

**EMPRESA MUTUAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL
DE LA SALUD
NIT 811.004.055-5**

**MODELO DE ATENCIÓN
BIOPSIICOSOCIAL CON
ENFOQUE COMUNITARIO**



**COORDINACION GESTION DEL RIESGO
2015**

Indice de contenido

| | |
|---|----|
| Declaración de Alma-Ata..... | 5 |
| 1. MARCO DE REFERENCIA NORMATIVO | 9 |
| 1.1 La ley 100 de 1993: | 9 |
| 1.2. Resolución 5261 de 1994 | 9 |
| 1.3 Acuerdo 117 de 1998..... | 10 |
| 1.4 RESOLUCIÓN 412 DE 2000:..... | 10 |
| 1.5 RESOLUCIÓN 3384 DE 2000:..... | 12 |
| 1.6 LEY 715 DE 2001: .. | 12 |
| 1.7 Resolución 3442 de 2006:..... | 12 |
| 1.8 Resolución 0769 de 2008:..... | 13 |
| 1.9 Resolución 1973 de 2008: ... | 13 |
| 1.10 Ley 1122 del 9 de enero de 2007: ... | 13 |
| 1.11 Decreto número 3039 de 2007 del 10 de agosto de 2007: | 13 |
| 1.12 Resolución número 0425 del 11 de febrero de 2008:..... | 14 |
| 1.13 Decreto número 4747 de Diciembre 7 de 2007: | 14 |
| 1.14 Resolución 3047 de 2008: | 15 |
| 1.15 Circular Única con Modificaciones de las Circulares Externas 049, 050, 051 y 052 de 2008, 057, 058 de 2009, 059, 060 061 y 062 de 2010 | 15 |
| 1.16 Ley 1438 de 2011:..... | 15 |
| 1.17 Acuerdo 029/2011 de la CRES:..... | 16 |
| 1.18 Resolución 4505 de 28 de Diciembre de 2012 | 16 |
| 1.19 Resolución 1536 de 11 de Mayo de 2015 :..... | 16 |
| 2. MODIFICACION A CONPES SOCIAL 91 DEL 14 DE JUNIO DE 2005: "METAS Y ESTRATEGIAS DE COLOMBIA PARA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO-2015", Aprobado 28 de Marzo de 2011 | 16 |
| 2.1 SITUACIÓN ACTUAL: | 16 |
| 2.2 OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO | 17 |
| 3. MARCO CONCEPTUAL DEL MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD DE EMDISALUD "MODELO BIOPSIICOSOCIAL CON ENFOQUE COMUNITARIO" | 25 |
| 3.1 CARACTERISTICAS GENERALES DEL NUEVO MODELO: | 26 |

| | |
|--|-----|
| 3.2. MODELO CON DESPLIEGUE AL GRUPO FAMILIAR:..... | 26 |
| 3.3. IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO INTRA Y EXTRAMURALMENTE: | 26 |
| 3.4. ABORDAJE CON EQUIPO DE SALUD MULTIDISCIPLINARIO | 27 |
| 3.5. MODELO CON ENFOQUE DE GESTIÓN DEL RIESGO | 27 |
| 3.6. APLICACIÓN DE MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA | 27> |
| 3.7. FOMENTO DEL AUTOCUIDADO..... | 27 |
| 3.8. ATENCIÓN INTEGRAL | 28 |
| 3.9. ATENCIÓN ASISTENCIAL | 28 |
| 3.10. AMPLIA PARTICIPACIÓN SOCIAL: | 28 |
| 3.11. FORTALECIMIENTO DE LAS ACCIONES, PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES DE PROTECCIÓN ESPECÍFICA, DETECCIÓN TEMPRANA Y ATENCIÓN DE ENFERMEDADES DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA | 29 |
| 4. CONDICIONES MINIMAS PARA SU IMPLEMENTACIÓN | 29 |
| 4.1. CONDICIONES PARA EMDISALUD (Caracterización de la población):..... | 29 |
| 4.2. CONDICIONES PARA PRESTATARIOS DE SERVICIOS DE SALUD..... | 29 |
| 4.3. CONDICIONES PARA LOS USUARIOS | 30 |
| 5. ESTRATEGIAS PARA SU EJECUCION..... | 30 |
| 5.1 Atención Primaria en Salud..... | 30 |
| 5.1.1. Elementos para la Implementación de la Atención Primaria en Salud: | 30 |
| 5.2. Contenidos Programáticos de la APS : | 31 |
| 5.3. Atención Integrada a la Niñez: | 33 |
| 5.4. Participación Social | 34 |
| 5.6. Enfoque de Administración del Riesgo: | 35 |
| 5.7. Coordinación Interinstitucional e Intersectorial: | 35 |
| 5.8. Alianzas Estratégicas con IPS:..... | 35 |
| 6. RÉGIMEN DE REFERENCIA | 36 |
| 6.1. En el Primer Nivel de Atención:..... | 36 |
| 6.2. Atención en salud en Prestatarios contratados por Modalidad de Capacitación:..... | 36 |
| 6.3. Atención en Salud en Prestatarios de Primer Nivel de Atención Contratados por Modalidad Eventos: | 36 |
| 6.4. En el Segundo, Tercer Nivel de Complejidad y Para Patologías de Alto Costo:..... | 37 |
| 7. RÉGIMEN DE CONTRAREFERENCIA: | 37 |
| ANEXO 1. | 38 |

