las EPS y las Entidades Territoriales, de acuerdo a los acuerdos previstos con éstas entidades, de conformidad a los lineamientos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

De manera adicional, en el marco de las Rutas Integrales de Atención en Salud, el prestador Primario debe ejecutar las acciones de Promoción de la Salud, protección específica y detección temprana conforme a los riesgos identificados por la EPS y a lo contenido en la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la salud y en las RIAS específicas por evento o grupo de riesgo respectivas, que le permitan una atención integral y resolutive de la población adscrita<sup>7</sup>, para ello deberá:

- a) Realizar en coordinación con el Unidad Técnica de Coordinación y Gestión Operativa de la Red y de regulación de la demanda y la oferta de la EPS el seguimiento a la continuidad de la atención de los pacientes que haya remitido como resultado de la ejecución de las actividades de promoción de la salud, protección específica y detección temprana.
- b) Verificar y analizar el cumplimiento de las metas y los resultados de la gestión del componente primario de la RIPSS de acuerdo a la población a cargo de las EPS del departamento o distrito donde están autorizadas para operar.
- c) Poner en conocimiento de la Entidad Territorial y de la Unidad Técnica de Coordinación y Gestión Operativa de la Red y de regulación de la demanda y la oferta las necesidades de intervenciones colectivas y de acciones interinstitucionales requeridas para el manejo del riesgo de la población a cargo.
- d) Implementar las acciones de Promoción de la Salud, protección específica y detección temprana conforme a las RIAS y a las directrices establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y en coordinación con el Unidad Técnica de Coordinación y Gestión Operativa de la Red y de regulación de la demanda y la oferta de la EPS.

## 2. PRESTADOR PRIMARIO. ESTRUCTURA

De acuerdo con el documento técnico de la Política de Atención Integral en Salud PAIS el prestador primario debe adoptar su infraestructura, recursos y procesos de

---

<sup>7</sup> Resolución 5592, ARTÍCULO 16. “COBERTURA DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN. Las EPS o las entidades que hagan sus veces, deberán identificar los riesgos en salud de su población de afiliados para que de conformidad con la estrategia de Atención Primaria en Salud - APS-, puedan establecer acciones eficientes y efectivas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Para tal fin, las EPS o las entidades que hagan sus veces, podrán usar la información generada durante la adscripción a una IPS de acuerdo con lo establecido en el artículo 11 del presente acto administrativo, así como estrategias de tamizaje con las tecnologías de diagnóstico cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC o encuestas específicas por tipo de riesgo y uso de bases de datos, atendiendo la normatividad vigente relacionada con el uso de datos personales.”

acuerdo a tres capas de prestación; estas capas son definidas por la PAIS de la siguiente manera<sup>8</sup>:

- *Capa de atención comunitaria que implica acciones extramurales relacionadas con participación social en salud y seguimiento de determinantes, brindadas por diferentes conformaciones de personal, de acuerdo con el tipo de ámbito territorial (urbano, rural, disperso) y las condiciones específicas de la comunidad, el territorio y el comportamiento epidemiológico.*
- *Capa de atención básica que incluye todas las capacidades de consulta externa médica general, enfermería, nutricional, urgencia de primer nivel, atención de parto, farmacia y pruebas rápidas.*
- *Capa de consulta especializada de nivel primario la cual es orientada a partir de la capacidad de medicina familiar y disponibilidad de especialidades médicas básicas. Estas especialidades deben contar con el apoyo diagnóstico, terapéutico y tecnológico correspondiente.*

Por otra parte, a su interior el prestador primario debe organizar a partir del talento humano disponible los Equipos Multidisciplinarios en Salud.

### **2.1 Procesos y servicios a cargo del prestador primario en la capa comunitaria**

La capa de atención comunitaria que implica acciones de atención a las personas, caracterización y canalización entre otras, será realizada a través de sus EMS que tendrán diferentes conformaciones de personal de acuerdo al ámbito territorial y condiciones específicas de la población y del comportamiento epidemiológico. En esta se realizarán también, acciones relacionadas con el PIC de acuerdo a la contratación que para el efecto suscriba el ente territorial con el prestador. Los prestadores primarios generarán insumos o recomendaciones que orienten la definición de intervenciones colectivas y deberán ser convocados por la Entidad Territorial para participar en la formulación del PIC municipal o distrital; la contratación de estas intervenciones se ejecutará conforme a lo establecido en la Resolución 518 de 2015, es decir dando prioridad para su ejecución al prestador público o Empresa Social del Estado; si ésta no tiene capacidad para adelantar alguna intervención, podrá ser contratada con los prestadores que solventen dichas necesidades.

En el marco de la Resolución 1536 de 2015 Artículo 14, cada EPS debe adelantar un proceso de caracterización de su población afiliada conforme a lineamientos y guías del Ministerio de Salud y Protección Social; a fin obtener, procesar y analizar la información pertinente para identificar y gestionar los riesgos de sus afiliados y determinar las estrategias o lineamientos para la administración del riesgo en salud por parte de la EPS. Esta información será utilizada como referente para la planeación de la prestación de los servicios de salud por parte del prestador

<sup>8</sup> Política de Atención Integral en Salud (documento técnico). Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá D.C., Enero de 2016

primario, en lo correspondiente a acciones individuales, a partir del plan de beneficios con cargo a la UPC.

### **FUENTES DE INFORMACIÓN.**

El prestador primario como encargado de la gestión del riesgo individual en el componente primario debe realizar un análisis de las siguientes fuentes de información para definir un perfil de salud de su población a cargo:

- a) Caracterización Poblacional de la EPS: es la información suministrada por la EPS para identificar el estado de salud y riesgos de cada persona afiliada. Los contenidos de la caracterización de la población según Resolución 1536 de 2015 artículo 17, son:
  - Identificación de riesgos ex ante, contingentes y ex post.
  - Análisis demográfico, morbilidad, mortalidad y determinantes intermedios.
  - Priorización de problemas de salud, subgrupos poblacionales, personas y lugares.
  - Programación de intervenciones de protección específica y detección temprana, atención de enfermedades de interés en salud pública y la gestión del riesgo.
- b) Análisis de Situación de Salud de la Entidad Territorial. Contenidos del ASIS, Resolución 1536 de 2015 Artículo 10:
  - Contexto territorial y demográfico
  - Efectos sobre la salud, morbilidad, mortalidad.
  - Determinantes de la salud
  - Priorización de los efectos, factores de riesgo y determinantes.
- c) Otras fuentes secundarias de información: se refiere a fuentes diferentes a las anteriores que estén a disposición de la Entidad Territorial o la EPS que ayuden a un mejor análisis de riesgos ex ante de la población adscrita. En este punto se debe adicionar fuentes secundarias que contengan caracterización familiar ya realizada en el territorio.

### **ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN:**

La información debe ser analizada por el prestador primario para definir un perfil de salud de su población a cargo (incluyendo determinantes, demografía, condiciones de salud) y organizar la gestión del riesgo individual de la totalidad de su población en un plan de manejo inicial que se constituye en la primera fase del Plan Integral de Cuidado Primario, de acuerdo a:

1. Ruta de Promoción y Mantenimiento: debe establecer las atenciones individuales que debe recibir su población según etapa del curso de vida forma al 100%.
2. RIAS por grupo de riesgo y específicas: el prestador primario debe establecer las cohortes de población por grupos de riesgo y eventos específicos enmarcados en RIAS para desarrollar la atención de esta población.
3. Información adicional: si se dispone de información sobre familias, esta información luego de analizarse con las otras fuentes debe generar el número de familias a priorizar de acuerdo a condiciones de vulnerabilidad aportadas por esa fuente.

El análisis de riesgo efectuado por el prestador primario será informado a la EPS junto con los planes de cuidado primario y las atenciones a realizar a su población afiliada, a fin de que la EPS en articulación con el prestador Primario coordine la atención y el seguimiento de las cohortes con factores de riesgo o que presenten afectaciones en su salud y gestione lo pertinente con la Entidad Territorial para afectar los determinantes sociales de la salud.

El prestador primario deberá disponer la información de la caracterización en la estructura y condiciones que permita la interoperabilidad con los sistemas de información y los procesos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, los cuales deberán ser administrados y mantenidos por la EPS.

La caracterización deberá actualizarse constantemente a través del tiempo teniendo en cuenta los resultados en salud logrados y la información que constantemente arrojen las cohortes que se atienden en el marco de las RIAS de acuerdo a directrices que establezca por el MSPS, este último se realizará principalmente en los siguientes casos:

- Ámbito territorial disperso o rural con dificultades de acceso a servicios de salud.
- Poblaciones identificadas por el ASIS territorial como vulnerables.
- Individuos sujetos de especial protección donde el prestador y sus equipos multidisciplinares consideren necesaria la visita domiciliaria. Más adelante se realiza una descripción más amplia de los requerimientos para desarrollar esta actividad extramural.

### **2.1.1 Acciones comunitarias a cargo del prestador primario**

A partir de la caracterización de su población adscrita y los insumos previos a la misma (ASIS aportado por el Ente Territorial y caracterización de la EPS) el prestador primario debe adelantar las siguientes acciones en el ámbito comunitario:

- a) Consolidar la información aportada por sus equipos multidisciplinarios en salud, en cuanto a los determinantes sociales de la salud que deben ser intervenidos o afectados prioritariamente mediante acciones intersectoriales.
- b) Participar en los espacios de coordinación convocados por la Entidad Territorial a fin de poner en conocimiento de la misma, la información sobre determinantes que incidan de manera importante en la salud de su población a cargo.
- c) Informar periódicamente a la entidad territorial las condiciones sociales y ambientales que afectan la salud individual y familiar de su población a cargo que deben ser abordados por la Entidad Territorial.
- d) Realizar la canalización de individuos pertenecientes a grupos de riesgo definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social a los servicios sociales y sanitarios, conforme a los procedimientos establecidos de manera conjunta con la Entidad Territorial. De igual manera, deberá atender la canalización que sea realizada desde otros sectores de acuerdo a su competencia o en su defecto orientarla hacia la institución competente, conforme a los procesos, procedimientos e instructivos definidos por la Entidad Territorial y las EPS que permitan la canalización efectiva de las personas.
- e) El prestador primario debe coordinar con el Unidad Técnica de Coordinación y Gestión Operativa de la Red y de regulación de la demanda y la oferta de la EPS para la canalización o remisión (según sea el caso) de individuos y familias afiliados. Tanto la Entidad Territorial municipal como departamental debe realizar seguimiento y evaluación de los procesos de la población canalizada o remitida por los prestadores primarios de su territorio.
- f) Deberá por parte del prestador primario plantearse mecanismos de coordinación con la EPS y el ente territorial que incluya la existencia de un flujo adecuado de la información generada en el marco de los procesos de atención y gestión del riesgo ejecutados en la población a cargo del prestador primario y que permitan a su vez orientar, priorizar y gestionar la acción intersectorial requerida para la acción sobre los determinantes sociales de la salud y la reducción de inequidades sociales y de salud.
- g) Realizar acciones de detección temprana o protección específica que deban adelantarse en un espacio de tiempo determinado, a fin de garantizar la cobertura, acceso y consecución de resultados en salud, las cuales serán definidas según necesidades identificadas a partir de la caracterización de su población a cargo.
- h) Realizar acciones de información para la salud que se prioricen en función de su población agrupada por riesgos en salud.