| | |
|--|----|
| NORMAS TÉCNICAS Y GUIAS DE ATENCIÓN ADOPTADAS POR EMDISALUD... | 38 |
| ANEXO 2..... | 43 |
| Herramienta: "GUIA PARA GRUPOS FOCALES" | 43 |

INTRODUCCION

Declaración de Alma-Ata

La Conferencia internacional de atención primaria de salud, reunida en Alma-Ata el día 12 de septiembre de 1978, expresando la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todos los profesionales sanitarios y los implicados en el desarrollo, y por parte de la comunidad mundial, para proteger y promover la salud para todas las personas del mundo, establece la siguiente declaración:

I. La Conferencia reafirma con decisión, que la salud, que es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad; es un derecho humano fundamental y que la consecución del nivel de salud más alto posible es un objetivo social prioritario en todo el mundo, cuya realización requiere la acción de muchos otros sectores sociales y económicos, además del sector sanitario.

II. La existente desigualdad en el estado de salud de las personas, particularmente entre los países desarrollados y los países en vías de desarrollo, así como entre los diversos países, es inaceptable política, social y económicamente y, por tanto, implica de manera común a todos los países.

III. El desarrollo económico y social, basado en un nuevo orden económico internacional, es de una importancia básica para poder conseguir de manera completa la salud para todos, y para reducir la diferencia en el estado de salud existente entre los países desarrollados y los países en vías de desarrollo. La promoción y protección de la salud de la población son esenciales para mantener el desarrollo económico y social, y contribuyen a una mejor calidad de vida y a la paz en el mundo.

IV. Las personas tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación e implementación de su atención sanitaria.

V. Los gobiernos tienen la responsabilidad de la salud de sus poblaciones, que puede ser conseguida sólo mediante la provisión de unas medidas sanitarias y sociales adecuadas. Un objetivo social principal de los gobiernos, organizaciones internacionales y el total de la comunidad mundial para las próximas décadas, debería ser la promoción, para todos los habitantes del mundo, en el año 2000, de un nivel de salud que les permitiera llevar a cabo una vida productiva social y económicamente. La atención primaria de salud es la clave para conseguir este objetivo como parte del espíritu de justicia social del desarrollo.

VI. La atención primaria de salud es atención sanitaria esencial, basada en la práctica, en la evidencia científica y en la metodología y la tecnología socialmente

Aceptables, accesible universalmente a los individuos y las familias en la comunidad a través de su completa participación, y a un coste que la comunidad y el país lo pueden soportar, a fin de mantener cada nivel de su desarrollo, un espíritu de auto dependencia y autodeterminación. Forma una parte integral tanto del sistema sanitario del país (del que es el eje central y el foco principal) como del total del desarrollo social y económico de la comunidad. Es el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y las comunidades con el sistema nacional de salud, acercando la atención sanitaria al máximo posible al lugar donde las personas viven y trabajan, constituyendo el primer elemento del proceso de atención sanitaria continuada

VII. La atención primaria sanitaria: Refleja las condiciones económicas y socioculturales, así como las características políticas del país y de sus comunidades, desarrollándose a partir de ellas, y está basada en la aplicación de los resultados apropiados de la investigación social, biomédica y de servicios sanitarios, así como en la experiencia sobre salud pública.