## Participación Social en Salud

El prestador primario debe crear espacios para la participación social en salud de individuos, familias y comunidades; incluyendo un diálogo de saberes y el acompañamiento de su población a cargo para una demanda racional de servicios haciendo énfasis en el autocuidado. De acuerdo con lo estipulado por la Ley Estatutaria 1751 de 2015<sup>9</sup>, los principales procesos en que el prestador primario debe promover la participación social de su población a cargo son:

- *Participación en las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que sean establecidos:* el prestador primario a través de sus EMS mediante un diálogo de saberes debe adecuar las atenciones ordenadas en las RIAS, a las condiciones diferenciales dadas por las características étnicas, culturales, geográficas, de género o edad de su población adscrita.
- *Participación en los procesos de definición de prioridades de salud:* el prestador primario debe además de la caracterización de la población y el perfil de salud de su población adscrita, generar espacios para que la comunidad, según el ámbito territorial, aporte en la definición de prioridades de atención en salud.
- *Participar en decisiones que puedan significar una limitación o restricción en las condiciones de acceso a establecimientos de salud.* El prestador primario debe estar atento a las sugerencias de individuos, individuos, familias y comunidades respecto a las posibles barreras en la atención de administrativas, geográficas o asistenciales, a fin de gestionar soluciones a las mismas en coordinación con el Unidad Técnica de Coordinación y Gestión Operativa de la Red y de regulación de la demanda y la oferta de la EPS y con la respectiva Entidad Territorial.
- Apoyará la coordinación con la Entidad Territorial municipal y a través del Unidad Técnica de Coordinación y Gestión Operativa de la Red y de regulación de la demanda y la oferta de la EPS con la Entidad Territorial distrital o departamental a fin de generar espacios y estrategias que estimulen la participación social de su población.

---

<sup>9</sup> Ley 1751 Estatutaria de 2015 Artículo 12: “(...) Participación en las decisiones del sistema de salud. El derecho fundamental a la salud comprende el derecho de las personas a participar en las decisiones adoptadas por los agentes del sistema de salud que la afectan o interesan. Este derecho incluye:

- a) Participar en la formulación de la política de salud, así como en los planes para su implementación;
- b) Participar en las instancias de deliberación, veeduría y seguimiento del Sistema;
- c) Participar en los programas de promoción y prevención que sean establecidos;
- d) Participar en las decisiones de inclusión o exclusión de servicios y tecnologías;
- e) Participar en los procesos de definición de prioridades de salud;
- f) Participar en decisiones que puedan significar una limitación o restricción en las condiciones de acceso a establecimientos de salud;
- g) Participar en la evaluación de los resultados de las políticas de salud. (...)

### 2.1.2 Articulación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC

El PIC es plan complementario al Plan Obligatorio de Salud - POS y a otros beneficios, dirigido a impactar positivamente los determinantes sociales de la salud e incidir en los resultados en salud, a través de la ejecución de intervenciones colectivas o individuales de alta externalidad en salud desarrolladas a lo largo del curso de vida, en el marco del derecho a la salud y de lo definido en el Plan Decenal de Salud Pública –PDSP y en la Resolución 518 de 2015.

Dentro de este contexto, podrán ser ejecutadas por el prestador primario si la entidad territorial correspondiente lo contrata las intervenciones colectivas relacionadas con:

- Rehabilitación basada en comunidad
- Canalización
- Caracterización social y ambiental
- Tamizaje
- Jornadas de salud
- Educación y comunicación para la salud

Las demás intervenciones colectivas por su naturaleza y requisitos para su ejecución no deben ser fragmentadas entre los diferentes prestadores de un territorio.

Por lo anterior, las demás tecnologías del PIC se ejecutarán de manera unificada para toda la población por el prestador que seleccione la Entidad Territorial conforme a lo dispuesto en la Resolución 518 de 2015 o las normas que la modifique o sustituya; proceso para el cual se dará prioridad a la Empresa Social del Estado del Municipio conforme a lo establecido en la Ley 715 de 2001.

Las intervenciones colectivas se deben enmarcar en las prioridades y estrategias definidas por cada Entidad Territorial de Salud en su respectivo Plan Territorial de Salud, la determinación de las estrategias a implementar, así como las intervenciones colectivas a ejecutar en el marco de las mismas estarán a cargo de la Entidad Territorial.

Para esto, la Entidad deberá tener en cuenta sus competencias, las directrices contenidas en la Resolución 518 de 2015 y las Rutas Integrales de Atención en Salud, a fin de que desde su diseño y contratación se asegure la adecuación conforme a las condiciones del territorio y su población, la integralidad de la atención y la complementariedad entre las intervenciones dispuestas en los diferentes planes de beneficios y en las RIAS, principalmente con la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud.

El prestador primario que tenga a cargo la ejecución de intervenciones colectivas deberá “a través de” o “en conjunto con” la Dirección Territorial de Salud, establecer los mecanismos para retroalimentar sobre las acciones desarrolladas, sus resultados y hallazgos al prestador primario que tiene a cargo la población

participante en las intervenciones colectivas, siempre y cuando estas se puedan identificar.

## 2.2 Procesos y servicios a cargo del prestador primario en la capa de consulta especializada de nivel primario

Según la PAIS esta capa corresponde a aquella que “...es orientada a partir de la capacidad de medicina familiar y disponibilidad de especialidades médicas básicas. Estas especialidades deben contar con el apoyo diagnóstico, terapéutico y tecnológico correspondiente...”<sup>10</sup>. En ese orden de ideas, esta capa se organizará de acuerdo a los servicios especificados de acuerdo al ámbito territorial donde esté ubicado.

Se establece que la Medicina Familiar es esencial para articular la capa básica con la capa especializada, y el resto de especialidades, serán provistas de acuerdo a la disponibilidad y las necesidades de la población adscrita al prestador primario.

## 3. CONFORMACIÓN Y ORGANIZACIÓN DEL PRESTADOR PRIMARIO

De acuerdo con el documento técnico de la Política de Atención Integral en Salud PAIS el prestador primario debe adoptar su infraestructura, recursos y procesos de acuerdo a tres capas de prestación y a los ámbitos territoriales establecidos. Estas capas son definidas por la PAIS de la siguiente manera<sup>11</sup>:

- *Capa de atención comunitaria que implica acciones extramurales relacionadas con participación social en salud y seguimiento de determinantes, brindadas por diferentes conformaciones de personal, de acuerdo con el tipo de ámbito territorial (urbano, rural, disperso) y las condiciones específicas de la comunidad, el territorio y el comportamiento epidemiológico.*
- *Capa de atención básica que incluye todas las capacidades de consulta externa médica general, enfermería, nutricional, urgencia de primer nivel, atención de parto, farmacia y pruebas rápidas.*
- *Capa de consulta especializada de nivel primario la cual es orientada a partir de la capacidad de medicina familiar y disponibilidad de especialidades médicas básicas. Estas especialidades deben contar con el apoyo diagnóstico, terapéutico y tecnológico correspondiente.*

---

<sup>10</sup> Política PAIS anexo técnico. MSPS 2016.

<sup>11</sup> Política de Atención Integral en Salud (documento técnico). Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá D.C., Enero de 2016

### 3.1 Interacción de los ámbitos territoriales en los procesos de conformación y organización del Prestador Primario

Como lo define la Política de Atención Integral en Salud, la operación del MIAS debe adaptarse a las diferentes condiciones de los territorios, entendidos estos como la unidad básica en la cual se integran el Sistema de Salud y los agentes del SGSSS e implica una asignación poblacional del aseguramiento y la prestación de los servicios de salud, las cuales incluyen las características diferenciales de la demanda (sociales, geográficas, étnicas, de género) y de la oferta en cuanto a la disponibilidad efectiva de servicios.

De acuerdo a lo mencionado el modelo de atención tiene en cuenta los siguientes ámbitos:

- **Ámbitos territoriales urbanos:** son aquellos donde existe alta agregación de población en condiciones de densidad y accesibilidad geográficas a los servicios de salud pues la demanda se ubica especialmente en la inmediación de la oferta, la oferta es suficiente en los diferentes segmentos tecnológicos, y no existen barreras relevantes en la distancia entre los servicios y la población. Desde la oferta la competencia entre aseguradoras y entre prestadores de servicios de salud genera ganancias de bienestar, en donde la libertad de elección puede modular las condiciones de la oferta en estos ámbitos territoriales. Estos municipios son el principal referente en salud para los territorios vecinos, pues tienen capacidad de resolución completa en relación con el nivel primario de salud, lo que lo convierte en punto focal para articular redes de prestación de servicios que resuelvan casos de alta complejidad. En el plan de desarrollo se especifica una categoría especial para las ciudades de más de un millón de habitantes.
- **Ámbitos territoriales con alta ruralidad:** estos corresponden a la mayor parte de municipios del país donde la oferta de servicios tiende a ser monopólica y en la mayoría de los casos de naturaleza pública, con prevalencia de servicios de baja complejidad y poca capacidad de resolución. Los municipios de los ámbitos territoriales con alta ruralidad deben complementar sus servicios con instituciones de mediana y alta tecnología ubicadas en otros municipios para garantizar una oferta suficiente en los diferentes niveles de complejidad. El acceso a dicha oferta no debe constituir una barrera onerosa para el usuario y las vías de comunicación permiten la complementación entre prestadores de una misma red.
- **Ámbitos territoriales dispersos:** en estos municipios la densidad poblacional es muy baja, la disponibilidad y accesibilidad a los servicios es muy limitada por la

*baja densidad poblacional, limitaciones en la oferta de servicios y de recurso humano especializado, carencia de vías de acceso, barreras geográficas o condiciones culturales. El acceso vial a la oferta es una barrera sustancial para la población, usualmente se requiere disponibilidad de transporte aéreo, fluvial o marítimo para acceder a un número sustancial de servicios del plan.*

Así entonces se define un conjunto de servicios para la conformación y organización del Prestador Primario de acuerdo a los ámbitos territoriales.

### 3.2 Definición de Servicios a proveer por el Prestador Primario

La Política de Atención Integral en Salud especifica que las Rutas integrales de atención en salud - RIAS son una herramienta que define, a los agentes del Sistema (territorio, asegurador, prestador) y de otros sectores, las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación. Dado que este elemento regulatorio tiene una incidencia respecto a la prestación de los servicios de salud, y por su objetivo permite direccionar entre otros la gestión del prestador primario se definen a partir de dicho instrumento los siguientes servicios habilitados.