Se dirige hacia los principales problemas sanitarios de la comunidad, y para ello, proporciona y promueve servicios preventivos, curativos y rehabilitadores. Incluye como mínimo: educación sobre los problemas sanitarios más prevalentes y los métodos para prevenirlos y controlarlos; promoción sobre el suministro de alimentación y de correcta nutrición; adecuado suministro de agua potable y saneamiento básico; asistencia maternal e infantil, incluyendo la planificación familiar; inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; prevención y control de las enfermedades endémicas locales; apropiando tratamiento de las enfermedades comunes y los traumatismos, y provisión de los medicamentos esenciales. Implica, además del sector sanitario, a todos los sectores relacionados y a diferentes aspectos del desarrollo nacional y comunitario, en particular, la agricultura, los animales de labranza, la industria alimentaria, la educación, la vivienda, los servicios públicos, las comunicaciones y otros sectores, y solicita los esfuerzos coordinados de todos estos sectores, y solicita los esfuerzos coordinados de todos estos sectores. Requiere y promueve un autodesarrollo comunitario e individual al máximo posible, con participación en la planificación, organización, desarrollo y control de la atención primaria sanitaria, haciendo un uso más completo de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles; y para finalizar, desarrolla, a través de una formación apropiada, la habilidad de las comunidades para participar. Debería mantenerse por sistemas de interconsulta integrados, funcionales y mutuamente apoyados, con vistas a una mejora progresiva e integrada de la atención sanitaria para todos, y dando prioridad a los más necesitados. Se desarrolla a niveles locales y a niveles de apoyo, mediante los profesionales sanitarios, incluyendo a los médicos, enfermeras, comadronas, auxiliares y asistentes sociales, en lo que corresponda, así como los tradicionales y necesarios médicos de cabecera, correctamente formados social y técnicamente para ejercer como un equipo sanitario a fin de responder a las necesidades sanitarias expresadas por la comunidad.

VIII. Todos los gobiernos deberían formular políticas nacionales, estrategias y planes de acción para establecer y mantener la atención primaria sanitaria como parte de un sistema nacional de salud integrado y en coordinación con otros sectores. Para este fin, será necesario ejercitar voluntades políticas, a fin de movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos disponibles.

IX. Todos los países deberían cooperar con un espíritu de fraternidad y de servicio para asegurar la atención primaria sanitaria a toda la población, ya que la consecución de la salud, por parte de la población de un país, directamente afecta y beneficia a cualquier otro país. En este contexto, el informe conjunto OMS/UNICEF sobre atención primaria constituye una base sólida para el futuro desarrollo y establecimiento de la atención primaria sanitaria en todo el mundo.

X. Puede conseguirse un nivel aceptable de salud para todo el mundo en el año 2000, mediante una utilización mejor y más completa de los recursos mundiales, una considerable parte de los cuales se gastan hoy día en armamento y conflictos militares. Una política genuina de independencia, paz y desarmamento podrían ser bien empleados en objetivos pacíficos y, en particular, en la aceleración del desarrollo social y económico, entre los que la atención primaria sanitaria, como parte esencial, debería recibir su parte proporcional adecuada. La Conferencia internacional sobre atención primaria de salud realiza un llamamiento urgente y efectivo para una acción nacional e internacional a fin de desarrollar e implementar la atención primaria sanitaria en todo el mundo y, particularmente, en los países en vías de desarrollo, con un espíritu de cooperación técnica y en consonancia con el nuevo orden económico internacional. Urge, por parte de los gobiernos, de la OMS, de la UNICEF y de otras organizaciones internacionales, así como por parte de agencias multilaterales o bilaterales, organizaciones no gubernamentales, agencias de financiación, todos los profesionales sanitarios y el total de la comunidad mundial, mantener la obligación nacional e internacional hacia la atención primaria sanitaria y canalizar un soporte técnico y financiero cada vez mayor, particularmente en los países en vías de desarrollo. La Conferencia hace un llamamiento a todos los foros mencionados para colaborar en introducir, desarrollar y mantener la atención primaria sanitaria, de acuerdo con el espíritu y contenido de esta Declaración.

La Gerencia del riesgo en salud debe estar acompañada del diseño, planificación e implementación de un modelo de atención acorde a las necesidades básicas de demanda y características de la oferta de servicios de salud que apunten a la caracterización de la población, identificación y priorización de los principales riesgos, los cuales serán intervenidos a través de acciones planificadas que pretendan el mejoramiento del estado de salud de los usuarios.