En la conformación y organización del Prestador Primario, la institución prestadora de servicios de salud que se postula como ésta organización funcional, debe garantizar los siguientes servicios de conformidad a los ámbitos territoriales (definidos por la Política de Atención Integral en Salud) donde se encuentre ubicada, de la siguiente forma:

**Tabla 1. Servicios de salud habilitados a ser provistos por el Prestador Primario en Áreas Metropolitanas y Ámbito Urbano**

Grupo Servicios	Nombre Servicio	Grupo Servicios	Nombre Servicio
<b>Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica</b>	Fisioterapia	<b>Internación</b>	Cuidado básico neonatal
	Servicio Farmacéutico		General adultos
	Tamización de cáncer de cuello uterino		General pediátrica
	Terapia respiratoria		Obstetricia
	Toma de muestras de laboratorio clínico	<b>Otros Servicios</b>	Atención a consumidor de sustancias psicoactivas

Grupo Servicios	Nombre Servicio	Grupo Servicios	Nombre Servicio	
	Toma e interpretación de radiografías odontológicas		Atención domiciliaria de paciente agudo	
	Fonoaudiología y/o terapia del lenguaje		Atención domiciliaria de paciente crónico sin ventilador	
	Laboratorio citologías cervico – uterinas		Atención institucional no hospitalaria al consumidor de sustancias psicoactivas	
	Laboratorio clínico		Atención domiciliaria de paciente crónico con ventilador	
	Radiología e imágenes diagnósticas	<b>Protección Específica y Detección Temprana</b>	Detección temprana - alteraciones de la agudeza visual	
	Terapia ocupacional		Detección temprana - alteraciones del crecimiento y desarrollo (Menor a 10 años)	
	Ultrasonido		Detección temprana - alteraciones del desarrollo del joven (De 10 a 29 años)	
<b>Consulta Externa</b>	Consulta prioritaria	<b>Protección Específica y Detección Temprana</b>	Detección temprana - alteraciones del embarazo	
	Enfermería		Detección temprana - alteraciones en el adulto (Mayor a 45 años)	
	Ginecobstetricia		Detección temprana - cáncer de cuello uterino	
	Medicina general		Detección temprana - cáncer seno	
	Odontología general		Protección específica - atención al recién nacido	
	Pediatría		Protección específica - atención del parto	
	Anestesia		Protección específica - atención en planificación familiar hombres y mujeres	
	Cirugía general		Protección específica - atención preventiva en salud bucal	
	Medicina familiar		Protección específica - vacunación	
	Medicina interna		<b>Quirúrgicos</b>	Cirugía general
	Nutrición y dietética	<b>Transporte Asistencial</b>		Transporte asistencial básico
	Optometría			<b>Urgencias</b>
Psicología				

**Tabla 2. Servicios de salud habilitados a proveer por el Prestador Primario en  
Ámbito Rural**

Grupo Servicios	Nombre Servicio	Grupo Servicios	Nombre Servicio
<b>Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica</b>	Servicio farmacéutico	<b>Protección Específica y Detección Temprana</b>	Detección temprana - alteraciones de la agudeza visual
	Tamización de cáncer de cuello uterino		Detección temprana - alteraciones del crecimiento y desarrollo (Menor a 10 años)
	Terapia respiratoria		Detección temprana - alteraciones del desarrollo del joven (De 10 a 29 años)
	Toma de muestras de laboratorio clínico		Detección temprana - alteraciones del embarazo
	Toma e interpretación de radiografías odontológicas		Detección temprana - alteraciones en el adulto (Mayor a 45 años)
<b>Consulta Externa</b>	Consulta prioritaria		Detección temprana - cáncer de cuello uterino
	Enfermería		Detección temprana - cáncer seno
	Medicina general		Protección específica - atención al recién nacido
	Odontología general		Protección específica - atención del parto
	Pediatría		Protección específica - atención en planificación familiar hombres y mujeres
	Medicina familiar	Protección específica - atención preventiva en salud bucal	
	Psicología	Protección específica - vacunación	
<b>Internación</b>	General adultos	<b>Urgencias</b>	Servicio de urgencias
	General pediátrica	<b>Transporte Asistencial</b>	Transporte asistencial básico
	Obstetricia		

**Tabla 3. Servicios de salud habilitados a proveer por el Prestador Primario en  
Ámbito Disperso**

Grupo Servicios	Nombre Servicio	Grupo Servicios	Nombre Servicio
<b>Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica</b>	Servicio farmacéutico	<b>Protección Específica y Detección Temprana</b>	Detección temprana - alteraciones de la agudeza visual
	Tamización de cáncer de cuello uterino		Detección temprana - alteraciones del crecimiento y desarrollo (Menor a 10 años)

Grupo Servicios	Nombre Servicio	Grupo Servicios	Nombre Servicio
	Toma de muestras de laboratorio clínico		Detección temprana - alteraciones del desarrollo del joven (De 10 a 29 años)
	Toma e interpretación de radiografías odontológicas		Detección temprana - alteraciones del embarazo
<b>Consulta Externa</b>	Enfermería		Detección temprana - alteraciones en el adulto (Mayor a 45 años)
	Medicina general		Detección temprana - cáncer de cuello uterino
	Odontología general		Detección temprana - cáncer seno
<b>Transporte Asistencial</b>	Transporte asistencial básico		Protección específica - atención al recién nacido
			Protección específica - atención del parto
<b>Urgencias</b>	Servicio de urgencias		Protección específica - atención en planificación familiar hombres y mujeres
			Protección específica - atención preventiva en salud bucal
			Protección específica - vacunación

### 3.3 Equipo Multidisciplinario de Salud (EMS)

De acuerdo a la Política de Atención Integral en Salud, se organizarán equipos multidisciplinarios de salud, los cuales en términos de su composición deben obedecer a *garantizar las funciones de cuidado primario de la salud, incluyendo el desarrollo del análisis de situación de salud, caracterización de la población, apoyo a los procesos de planeación y gestión, actividades de atención.*

Los lineamientos para el desarrollo de los equipos multidisciplinarios de salud son los siguientes:

#### 3.3.1 Conformación de los EMS

Con la orientación del enfoque de Salud Familiar y comunitaria y de acuerdo con la Política de Atención Integral en Salud, "(...) *las poblaciones son adscritas, atendidas y acompañadas de manera integral por equipos multidisciplinarios de salud (EMS) vinculados a prestadores primarios, en el marco del componente primario de las redes integrales, que lideran el cuidado de la salud a través de planes integrales de cuidado de la salud, con dimensiones a nivel personal, familiar y comunitario. Estos planes integrales de cuidado de la salud incluyen atenciones y acciones para promover la salud, prevenir, manejar, rehabilitar y paliar la*

*enfermedad en las personas, las familias y comunidades, como sujetos de atención en salud, de acuerdo a las potencialidades y necesidades existentes<sup>12</sup> (...)*"

El prestador primario conformará un equipo base integrado por: médico general, enfermera, auxiliar de enfermería y gestor de salud; quienes tendrán a su cargo un determinado número de familias asignadas. Según la necesidad de su población y la oferta de talento humano integrarán otros profesionales. En el caso de que no se cuente con talento humano suficiente, los otros profesionales diferentes a los del equipo base harán parte del equipo cuando la necesidad asistencial lo amerite, según concepto del líder del EMS.

Cada equipo de salud tendrá un líder que puede ser una enfermera u otro profesional de la salud, no médico, con formación en Salud Familiar y Comunitaria que tendrá funciones asistenciales como administrativas.

Según la política país estos equipos *"tendrán familias adscritas para las cuales liderarán el proceso de cuidado primario, a través del plan integral de cuidado primario"* (p 69); esto implica que el prestador primario defina el personal asistencial que requiere de acuerdo a su población así:<sup>13</sup>

- Perfiles y competencias definidas a nivel nacional. Incluye las directivas dadas por el MSPS en cuanto a talento humano básico para conformación de equipos.
- Condiciones y características de contexto territorial e institucional
- Desarrollo progresivo de los modelos territoriales de salud. Debe tener en cuenta para la conformación el enfoque diferencial (étnico) y territorial de su población.
- Mejoramiento continuo de la oferta y disponibilidad territorial de talento humano. Tener en cuenta un período de transición en la adaptación de los equipos.

Para la conformación de los Equipos multidisciplinares el Prestador primario se debe:

- Reconocer y determinar las condiciones del territorio en el cual se encuentra la población a su cuidado y el grado de dispersión o concentración de la población.
- Establecer las áreas de cobertura y número de familias y personas que cubrirán cada equipo de salud en relación con las condiciones de accesibilidad y cantidad del recurso humano asignado a cada equipo de salud.

<sup>12</sup> Zurro A.M., Solá G.J. Atención familiar y salud comunitaria. Elsevier España. 2011. En: Política de Atención Integral en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Enero 2016.

<sup>13</sup> Política de Atención Integral en Salud (documento técnico) Minsalud. 2016. P. 69.

- Establecer la forma de operación de los equipos de manera que se complementen en un mismo equipo acciones extramurales e intramurales sobre la población asignada.
- Establecer el tipo de soporte logístico y dotación pertinente para los equipos de Salud dependiendo de las condiciones del territorio y las facilidades que ofrezca el mismo para la gestión en salud de los equipos.
- Establecer la forma como se complementarán e integrarán otros profesionales que se requieran en forma esporádica de acuerdo a la dinámica de Equipo de salud y que no hagan parte de todos los equipos.
- Establecer las instancias y soporte administrativo para los equipos.
- Realizar la capacitación pertinente o entrenamiento en salud familiar y comunitaria de su personal de acuerdo a lo que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.
- Establecer y disponer el sistema de información requerido de acuerdo a las normas vigentes y las que se expidan para el desarrollo de la Política de Integral de atención, en todo caso deberá garantizar la información de obligatorio cumplimiento.

### 3.3.2 Procesos para la especificación de la operación del EMS

Para conformar y operar los equipos multidisciplinarios se tendrán en cuenta los siguientes procesos:

1. Asistencial: En este proceso se incluirá el recurso humano requerido para realizar las atenciones en salud que dispense el EMS, dentro de mismo estará el personal médico y de enfermería y otro que resulte pertinente de acuerdo a la estructura que se defina con sus funciones dentro del EMS para el desarrollo de procesos asistenciales.
2. Gestión del riesgo: se realizará la caracterización individual, familiar y comunitaria que realice el EMS a cargo del gestor en salud<sup>14</sup>; también se definirán las acciones de gestión de la salud pública y atenciones colectivas de acuerdo a las directrices y lineamientos que se coordinen con la Entidad Territorial a través del Unidad Técnica de Coordinación y Gestión Operativa de la Red y de regulación de la demanda y la oferta o mediante contratación con el prestador primario. En este componente intervendrán todos los integrantes del EMS y deberá establecerse y asignarse el tiempo de recurso humano necesario para su adecuada ejecución.

La gestión del riesgo se hará de acuerdo a la información recopilada en esta caracterización dando prioridad a familias con individuos sujetos de especial protección y otras condiciones de riesgo detectadas en la caracterización.

<sup>14</sup> Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS Piloto de Implementación en los Departamentos con Poblaciones Dispersas Departamento de Guainía MSPS Noviembre de 2015 p. 36 -37

El EMS debe definir un mapa de riesgo de familias a cargo para priorizar su atención a las mismas.

La vinculación de talento humano médico especializado y otros por parte del prestador primario, se realizará según la demanda de la población adscrita y la oferta en el territorio y harán parte del EMS en coordinación con el especialista de Medicina Familiar; participaran en la prestación de servicios y en los casos puntuales en que se requiera su intervención y seguimiento en los planes de cuidado primario. Así mismo, asesorarán como especialistas inter-consultantes al médico general.

3. Soporte administrativo: se incluyen los aspectos de apoyo logístico sistemas de información, coordinación entre equipos tanto extramural deberá establecerse una persona o personas responsables de la coordinación de los aspectos que maneja este componente y definirse los procesos de coordinación que se realizaran para la gestión del EMS.