El modelo de atención de EMDISALUD, pretende ser fiel reflejo de nuestra naturaleza como Empresa Solidaria de Salud, con un fuerte componente de desarrollo y gestión comunitaria, la cual no debe limitarse a la recepción de los servicios programados desde los establecimientos de salud, sino a fomentar la participación activa en todo proceso de planificación en salud: definiendo problemas prioritarios, necesidades básicas en salud, diseñando conjuntamente alternativas de solución y realizando seguimiento a la ejecución de los programas, con el fin de alcanzar los máximos niveles de participación como la cogestión y autogestión en salud.

Con el presente diseño de modelo de salud se pretende trascender el ámbito asistencial al contexto del núcleo familiar, escuela, comunidad e involucrar no solo al gremio Salud, sino a los demás sectores involucrados en el proceso salud enfermedad de las comunidades.

Para cumplir a cabalidad la filosofía del modelo se requiere establecer alianzas estratégicas y relaciones de confianza con la red prestadora de servicios de salud, quienes en última instancia garantizarán su adecuada implementación, la cual se verá reflejada en la calidad de la atención, el mejoramiento de las condiciones de salud y en la satisfacción de nuestros usuarios.

1. MARCO DE REFERENCIA NORMATIVO

Para que el modelo de atención cumpla eficazmente con su objetivo se debe enfocar en los principios de la medicina preventiva, la detección oportuna de los riesgos y las bases conceptuales de la Estrategia de Atención primaria en salud como puerta de entrada al sistema de salud. Por otro lado, se ajusta a los principios de la normatividad vigente dentro del marco de referencia del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con el cual se inicia el siguiente marco teórico del modelo.

1.1 La ley 100 de 1993:

Establece el sistema general de seguridad social en salud, desarrolla los fundamentos que lo rigen, determina su dirección, organización y funcionamiento, sus normas administrativas, financieras y de control y las obligaciones que se derivan de su aplicación.

Los objetivos del sistema general de seguridad social en salud son regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso de toda la población al servicio en todos los niveles de atención.

Asimismo fundamenta los principios de Equidad, protección integral, participación social, calidad entre otros que hacen parte integral del presente modelo.

1.2. Resolución 5261 de 1994

Por el cual se establece el Manual de actividades, procedimientos e intervenciones del Plan Obligatorio de salud del sistema General de Seguridad Social en Salud con el fin de garantizar el acceso a los contenidos específicos del Plan Obligatorio de salud, la calidad de los servicios y el uso racional de los mismos. Asimismo la expedición de dicho manual tuvo por objeto unificar criterios en la prestación de los servicios de salud dentro de la Seguridad social en salud, como garantía de acceso, calidad y eficiencia.

Por otro lado, reglamenta la prestación del plan de beneficios en todos municipios de la república de Colombia, la disponibilidad de los servicios y el acceso a los niveles de complejidad entre otros.

OFICINA CENTRAL

Calle 22 8A - 38/ Tels: (4) 781 74 07 - 781 74 08 / Montería - Córdoba / www.emdisalud.com.co

Línea de Atención Gratuita las 24 Horas 01 8000 91 48 239

1.3 Acuerdo 117 de 1998

Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

El Acuerdo define explícitamente la estrategia de Demanda inducida y Áreas programáticas a que hace referencia los programas a implementarse:

Demanda Inducida:

Hace referencia a la acción de organizar, incentivar y orientar a la población hacia la utilización de los servicios de protección específica y detección temprana y la adhesión a los programas de control.

Protección específica: Hace referencia a la aplicación de acciones y/o tecnologías que permitan y logren evitar la aparición inicial de la enfermedad mediante la protección frente al riesgo.

Detección temprana. Hace referencia a los procedimientos que identifican en forma oportuna y efectiva la Enfermedad. Facilitan su diagnóstico en estados tempranos, el tratamiento oportuno y la reducción de su duración y el daño que causa evitando secuelas, incapacidad y muerte.

Enfermedades de Interés en Salud Pública: Son aquellas enfermedades que presentan un alto impacto en la salud colectiva y ameritan una atención y seguimiento especial.