### 3.3.3 Gestión de los EMS

Los EMS, para su operación tendrán en cuenta los siguientes aspectos:

1. La atención en salud: debe estar organizada y sistematizada en un plan de cuidado primario compuesto por unos contenidos individual, familiar y comunitario. En el plan de cuidado primario deben priorizarse las atenciones encaminadas a la gestión del riesgo como se describe más adelante. El EMS es responsable de gestionar dentro del prestador primario la atención en salud requerida por su población a cargo y hacer seguimiento de la misma.
2. Caracterización individual, familiar y comunitaria: que realice el EMS en primera instancia a cargo del gestor en salud. Como se menciona anteriormente, el EMS es el encargado de la caracterización en el prestador primario y estarán a cargo de actualizar la caracterización inicial realizada por el prestador primario de acuerdo a las fuentes de información ya descritas.
3. Desarrollo y ejecución del plan de cuidado primario: El EMS debe desarrollar y ejecutar el plan de cuidado primario para cada familia su a cargo. El EMS debe, luego de la primera fase del Plan realizada ex ante, validar, concertar y ajustar los Planes Integrales de Cuidado Primario por cada familia adscrita.
4. Hacer seguimiento de las atenciones ordenadas en las RIAS y principalmente de sus hitos.
5. Hacer seguimiento nominal a las cohortes de individuos en distintos grupos de riesgo y su transcurrir a través de las RIAS específicas.

6. Los EMS deben tener un tiempo y espacio establecido para actividades administrativas y de análisis de información aportada por los Planes de Cuidado Primario; bajo la coordinación de los EMS y el grupo de soporte administrativo del prestador primario.

### 3.3.4 Perfiles y competencias de los EMS

#### **Funciones del Médico Familiar del EMS**

La principal función del médico familiar es la de dirigir y coordinar a varios EMS del prestador primario (el número de profesionales será definido según el ámbito territorial, el tipo de población, el número de familias por EMS y la disponibilidad de este talento humano en el territorio). Las funciones de este especialista en el marco de cada proceso (s) son:

1. **Gestión del riesgo:** El médico familiar debe asesorar a los integrantes de los EMS en la conformación de planes de cuidado primario individuales supervisando que las acciones de gestión del riesgo individual este enmarcadas en la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud u otras rutas priorizadas y contratadas por la EPS con el prestador primario. Por otro lado, es el encargado de consolidar la información de cada cohorte perteneciente a grupos de riesgo que reciben atención por cada RIA específica para grupo de riesgo y evento, observando el cumplimiento de hitos en la atención y el logro de resultados en salud, con el apoyo de cada EMS encargado del proceso de gestión del riesgo.

En los planes de cuidado primario familiar debe definir la necesidad y realizar la intervención a nivel familiar en coordinación con el servicio de psicología del prestador primario o de otro prestador de la red, inicialmente en las familias caracterizadas como de alto riesgo luego de la valoración familiar integral. Además, debe coordinar y definir atención familiar en el prestador complementario (ver anexo 2).

2. **Asistencial:** Con respecto a este proceso el médico familiar debe tener el carácter de primer especialista interconsultante por los médicos generales de los EMS, brindando asesoría asistencial a los médicos generales y articulación con otras especialidades y derivación a consulta de la especialidad.
3. **Comunitario:** Coordinar las acciones de difusión de la información recolectada tanto al Unidad Técnica de Coordinación y Gestión Operativa de la Red y de regulación de la demanda y la oferta de la EPS como a la Entidad Territorial y participar en los espacios de análisis conjunto con la Entidad Territorial y la Unidad Técnica de Coordinación y Gestión Operativa de la Red y de regulación de la demanda y la oferta.
4. **Administrativo:** Al médico familiar le corresponde definir las actividades extramurales de los EMS de acuerdo a las necesidades del grupo familiar o comunidad planteadas en la caracterización y el riesgo detectado y

conforme a los criterios expuestos más adelante en este mismo documento; así como la definición de que integrantes de los EMS se desplazarán según los objetivos planteados para la actividad extramural, su duración, alcance, objetivos y familias o comunidad a beneficiar.

Con el apoyo del personal administrativo, debe gestionar la logística, las agendas de las acciones extramurales.

Adicionalmente, le corresponde generar los mecanismos y procedimientos requeridos para garantizar la oportunidad de citas de consulta externa de la población canalizada al prestador primario, los procesos de referencia y contrarreferencia y el seguimiento de pacientes.

También es el encargado de coordinar con el resto de especialistas su intervención en el manejo multidisciplinario de los EMS, la participación de los mismos en las actividades extramurales de ser necesario y en la elaboración de los planes de cuidado primario. Finalmente, se encarga de consolidar la información recolectada de los EMS con el apoyo de los profesionales y técnicos encargados de los procesos de gestión del riesgo y administrativos de cada EMS.

#### 4. Operación del Prestador Primario

##### 4.1 Mecanismos de gestión del prestador primario

###### 4.1.1.1 Plan Integral de Cuidado Primario

Se define el Cuidado Primario en Salud como *“la provisión de servicios integrados y accesibles por prestadores que son responsables de resolver la mayoría de las necesidades personales de salud, desarrollando una alianza sostenida con los usuarios, y llevada a cabo en el contexto de la familia y la comunidad”*<sup>15</sup>.

De acuerdo a lo anterior se define plan de cuidado primario como *“una herramienta operativa y sistemática que permite identificar, planear, implementar, monitorear y evaluar las acciones en salud, a nivel personal, familiar y comunitario, durante todos los momentos del curso de la vida y en los diferentes entornos, de acuerdo a los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social”*<sup>16</sup>.

El plan busca organizar las acciones sobre la población adscrita, para obtener resultados en salud; en este sentido, la participación de individuos y familias en su elaboración es fundamental para lograr dicho objetivo. El plan integral de cuidado primario en su esencia es familiar; resume todas las atenciones en salud que recibirá una familia, tanto cada uno de sus integrantes de manera individual, como la familia en su conjunto como sujeto de atención en salud; esto permite la integralidad de la atención a familias; ya que no solo se centra en lo individual sino en lo funcional entendiendo a la familia como un sistema abierto. Por tanto, debe

<sup>15</sup> Starfield, B. 1998; Donaldson, 1996; IOM, 1978

<sup>16</sup> Metodologías y regulación para la conformación, habilitación, operación y seguimiento de las redes de prestadores de servicios, elaboradas. MSPS. Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria. Documento en construcción 2015.

ser elaborado y consensuado con la participación directa del individuo, su familia; no solo en su inicio sino en su seguimiento en el tiempo.

Con el plan de cuidado primario, el prestador primario a través de sus equipos multidisciplinarios en salud -EMS, organiza de una forma sistemática todas las acciones a nivel individual, familiar y comunitario que serán necesarias para cada una de las familias adscritas a cada EMS como lo establece la política PAIS. En este plan se hace seguimiento, monitoreo del cumplimiento y efectividad de las acciones en salud planteadas en cada uno de sus contenidos.

El Plan Integral de Cuidado Primario para su elaboración en el prestador primario constará de las siguientes fases:

- Elaboración del plan de manejo inicial, que corresponde a la determinación de todas las atenciones para la población adscrita sujeta a las RIAS, con la priorización correspondiente; como se explicó en el apartado de caracterización. En esta primera fase se debe realizar:
  - Programación de atenciones en salud para las familias con prioridad baja.
  - Identificación de familias priorizadas para la siguiente fase del Plan.
  - Programación de atenciones en salud para familias de prioridad alta y media.
- Validación, concertación y ajuste del Plan por parte de los Equipos Multidisciplinarios en Salud EMS: con base en el plan de manejo inicial realizado en la primera fase de elaboración, el EMS debe hacer un desarrollo las cuales estarán organizadas en los siguientes contenidos:

#### **Descripción de la situación individual y familiar encontrada junto con los determinantes evidenciados en la caracterización.**

- i) **Individual:** incluye todas las atenciones individuales definidas en la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la salud, así como las de gestión del riesgo individual incluidas en las RIAS según el grupo de riesgo o evento específico, además de las otras actividades asistenciales relacionadas con atención en salud de eventos no incluidos en las rutas.
  - a. El EMS debe actualizar la caracterización de su población a cargo a partir de la información aportada en la ejecución de las RIAS.
  - b. Respecto a las RIAS por grupo de riesgo y eventos específicos, los EMS deben dar seguimiento a las cohortes de individuos pertenecientes a cada grupo de riesgo y garantizar que sus atenciones sean provistas oportunamente. Así mismo el prestador primario de hacer monitoria de los hitos de cada RIAS junto con una coordinación estrecha la Unidad Técnica de Coordinación y

Gestión Operativa de la Red y de regulación de la demanda y la oferta de la EPS para un seguimiento de la atención en otros prestadores del componente primario o complementario.

- c. Los EMS deben, en coordinación con el prestador primario, definir y actualizar la caracterización de la población adscrita al prestador con la información recolectada a través de la caracterización intramural y extramural, la derivada de la RIAS de promoción y prevención, de las RIAS por grupo de riesgo.
- d. Debe anotarse que el EMS se encuentra a cargo de todas las actividades asistenciales de las familias a su cargo y en coordinación con el especialista de Medicina Familiar debe orientar y optimizar la atención de su población dentro del prestador primario.

- ii) **Familiar:** Implica la valoración familiar integral realizada inicialmente por el gestor y complementada por el resto del equipo según sus competencias. Deben priorizarse las familias consideradas en alto riesgo según se especificó en el apartado de caracterización. Incluye la valoración familiar integral y la intervención en familias según nivel de intervención las cuales se desarrollarán a continuación.

**Valoración familiar integral:** Conceptos básicos

- o **Valoración Familiar Integral:** La valoración familiar integral implica conocer no solo la condición de salud de sus miembros, sino las condiciones en que una familia se desenvuelve en su curso de vida en los diferentes entornos como las condiciones del hogar, el entorno comunitario, laboral y educativo; además de la estructura, las relaciones, dinámicas que se determinan al interior de la familia que afectan a sus miembros; así también las condiciones individuales de cada uno de sus integrantes que afectan la familia como sistema abierto. Estas condiciones anteriores, junto con la red de apoyo con la que cuenta la familia, afectan positiva o negativamente generando una serie de riesgos o factores protectores que sumados permiten a una familia responder adecuadamente a eventos adversos. Cuando la capacidad de respuesta es reducida se llama vulnerabilidad.
- o **Identificación De Capacidades:** En el trabajo con familias debe, identificarse sus capacidades, aquellas que tiene la familia para mejorar su condición de salud y afectar sus determinantes. El desarrollo

de capacidades es parte integral del trabajo con familias en el enfoque<sup>17</sup>.

- **Riesgo Familiar:** Es una condición o característica dada por un proceso multifactorial dinámico que posibilita una alteración en el grupo familiar; también puede indicar el inicio o empeoramiento de un proceso patológico en uno de sus integrantes. Esta condición debe afectar la familia y su relación con la comunidad; por tanto, la valoración del riesgo familiar y la atención de los problemas de él derivados contribuyen a mejorar la salud familiar y comunitaria. Como se expresó anteriormente la salud de un núcleo familiar no es equivalente a la salud de cada uno de sus miembros; por el contrario, una situación de riesgo familiar si se puede desencadenar cuando uno o más miembros del grupo presenta alteraciones severas en su curso de vida que impiden su desarrollo normal ya sea por enfermedad que afecte todo el funcionamiento familiar o por disfunciones familiares que limitan el desarrollo normal de uno de sus miembros<sup>18</sup>.

La valoración del riesgo familiar debe iniciar por una caracterización no solo de los determinantes de la salud que afectan al individuo y la familia sino por una caracterización de su estructura, relaciones, dinámicas y finalmente de su grado de vulnerabilidad para determinar acciones en salud tanto sectoriales como intersectoriales dirigidas a individuos y familias.

- **VULNERABILIDAD FAMILIAR:** Es la dificultad de una familia de responder a eventos adversos tanto internos (crisis normativas y no normativas) como externos (alteraciones sociales, políticas y económicas). Desde el punto de vista de la teoría de sistemas La vulnerabilidad es lo opuesto a resiliencia conociendo que la capacidad de absorber un cambio cualitativo y conservar su integridad estructural, si esta capacidad es poca se considera vulnerabilidad<sup>19</sup>. La vulnerabilidad puede determinarse a través de conocer los riesgos a los que está sujeta una familia como ya vimos.

---

<sup>17</sup> Lineamiento Familia y Comunidad en la Atención Integral en Salud, Una propuesta para la acción estatal en Salud para Primera Infancia, Infancia y Adolescencia. Dirección de Promoción y prevención, Ministerio de Salud y Protección Social, 2014.

<sup>18</sup> Louro Bernal I. Modelo de Salud del Grupo Familiar. Rev Cubana Salud Pública 2005;31(4):332-7.

Louro Bernal I. Hacia una nueva conceptualización de la salud del grupo familiar y sus factores condicionantes. Rev Cubana Med Gen Integr; 20(3); 0-0; 2004-06.

Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria Dirigido a Equipos de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales División de Atención Primaria, Ministerio de Salud Gobierno de Chile, Organización Panamericana de la Salud 2013

<sup>19</sup> Hernández Córdoba A. Familia, ciclo vital y psicoterapia sistémica breve. Editorial el Búho 1.998.

La valoración familiar integral debe ser realizada por un gestor (que ya haya visitado la familia en una caracterización inicial) y una enfermera (u otro profesional) capacitada en salud familiar y comunitaria. Esta valoración puede realizarse en el contexto intramural o extramural según lo determine el equipo de acuerdo con la caracterización inicial aportada por el gestor y ser incluida en el plan de cuidado primario. Esta valoración debe complementarse a través del tiempo al definir otras atenciones por otros integrantes del equipo según plan de cuidado primario componente familiar.

- Incluye caracterización familiar de su estructura y dinámica familiar. Uso de herramientas FAMILIOGRAMA, APGAR familiar, ECOMAMAPA y georreferenciación de familias. (anexo 2)
- Adicionalmente debe contar con la caracterización de población discapacitada y su inscripción en el registro nacional.
- Identificación de capacidades para fortalecer en familias. Debe incluirse en el plan de cuidado primario las acciones específicas para fortalecimiento y desarrollo de capacidades de la familia.
- Establecimiento de la vulnerabilidad familiar, de acuerdo a la información recolectada en la caracterización y por otro lado el EMS debe priorizar a la familia según grado de vulnerabilidad establecido para una oportuna implementación del plan de cuidado primario.
- Por otra parte, los miembros del núcleo familiar que pertenezcan a grupos de riesgo susceptibles de atención por RIAS deben ser priorizados y deben tener un seguimiento de su atención en la ruta respectiva.
- La atención de las familias que requieran intervención familiar estará a cargo del especialista en medicina familiar, el seguimiento extramural de las familias se realizará por parte de los gestores. Así mismo, debe haber un seguimiento en caso de que se requiera una intervención familiar en el componente complementario.

### **Definiciones de niveles de intervención en las familias**

Cada nivel de intervención tiene sus responsables y actividades propias de acuerdo al riesgo familiar encontrado en la valoración inicial donde debe caracterizarse con precisión la familia y definir el plan de manejo según el nivel de intervención a realizar.

**Nivel 1. Mínimo énfasis: caracterización realizada por el gestor en salud o auxiliar de enfermería.**

- a) Se debe entregar universalmente y consiste en un enfoque familiar básico donde se caracterizará a la población de un territorio determinado.
- b) Se debe priorizar a las familias con individuos en condición de vulnerabilidad o pertenecientes a grupos de riesgo para su derivación a rutas específicas.
- c) Se debe hacer una caracterización de la familia de manera básica ayudado por un familiograma y un ECOMAPA, la georreferenciación de las familias. (Anexo 2)
- d) Valoración de vulnerabilidad familiar según herramienta cualitativa. (Anexo 2)
- e) Canalización a otros servicios de salud y otros sectores.

**Nivel 2. Valoración por médico y/o enfermera más otros miembros del equipo según necesidad (terapeutas, psicología).**

- a) Valoración familiar integral y determinación de vulnerabilidad familiar (Anexo 2). En este nivel se complementa la información ya aportada por el gestor.
  - Uso de guías anticipatorias de acuerdo al ciclo vital familiar
  - Identificar crisis sean normativas o no normativas encontradas con la información aportada por el familiograma, APGAR familiar y el ECOMAPA
  - Uso de herramienta para caracterizar vulnerabilidad familiar.
- b) Determinar si la familia es susceptible de intervención familiar: severa disfunción, crisis no resueltas, trastornos y problemas en salud mental, violencias.
- c) Elaboración de un plan de cuidado primario, para la familia. Se discute su diseño y contenidos. Este plan debe ser discutido y concertado con la familia y los integrantes del EMS, los cuales, quedan a cargo deben establecer su seguimiento.
- d) Canalización sectorial e intersectorial de ser necesaria.
- e) En este nivel y en los siguientes se requiere de consentimiento informado.

**Nivel 3. Consejería en crisis (normativas y no normativas) por psicología y medicina familiar en atención ambulatoria en prestador primario o visita domiciliaria (en contados casos).**

- a) Apoyo del equipo multidisciplinario para la resolución de las crisis normativas y no normativas identificadas en el nivel anterior.
- b) Búsqueda de disfunciones peligrosas, riesgos identificados para diferentes tipos de violencia, problemas de salud mental.
- c) Apoyo a cuidadores de enfermos terminales o crónicos.

- d) Abandono de algún miembro de la familia.
- e) Desarrollo del Plan Integral de Cuidado Primario, en su parte familiar, por el equipo multidisciplinario donde planifique cada visita domiciliaria o intervención en el servicio de salud.
- f) Requiere de consentimiento informado.

#### **Nivel 4: Evaluación funcional e intervención planificada**

- a) Este nivel requiere de personal entrenado: psicólogo con enfoque sistémico o especialista en medicina familiar con capacidad en terapia de familia.
- b) Define la intervención y la realiza luego de identificar las disfunciones más graves.
- c) Requiere de una atención en el componente complementario de la red o un prestador primario con personal capacitado en este tipo de intervenciones
- d) Requiere de consentimiento informado.

#### **Nivel 5: Terapia familiar formal**

- a) Requiere profesionales en salud entrenados para terapia de familia formal y manejo de problemas de salud mental, específicamente psiquiatría y psicología con experiencia en terapia familiar.
  - b) Requiere el manejo en un prestador complementario, con un seguimiento del caso por parte del prestador primario.
- iii) **Comunitario:** De acuerdo con la caracterización realizada, los EMS deben definir de acuerdo a las RIAS las actividades colectivas PIC y las acciones de gestión de salud pública requeridas para la afectación de determinantes sociales que requieren ser gestionadas ante la Dirección Territorial de Salud (departamental, distrital, municipal).
- a. Acciones colectivas consideradas necesarias por el EMS en el marco de las RIAS y la normatividad vigente; con respecto a estas acciones el papel del prestador primario será de la coordinar la inclusión de las mismas en el Plan de Acción en Salud de la Dirección Territorial de Salud respectiva. Adicionalmente, se coordinará con el prestador contratado por la Entidad Territorial para que genere la retroalimentación correspondiente a las intervenciones ejecutadas en la población al prestador primario; salvo que la Entidad Territorial le haya contratado la ejecución de las intervenciones colectivas.

- b. Seguimiento de determinantes de la salud que el EMS considere necesarias según información derivada de la caracterización. Esta información debe organizarse y consolidarse en el prestador primario (además de actualizarse a través del tiempo). Consolidada la información, la principal responsabilidad del prestador primario es la de identificar la necesidad de adelantar acciones de este tipo e informar a la Dirección Territorial de Salud municipal de manera directa; por otra parte, a través del Unidad Técnica de Coordinación y Gestión Operativa de la Red y de regulación de la demanda y la oferta de la EPS, informar a las Direcciones Territoriales departamentales o distritales.
- c. Canalización intersectorial: En el plan de cuidado primario deben incluir si debe hacerse canalización a otros sectores y hacer seguimiento a la misma. Esta canalización intersectorial debe realizarse de acuerdo a lo establecido arriba en las funciones de prestador primario; dando prioridad a los servicios sociales o de protección. La canalización se realizará a través del Unidad Técnica de Coordinación y Gestión Operativa de la Red y de regulación de la demanda y la oferta de la EPS.
- d. Acciones de participación social en salud. El EMS debe promover la participación social en salud de acuerdo a las directivas dadas por el prestador primario y el Unidad Técnica de Coordinación y Gestión Operativa de la Red y de regulación de la demanda y la oferta de la EPS bajo el liderazgo del ET departamental /distrital/ municipal según lo contemplado anteriormente en el numeral 2.2.2. (acciones comunitarias a cargo del prestador).

**Discusión y concertación del plan** con individuo y familia, comunidad si es necesario.

**Definir las acciones que tendrán seguimiento:** El plan de cuidado primario debe tener una definición de cómo se llevarán a cabo estas atenciones en la parte individual, familiar y comunitaria; para esto, en el aspecto individual se programarán las atenciones, por ejemplo: las citas médicas (general y especializada), de odontología y de enfermería, la realización de paraclínicos e imágenes diagnósticas y se definirá las remisiones requeridas, entre otros.

En la parte familiar, incluirá la programación de valoraciones por medicina familiar, psicología para intervención familiar y en la parte comunitaria, se establecerá el flujo de información y acciones de coordinación a adelantar entre el Dirección Territorial de Salud municipal y el prestador primario para la gestión e implementación de intervenciones colectivas y de afectación de determinantes.

**Reclasificación de la familia para priorización:** se usa nuevamente la herramienta propuesta para priorización (Anexo 2 numeral 1.2) y se reclasifica la familia si es de prioridad alta, media o baja.

Finalmente, el plan de cuidado primario debe tener un proceso de monitoreo y evaluación (realizado inicialmente por el mismo EMS y luego por el coordinador de los equipos), el cual implica el seguimiento a la realización de las atenciones propuestas, a los hitos y a los resultados o desenlaces descritos en las RIAS; así como, a los procesos de referencia y contrarreferencia, canalización sectorial e intersectorial adelantados por los EMS. Para lo anterior, el EMS debe tener un espacio o tiempo específico destinado para esta tarea de análisis junto con la coordinación de los EMS y el grupo de soporte administrativo del prestador primario. A partir de los resultados obtenidos del monitoreo y evaluación descritos anteriormente, de los cambios del perfil epidemiológico de la población adscrita y de las situaciones particulares de los individuos, familias y comunidades, se deberá ajustar el plan de cuidado primario.

#### **4.2 Procesos y procedimientos para la atención en salud de los prestadores primarios (RIAS, PICP)**

El prestador primario debe dar continuidad y seguimiento intramural a los individuos y familias canalizados desde las actividades extramurales, generando una atención integral en salud a través de consulta ambulatoria general y especializada que le haya sido contratada. Los EMS deben contar con la capacidad de hacer un seguimiento de la atención de sus familias asignadas dentro del componente primario; por su parte, la Unidad Técnica de Coordinación y Gestión Operativa de la Red y de regulación de la demanda y la oferta de la EPS deberá garantizar la generación y disponibilidad de la información requerida para el seguimiento de la atención realizada en el componente complementario.

##### **4.2.1 Habilitación de prestadores primarios**

La habilitación del prestador primario se refiere a los requerimientos y condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud, con el fin de ser autorizados para operar en el Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSS para la provisión del componente primario de las RIPSS, de manera, accesible, oportuna, continua, integral y resolutive.

Por lo tanto, la Institución Prestadora de Servicios de Salud para ser habilitada como prestador primario debe garantizar el cumplimiento de los estándares y criterios de habilitación, en lo correspondiente a la provisión de los servicios a gestionar por las Rutas Integrales de Atención en Salud y la demanda espontánea que requiera una atención en salud en lo correspondiente al componente primario, así como contar con la capacidad para apoyar la gestión del riesgo en salud en lo de su competencia.

Los estándares y criterios propuestos para el prestador primario comprenden condiciones de estructura, proceso y de seguimiento que abarcan los aspectos inherentes a su conformación, gestión de la prestación de los servicios de salud y

aquellos asociados al seguimiento del desempeño y sus efectos imputables con los resultados en salud de la EPS en su función de gestión y de la entidad territorial en lo que concierne a las intervenciones colectivas.

Es importante resaltar que los estándares y criterios de habilitación para éste tipo de prestadores, desbordan los criterios de seguridad y las condiciones mínimas obligatorias exigibles a los servicios de salud (los cuales se dan por cumplidos con la habilitación de los servicios) y se enfocan en aspectos que posibiliten contar con las condiciones y capacidades necesarias para una prestación de servicios oportuna, continua, integral y resolutive, como integrante de las RIPSS.

Los estándares referidos a continuación deben ser cumplidos por la institución prestados de servicios de salud para ser habilitados como prestadores primarios, condiciones a ser verificadas por parte de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud:

- a) Estándar de conformación y organización del Prestador Primario:** Son las condiciones de estructura, mecanismos e instrumentos que se requieren para la conformación del Prestador Primario de Servicios de Salud, a partir de los servicios definidos para el componente primario de RIPSS. Dentro de lo anterior, se consideran los aspectos instrumentales y metodológicos para la identificación y gestión de los riesgos individuales y colectivos, la evaluación de las condiciones de suficiencia y disponibilidad para la atención de una población determinada a cargo, la voluntad explícita de los prestadores para su conformación, en el caso en que lo integren varios, la determinación de las puertas de entrada, la determinación del Talento Humano requerido en la provisión de los servicios y los criterios para la planificación de las contingencias.
- b) Estándar de operación del Prestador Primario:** Son los instrumentos, procedimientos y metodologías requeridos para la gestión del Prestador Primario de Servicios de Salud, incluyendo los procesos para la adscripción y caracterización poblacional de conformidad con la normatividad vigente, la planificación y gestión del proceso de atención en salud de la población a cargo en el componente primario de la RIPSS, la implementación de las rutas integrales de atención en salud y la articulación con los procesos de gestión de la RIPSS conformada por la EPS de la cual hace parte, y con la entidad territorial en lo de su competencia.
- c) Estándar de seguimiento del Prestador Primario:** Son las condiciones, mecanismos, instrumentos y metodologías para el monitoreo de la gestión del Prestador Primario de Servicios de Salud para la atención en salud de su población a cargo, en lo correspondiente a la identificación y análisis del desarrollo de la misma, así como de los cambios en las condiciones de salud de los beneficiarios y su efecto sobre el desempeño y los resultados en salud

de la población, en el contexto de la RIPSS conformada y organizada por la EPS, y en lo colectivo con la entidad territorial en lo de su competencia.

Cada uno de estos estándares tiene criterios a evaluar y verificar a la entrada en el marco del proceso de habilitación correspondiente, los cuales se encuentran definidos en el Anexo No 1.

## **5. Seguimiento a la gestión y el desempeño del Prestador Primario**

### **5.1 Seguimiento de la prestación de servicios de salud del prestador primario**

En este contexto, el seguimiento a la prestación de los servicios de salud debe ser concordante con el establecido para las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud, tomando como referencia que el proceso de atención en salud, es conjunto y está condicionado a las necesidades y requerimientos de la población. En general, se debe garantizar que el seguimiento en el componente primario de la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud, ya sea provisto por un prestador primario o por el conjunto de servicios conformado y organizado por la EPS, debe tener en cuenta desde la atención en salud a la población, su incidencia y relación con las necesidades de la población, lo cual involucra la gestión integral de sus requerimientos con relación a las acciones de promoción y mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, en condiciones adecuadas, así como los resultados previstos que se deriven de las mismas, en el marco del Modelo integral en atención en salud.

Se propone por tanto, el establecimiento de metodologías e instrumentos que valoren dentro de las competencias y alcances en la prestación de los servicios de salud de la gestión integral de la atención en el componente primario de la RIPSS enfocándose en la respuesta a la demanda de servicios de salud, con la identificación y caracterización de los riesgos en salud, rutas de atención, y en general la gestión de la demanda mediante la provisión de servicios bajo atributos de calidad como accesibilidad, continuidad, integralidad, seguridad, oportunidad, resolutivez, y como consecuencia de lo anterior, resultados de salud (eficacia de las intervenciones), buscando analizar el cumplimiento esperado de actividades inherentes al proceso de atención, previsto en referentes técnicos que regulan la provisión de los servicios en función de la gestión integral del riesgo en salud, razón de ser del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

## ANEXO No 1. ESTÁNDARES Y CRITERIOS DE HABILITACIÓN PROPUESTOS PARA EL PRESTADOR PRIMARIO

### ▪ Estándares y criterios de entrada para la habilitación de Los Prestadores Primarios De Servicios De Salud

Los estándares de habilitación del Prestador Primario de Servicios de Salud contienen criterios indispensables para que la prestación de los servicios de salud se brinde en condiciones de accesibilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y resolutivez.

De acuerdo a lo anterior deberán garantizar condiciones, procesos y procedimientos que posibiliten la operación y gestión del proceso de atención en salud. La Institución Prestadora de Servicios de Salud para habilitarse como Prestador Primario deberá garantizar el cumplimiento de los siguientes criterios de habilitación, los cuales deberán ser verificados por la Entidad Departamental y Distrital de Salud, de conformidad con la normatividad vigente, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

1.1 ESTÁNDAR DE CONFORMACIÓN Y ORGANIZACIÓN DEL PRESTADOR PRIMARIO		
CRITERIO A VERIFICAR	MODO DE VERIFICACIÓN	ALCANCE Y ESPECIFICIDAD
1.1.1 Instrumentos, mecanismos e información para la valoración de los riesgos en salud, la identificación y clasificación de su población a cargo	Verificar:  1.1.1.1 Instrumentos, metodologías e información desarrollados para la identificación y clasificación de los riesgos en salud de la población a cargo.	Se requiere elaborar el documento del modelo de análisis y cuantificación de riesgos, que contenga: <ul style="list-style-type: none"> <li>- La metodología para identificación y caracterización de los riesgos individuales.</li> <li>- Cuando se oferten actividades del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, deberá contar con la metodología para la identificación y caracterización de los riesgos colectivos.</li> <li>- Los mecanismos para la gestión, tratamiento y consolidación de la información para la identificación y clasificación de los riesgos individuales en salud.</li> <li>- Los instrumentos, procesos e información para la clasificación y definición de los grupos de riesgos, de acuerdo con lo establecido por las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS definidas en la Política de Atención Integral en Salud – PAIS (Resoluciones 429 y 3202 de 2016 o aquellas que las modifiquen o sustituyan).</li> </ul>
	Verificar:  1.1.1.2 Las metodologías e instrumentos para la planificación, gestión y monitoreo del plan de cuidado que definan las	Documento de plan de cuidado para la atención en salud de la población que contenga: <ul style="list-style-type: none"> <li>- La metodología para la planificación de las actividades, procedimientos e intervenciones individuales para la atención de la población.</li> </ul>

	<p>actividades, procedimientos e intervenciones, teniendo como referencia los lineamientos y orientaciones definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, para la Gestión Integral del Riesgo en Salud. En tanto el Ministerio expida los lineamientos y orientaciones, el prestador definirá el plan de cuidado de conformidad con la mejor evidencia disponible.</p>	<p>Cuando se oferten actividades del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, deberá contar con la metodología para planificar la intervención de los riesgos colectivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los mecanismos establecidos para la gestión y el monitoreo del plan de cuidado (actividades, procedimientos e intervenciones) para la atención en salud de la población.</li> </ul>
<p><b>1.1.2</b> Oferta de servicios para conformar el prestador primario de servicios de salud, de conformidad a lo definido por la Política de Atención Integral en Salud.</p>	<p>Verificar:</p> <p>1.1.2.1 Cuenta con los servicios de salud para conformar y organizar el Prestador Primario de servicios de salud, de acuerdo con lo establecido en la presente resolución.</p>	<p>La Institución Prestadora de Servicios de Salud postulante deberá garantizar que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los servicios de salud exigidos se encuentran previamente habilitados, conforme a la Resolución 2003 de 2014 o aquella que la modifique o sustituya.</li> </ul> <p>En el caso que en la conformación confluyan varios prestadores aportando servicios de salud exigidos, se deberá proveer información respecto a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o La ubicación geográfica de lo(s) prestadores de servicios de salud que aportan servicios, garantizando contigüidad y accesibilidad.</li> <li>o Los servicios habilitados que aportan los demás prestadores de servicios de salud.</li> </ul> <p>En este caso particular, deberán soportar los contratos o acuerdos de voluntades, los cuales deben incluir los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Los servicios de salud que aporta(n) el(los) otro(s) prestador(es) al prestador primario.</li> <li>o Las condiciones de articulación y las responsabilidades a cumplir por los prestadores de servicios de salud que aportan servicios exigidos, para la conformación y gestión del Prestador Primario.</li> <li>o Los mecanismos de reconocimiento y pago.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los servicios habilitados exigidos, de acuerdo al ámbito territorial en el que operará, corresponden a lo definido en el Apartado "servicios de salud que debe ofertar y proveer el Prestador Primario de Servicios de Salud, según el ámbito territorial" de este Manual.</li> </ul>
	<p>1.1.2.2 La planeación, el diseño y la documentación de los planes de operación para garantizar la accesibilidad, oportunidad y continuidad en la prestación de servicios de salud.</p>	<p>Documento de Plan Operativo, que contenga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los mecanismos y procedimientos para la adecuada atención en salud de la población a cargo, en general; y en particular, cuando se presente eventos imprevistos o contingencias.</li> </ul>

<b>1.1.3</b> Equipo multidisciplinario de salud en condiciones de pertinencia, calidad y suficiencia.	<b>Verificar:</b>  1.1.3.1 La conformación del Equipo Multidisciplinario en salud y la disponibilidad y suficiencia del talento humano en salud que lo conforma, conforme la normatividad que define el Ministerio de Protección Social.  El Prestador Primario, mientras se establece la regulación para los Equipos Multidisciplinarios de Salud, deberá contar con un equipo organizado para la gestión de los riesgos en salud.	<b>Documento que contenga:</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>- La determinación del equipo multidisciplinario para la gestión de los riesgos en salud, incluyendo los criterios para su organización.</li> <li>- Los procedimientos para la vinculación y gestión del talento humano en salud que se requiera para dicho equipo, en términos de sus funciones y la demanda de servicios de la población a cargo.</li> <li>- Las funciones de coordinación, apoyo y gestión del equipo para el cumplimiento de los procesos asistenciales y operativos, incluyendo los mecanismos de articulación requeridos para la gestión de la prestación de los servicios de salud por parte del prestador primario.</li> <li>- Las metodologías para determinar la suficiencia del equipo para la gestión de los riesgos en salud.</li> </ul>
---	---	--

1.2 ESTÁNDAR DE OPERACIÓN DEL PRESTADOR PRIMARIO		
CRITERIO A VERIFICAR	MODO DE VERIFICACIÓN	ALCANCE Y ESPECIFICIDAD
1.2.1 Procesos para la gestión de la prestación de servicios de salud del prestador primario de servicios de salud.	<b>Verificar:</b>  1.2.1.1 La existencia de procesos, procedimientos operativos, mecanismos e instrumentos para la gestión de la prestación de los servicios en lo correspondiente a:  1.2.1.1.1 Los mecanismos definidos de recepción de población para la gestión del proceso de atención en salud por parte del prestador primario.  1.2.1.1.2 La gestión y el seguimiento del proceso de atención en salud para la población a cargo, tomando en consideración los instrumentos regulatorios definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, en lo correspondiente a las Rutas Integrales de Atención en Salud, Guías de Práctica Clínica específicas y normas técnicas específicas, así como del plan de cuidado que corresponda.  1.2.1.1.3 La articulación con las EPS con las cuales establezca una relación	Se deben elaborar los soportes documentales que definan y detallen los procesos y procedimientos operativos para:  <ul style="list-style-type: none"> <li>- La especificación de las condiciones para la recepción de población, incluyendo lo correspondiente a la ejecución e implementación de la caracterización de la población e identificación de los riesgos en salud.</li> <li>- La gestión del proceso de atención en salud, incorporando los mecanismos de seguimiento a la ejecución de las actividades, procedimientos e intervenciones en salud, de conformidad con el plan de cuidado que corresponda.</li> <li>- Los mecanismos para la coordinación con las EPS, en lo correspondiente al componente primario de la RIPSS para la gestión en salud de la población a cargo en lo que corresponda.</li> <li>- Los mecanismos para la coordinación con las entidades territoriales, en lo correspondiente a las actividades a cargo en marco de lo establecido en la Resolución 518 de 2015 o la que la modifique, adicione o sustituya, en los casos que corresponda.</li> <li>- La articulación con el sistema de referencia y contrarreferencia de las EPS, la garantía de disponibilidad de información sistemática a las entidades que la requieren sobre su capacidad instalada disponible para la atención en salud, por parte del prestador primario.</li> <li>- La planeación y la ejecución establecida de los recursos humanos, técnicos, financieros y físicos necesarios para la prestación de servicios de salud por parte del prestador primario de servicios de salud.</li> <li>- Instrumentos, procesos y plataformas tecnológicas y su articulación, para la gestión de la información asistencial y administrativa de la población a cargo, incluyendo las actividades de vigilancia epidemiológica en lo correspondiente a su competencia y requerimientos de las EPS, entidades departamentales y distritales de salud y el Ministerio de Salud y Protección Social.</li> </ul>

1.2 ESTÁNDAR DE OPERACIÓN DEL PRESTADOR PRIMARIO		
CRITERIO A VERIFICAR	MODO DE VERIFICACIÓN	ALCANCE Y ESPECIFICIDAD
	<p>contractual para la prestación de los servicios de salud, conforme a lo establecido en la Resolución 1441 de 2016 o la que modifique, adicione o sustituya.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La gestión de la información a ser reportada de manera obligatoria al Ministerio de Salud y Protección Social, la Dirección Territorial de Salud y las EPS correspondientes, incluyendo los lineamientos para el tratamiento de la información, el mejoramiento continuo en términos de calidad y cobertura, de conformidad con los lineamientos establecidos por el Sistema de Información para la Protección Social – SISPRO o quien haga sus veces.</li> <li>- La definición de las estrategias y los recursos requeridos para la gestión del recurso humano asistencial y administrativo, incluyendo lo relacionado con el equipo multidisciplinario de salud.</li> <li>- Estrategias, recursos y cronograma de información y comunicación periódica hacia la población a cargo y su familia para la gestión del proceso de atención en salud.</li> </ul>
	<p>1.2.1.1.4 La articulación con la Dirección Municipal, Departamental o Distrital de Salud, cuando se le contraten actividades del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, de conformidad con la normatividad vigente.</p>	
	<p>1.2.1.1.5 La remisión y contra remisión de la población a cargo y los mecanismos para garantizar la continuidad de la atención, en el contexto de la Resolución 1441 de 2016 o la que la modifique, adicione o sustituya.</p>	
	<p>1.2.1.1.6 La planeación, adquisición, manejo, optimización y control de los recursos humanos, técnicos, financieros y físicos necesarios para la prestación de servicios de salud del prestador primario.</p>	
	<p>1.2.1.1.7 La gestión operativa de la información y de los instrumentos y plataformas que la soportan, para los ámbitos asistencial y administrativo</p>	
	<p>1.2.1.1.8 Los reportes sistemáticos y obligatorios de información definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, la Dirección</p>	

1.2 ESTÁNDAR DE OPERACIÓN DEL PRESTADOR PRIMARIO		
CRITERIO A VERIFICAR	MODO DE VERIFICACIÓN	ALCANCE Y ESPECIFICIDAD
	<p>Territorial de Salud y por las EPS.</p> <p>1.2.1.1.9 Las estrategias para la planeación y gestión del equipo multidisciplinario de salud.</p> <p>1.2.1.1.10 Los mecanismos definidos para garantizar comunicación con la población a cargo respecto a la gestión de la prestación de los servicios de salud por parte del prestador primario de servicios de salud.</p>	

1.3 ESTÁNDAR DE SEGUIMIENTO DEL PRESTADOR PRIMARIO		
CRITERIO A VERIFICAR	MODO DE VERIFICACIÓN	ALCANCE Y ESPECIFICIDAD
1.31 Procesos para la realización del seguimiento a la continuidad y resolutivez de la atención en salud de la población a cargo.	<p>Verificar:</p> <p>1.1.1.1 La existencia de procesos documentados donde se especifiquen los mecanismos e instrumentos para:</p> <p>El seguimiento a la atención en salud de la población a cargo, con el monitoreo correspondiente, incluyendo, los resultados obtenidos en la gestión de la prestación de servicios de salud para la población a cargo y los logros esperados y alcanzados en la gestión de la prestación de servicios de salud a su cargo.</p> <p>1.1.1.2 La existencia de procesos documentados que definan los lineamientos para la recolección, análisis y utilización de información para el seguimiento a la atención de la población a cargo, acorde con los lineamientos técnicos y/o normativos vigentes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Documento que definan los instrumentos, metodologías y procedimientos para el seguimiento de la atención en salud a la población a cargo, el cumplimiento de los planes de cuidado y los resultados frente a las condiciones de salud de la misma.</li> <li>- Documento que definan los Instrumentos, metodologías y procedimientos para el seguimiento y la evaluación del desempeño del Prestador primario de servicios de salud.</li> </ul> <p>Cuando en la conformación del Prestador Primario concurren otros prestadores, se deberá detallar los mecanismos para el seguimiento de los procesos de articulación y coordinación con los otros prestadores que aportan servicios, así como su contribución a la gestión en la prestación de servicios de salud del Prestador Primario.</p> <p>Cuando se oferten por parte del prestador primario actividades del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, los mecanismos para el seguimiento de éstas de conformidad con lo definido por la Dirección Municipal, Departamental o Distrital de Salud.</p> <p>Debe incluir de manera adicional, los lineamientos y mecanismos definidos para recolección, análisis y utilización de información para el seguimiento del desempeño propio como Prestador Primario de Servicios de Salud y del cumplimiento de los planes de actividades, procedimientos e intervenciones definidos para la atención en salud, incluyendo lo correspondiente en términos de resultados en salud.</p> <p>Lo anteriormente mencionado conforme a los lineamientos del Sistema Integral de Información de la Protección Social — SISPRO o el que haga sus veces, para el seguimiento y evaluación del Prestador Primario de Servicios de Salud.</p>

1.3 ESTÁNDAR DE SEGUIMIENTO DEL PRESTADOR PRIMARIO		
CRITERIO A VERIFICAR	MODO DE VERIFICACIÓN	ALCANCE Y ESPECIFICIDAD
	1.1.1.3 La existencia de mecanismos e instrumentos para la divulgación de los resultados obtenidos en torno al seguimiento al proceso de atención en salud.	<p>Instrumentos para la identificación de oportunidades de mejora en la prestación de servicios de salud y el desarrollo y seguimiento de acciones de mejora continua en calidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Herramientas y procedimientos para la evaluación de la satisfacción por la atención de la población a cargo, así como para la gestión de solicitudes, quejas y reclamos de la misma</li> </ul>

▪ **Estándares y criterios de permanencia de la habilitación de los Prestadores Primarios De Servicios De Salud**

La Institución Prestadora de Servicios de Salud habilitada como Prestador Primario deberá garantizar el cumplimiento de los siguientes criterios de permanencia para mantener su habilitación, los cuales deberán ser verificados por la Entidad Departamental y Distrital de Salud, de conformidad con la normatividad vigente, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

1.1 ESTÁNDAR DE CONFORMACIÓN Y ORGANIZACIÓN DEL PRESTADOR PRIMARIO		
CRITERIO A VERIFICAR	MODO DE VERIFICACIÓN	ALCANCE Y ESPECIFICIDAD
1.1.1 Instrumentos, mecanismos e información para la valoración de los riesgos en salud, la identificación y clasificación de su población a cargo	<p>Verificar:</p> <p>1.1.1.1 El proceso continuo de actualización para la identificación y clasificación de los riesgos en salud de la población a cargo, conforme a los instrumentos, metodologías e información desarrollados.</p>	<p>Deberá contar con documentación de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Caracterización de la población a cargo actualizada, con la identificación y clasificación de los grupos de riesgos, considerando sus características, condiciones de salud y resultados de las atenciones prestadas. La información a utilizar debe ser anualizada y el prestador debe garantizar realizar este análisis cada año con la información disponible al finalizar la vigencia.</li> </ul> <p>Para lo anterior, el Prestador Primario también tomará en consideración la caracterización poblacional de la EPS con las cuales tenga contrato, así como de los Análisis de Situación de Salud – ASIS de la entidad territorial en la cual opera, cuando corresponda.</p>

	<p>Verificar:</p> <p>1.1.1.2 Planes de cuidado desarrollados y ejecutados.</p>	<p>Documento de los planes de cuidado definidos para la atención de la población actualizados, incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La ejecución de las actividades, procedimientos e intervenciones individuales (en los casos que corresponda las intervenciones colectivas), incluyendo, los ajustes o modificaciones realizadas al plan de cuidado por mejora del proceso de atención en salud para la población.</li> <li>- Los resultados del monitoreo a la ejecución y ajuste del plan de cuidado, incluyendo, las acciones de mejora propuestas e implementadas como resultado del seguimiento realizado.</li> </ul>
1.1.2 Oferta de servicios para conformar el Prestador primario, de conformidad a lo definido por la Política de Atención Integral en Salud.	<p>Verificar:</p> <p>1.1.2.1 Servicios de salud disponibles y habilitados por el Prestador primario de servicios de salud habilitado.</p>	<p>Se deberá verificar que el prestador primario de servicios de salud habilitado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuento con Servicios de salud habilitados exigidos dentro de la conformación del prestador primario de servicios de salud, lo cual podrá ser verificado a través del Módulo de Prestador del REPS.</li> </ul> <p>Cuando en la conformación y operación del Prestador Primario concurren otros prestadores, deberá verificarse que existen contratos vigentes o acuerdos de voluntades, con al menos el alcance y especificidad previstos en la Entrada.</p>
	<p>1.1.2.2 Planes para garantizar la accesibilidad, oportunidad y continuidad en la prestación de servicios de salud, elaborados y actualizados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Documento que soporte la implementación de los planes ante la ocurrencia de eventos que puedan afectar la prestación de los servicios de salud. Con detalle de las acciones adelantadas y resultados obtenidos, así como la coordinación con otras entidades, entre otros.</li> </ul>
1.1.3 Equipo multidisciplinario de salud en condiciones de pertinencia, calidad y suficiencia.	<p>1.1.3.1 Equipo multidisciplinario en salud conformado en condiciones de suficiencia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Documento que analice: <ul style="list-style-type: none"> <li>o La suficiencia del equipo multidisciplinario de salud para la atención de la población a cargo.</li> <li>o Las acciones y la gestión realizada por el equipo multidisciplinario de salud en la atención de la población a cargo, incluyendo la gestión realizada a partir de la caracterización de los riesgos y el plan de cuidado.</li> </ul> </li> </ul>

1.2 ESTÁNDAR DE OPERACIÓN DEL PRESTADOR PRIMARIO		
CRITERIO A VERIFICAR	MODO DE VERIFICACIÓN	ALCANCE Y ESPECIFICIDAD
1.2.1 Procesos para la gestión de la prestación de servicios de salud del prestador primario de servicios de salud	<p>Verificar:</p> <p>1.2.1.1 La implementación, evaluación y cumplimiento de los procesos, procedimientos operativos, mecanismos e instrumentos para la gestión de la prestación de los servicios del prestador primario de servicios de salud.</p> <p>1.2.1.2 Las acciones de mejora diseñadas e implementadas para el mejoramiento de los procesos, procedimientos operativos, mecanismos e instrumentos para la gestión de la prestación de los servicios del prestador primario de servicios de salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Documento que evidencie la implementación, evaluación y cumplimiento de los procesos, procedimientos operativos, mecanismos e instrumentos para la gestión de la prestación de los servicios del prestador primario de servicios de salud.</li> <li>- Documento donde se presenten los resultados de la implementación de las acciones de mejora en los procesos, procedimientos operativos, mecanismos e instrumentos para la gestión de la prestación de los servicios del prestador primario de servicios de salud.</li> </ul>

1.3 ESTÁNDAR DE SEGUIMIENTO DEL PRESTADOR PRIMARIO		
CRITERIO A VERIFICAR	MODO DE VERIFICACIÓN	ALCANCE Y ESPECIFICIDAD
1.3.1 Procesos para la realización del seguimiento a la continuidad y resolutivez de la atención en salud de la población a cargo.	<p>Verificar:</p> <p>3.3.1.1 El seguimiento y análisis periódico de la gestión de la prestación de los servicios de salud a su población a cargo, de acuerdo con los resultados esperados en términos de la gestión del riesgo en salud y prioridades en salud definidas.</p> <p>3.3.1.2 El seguimiento y análisis periódicos de los resultados en salud atribuibles al prestador primario, según las condiciones establecidas por las diferentes entidades responsables de pago.</p> <p>3.3.1.3 La existencia de procesos continuos y sistemáticos de revisión de las fuentes de información, de las acciones de mejora diseñadas e implementadas sobre dichas fuentes y de los mecanismos para soportar los requerimientos de información.</p> <p>3.3.1.4 La publicación de los resultados de la gestión y el desempeño del prestador primario de servicios de salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Documentos de seguimiento a la prestación de los servicios de salud realizados al menos una vez al año, que contenga: <ul style="list-style-type: none"> <li>o La gestión realizada a la población a cargo de conformidad con los planes de cuidado realizados y las prioridades en salud definidas. Los resultados en salud definidos por grupos de riesgo atribuibles al prestador primario de servicios de salud.</li> <li>o Las acciones de mejora realizadas por parte del prestador primario de servicios de salud habilitado en función de los resultados de los procesos de seguimiento a la gestión realizados anualmente</li> </ul> </li> <li>- Documento que dé cuenta de la implementación de procesos continuos de mejoramiento de las fuentes de información del prestador primario en términos de contenido, cobertura y calidad del dato.</li> <li>- Documento publicado de los resultados en la gestión de la prestación de los servicios de salud, del desempeño propio como prestador primario de servicios de salud, de las oportunidades de mejoras identificadas en el ejercicio y del desarrollo y seguimiento de acciones de mejora continua en calidad.</li> </ul>

## ANEXO No 2 DIRECTRICES PARA LA INTERVENCIÓN FAMILIAR A CARGO DEL PRESTADOR PRIMARIO

Con el fin de lograr identificar las necesidades de intervención a nivel familiar, existen herramientas muy conocidas como el APGAR familiar y el familiograma, sin embargo, no se ha adoptado un instrumento universal, y la mayoría parte de las veces son constructos adaptados de acuerdo a la realidad local o nacional.

A continuación se proponen los siguientes instrumentos para su uso:

### **EL FAMILIOGRAMA: (Genograma)**

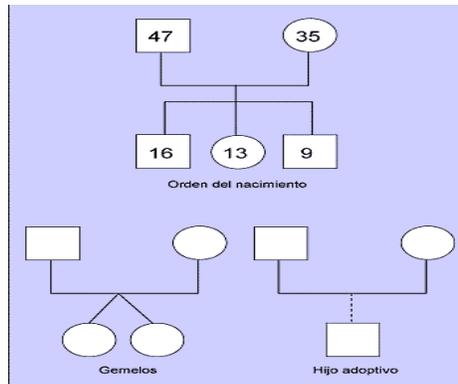
Se considera la herramienta más versátil de la medicina familiar; esta surge desde la teoría de sistemas en 1978 como el fin de evaluar, desde un enfoque sistémico, al individuo y su familia proporcionando una visión integral de los problemas médicos y biopsicosociales; dando una panorámica a través del tiempo del desarrollo de la familia<sup>20</sup>. Dentro de la información que proporciona el familiograma se encuentra: patrones de género, tipología y ciclo vital familiar, patrones intergeneracionales, dinámica familiar, contexto religioso y cultural, enfermedades hereditarias, adaptación de la familia a la enfermedad, recursos familiares y eventos críticos<sup>21</sup>.

La elaboración del gráfico puede ser realizada desde un aspecto básico por un gestor en salud (promotor de salud o auxiliar en salud pública); pero puede llegar a una gran complejidad cuando se convierte en una herramienta para intervención en familiar al permitir diagramar relaciones y dinámicas entre los miembros de una familia lo cual puede realizarlo una psicóloga o un especialista en medicina familiar. A continuación se presenta un ejemplo de un familiograma:

---

<sup>20</sup> Zurro, A. M., Cano Pérez, J. F. Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica 4 edición Harcourt Brace, España. 2003

<sup>21</sup> Terrasa, S., Rubinstein, A. Medicina familiar y práctica ambulatoria. 2 edición. Editorial Panamericana. Argentina 2006.



FAMILIOGRAMA: expresión sencilla de familia nuclear a manera de ejemplo. Tomado de: Zurro, A. M., & Cano Pérez, J. F. (2003). *Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica* 4 edición Harcourt Brace, España.

**El APGAR familiar:**

Esta es una herramienta construida por Smilkestein en 1978 que se compone de 5 preguntas cerradas en un cuestionario auto administrado que permite evaluar la función familiar percibida por el individuo que responde el cuestionario permitiendo sospechar disfunción pero no diagnosticándola. Cada pregunta puede puntuarse de 0 a 4 (nunca, casi nunca, a veces, casi siempre y siempre); el cuestionario genera puntajes de 0 a 20 donde puntajes de 9 o menos implican disfunción familiar severa; de 10 a 13 disfunción familiar moderada; de 14 a 17 disfunción familiar leve; puntajes mayores de 18 buena función familiar. Las preguntas a considerar son las siguientes:

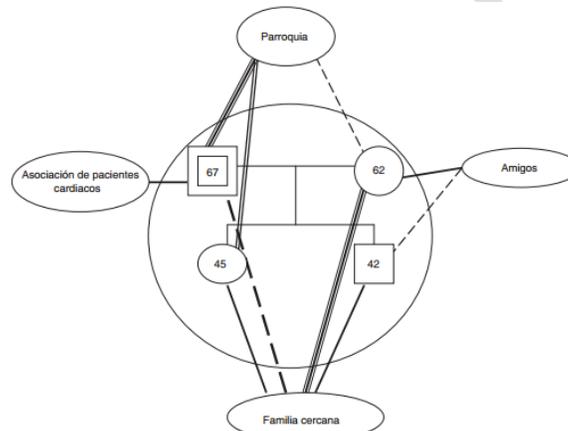
Función	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad					
Me satisface la participación que mi familia brinda y permite					
Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades					
Me satisface cómo mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza y amor					
Me satisface cómo compartimos en familia: El tiempo para estar juntos Los espacios en la casa El dinero					

APGAR familiar. Tomado de Zurro, A. M. Solà, G. J. *Atención familiar y salud comunitaria: conceptos y materiales para docentes y estudiantes*. Elsevier, España 2011.

**ECOMAPA:**

Es una herramienta que mediante un diagrama explica el contacto de la familia con el exterior (comunidad, sociedad) y cómo puede afectar, positiva o

negativamente, la estructura familiar. Incluye todos los agentes externos que tienen relación con el núcleo familiar en cuestión; en otras palabras, permite establecer la red social de apoyo y el acceso a recursos económicos en un momento en el tiempo, pero con un seguimiento a futuro. Tanto el ECOMAPA como el familiograma se han convertido en herramientas muy usadas en investigación por diferentes disciplinas ya que permiten entender el contexto familiar en el proceso salud – enfermedad<sup>22</sup>.



ECOMAPA. Tomado de: M.I. Pardavila Belio, C.G. Vivar. Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. *Enferm Intensiva*. 2012; 23 (2):51-67

<sup>22</sup> M.I. Pardavila Belio, C.G. Vivar. Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. *Enferm Intensiva*. 2012;23(2):51--67.

Nascimento L. C., Dantas I.R.O., Andrade R. D., Mello D.F. Genogram and ecomap: brazilian nursing contributions. *Texto contexto - enferm*. [Internet]. 2014 Mar [cited 2015 Oct 06] ; 23( 1 ): 211-220.