1.4 RESOLUCIÓN 412 DE 2000:

Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

OFICINA CENTRAL

Calle 22 8A - 38/ Tels: (4) 781 74 07 - 781 74 08 / Montería - Córdoba / www.emdisalud.com.co

Línea de Atención Gratuita las 24 Horas 01 8000 91 48 2310

Normas técnicas de protección específica:

- Vacunación según el Esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI);
- Atención Preventiva en Salud Bucal;
- Atención del Parto;
- Atención al Recién Nacido;
- Atención en Planificación Familiar a hombres y mujeres.

Normas técnicas de Detección temprana:

- Detección temprana de las alteraciones del Crecimiento y Desarrollo (menores de 10 años);
- Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven (10-29 años);
- Detección temprana de las alteraciones del embarazo;
- Detección temprana de las alteraciones del Adulto (mayor de 45 años);
- Detección temprana del cáncer de cuello uterino;
- Detección temprana del cáncer de seno;
- Detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual.

Guías de Atención de Enfermedades de Interés en Salud Pública:

- Bajo peso al nacer
- Alteraciones asociadas a la nutrición (Desnutrición proteico calórica y obesidad)
- Infección respiratoria aguda (menores de cinco años) Alta: Otitis media, Faringitis estreptocócica, laringotraqueitis. Baja: Bronconeumonía, bronquiolitis, neumonía
- Enfermedad Diarreica Aguda /Cólera
- Tuberculosis Pulmonar y Extra pulmonar
- Meningitis Meningocócica
- Asma bronquial
- Síndrome convulsivo
- Fiebre reumática
- Vicios Retracción de Estrabismo, Cataratas
- Enfermedades de Transmisión Sexual (Infección gonocócica. Sífilis, VIF
- Hipertensión arterial

OFICINA CENTRAL

Calle 22 8A - 38/ Tels: (4) 781 74 07 - 781 74 08 / Montería - Córdoba / www.emdisalud.com.co

Línea de Atención Gratuita las 24 Horas 01 8000 91 48 2311

- Hipertensión arterial y Hemorragias asociadas al embarazo;
- Menor y Mujer Maltratados
- Diabetes Juvenil y del Adulto
- Lesiones pre neoplásicas de cuello uterino
- Lepra
- Malaria
- Dengue
- Leishmaniosis cutánea y visceral
- Fiebre Amarilla.

1.5 RESOLUCIÓN 3384 DE 2000:

Por la cual se Modifican Parcialmente las Resoluciones 412 y 1745 de 2000 y se Deroga la Resolución 1078 de 2000.

Se establecen metas de cumplimiento para cada uno de los programas de protección específica y detección temprana para el régimen subsidiado y contributivo.

1.6 LEY 715 DE 2001:

Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.

En su artículo 46 establece las Competencias en Salud Pública. La gestión en salud pública es función esencial del Estado y para tal fin la Nación y las entidades territoriales concurrirán en su ejecución en los términos señalados en la presente ley. Las entidades territoriales tendrán a su cargo la ejecución de las acciones de salud pública en la promoción y prevención dirigidas a la población de su jurisdicción. Los distritos y municipios asumirán las acciones de promoción y prevención, con los recursos que se descontarán de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado.

1.7 Resolución 3442 de 2006:

Por la cual se adoptan las Guías de Práctica Clínica basadas en evidencia para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con VIH / SIDA y Enfermedad Renal Crónica y las recomendaciones de los Modelos de Gestión Programática en VIH/SIDA y de Prevención y Control de la

OFICINA CENTRAL

Calle 22 8A - 38/ Tels: (4) 781 74 07 - 781 74 08 / Montería - Córdoba / www.emdisalud.com.co

Línea de Atención Gratuita las 24 Horas 01 8000 91 48 2312

Enfermedad Renal Crónica.

1.8 Resolución 0769 de 2008:

Por medio de la cual se adopta la actualización de la Norma Técnica para la Atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres establecida en la Resolución 412 de 2000.

1.9 Resolución 1973 de 2008:

Por medio del cual se modifica la norma técnica para la atención en planificación familiar a hombres y mujeres, adoptada mediante resolución 769 de 2008.

1.10 Ley 1122 del 9 de enero de 2007:

Por medio del cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Capítulo IV, Artículo 14, literal k. Es responsabilidad de los aseguradores el implementar programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que se enmarquen dentro las prioridades definidas en el Plan Nacional de Salud Pública. La gestión y resultados de dichos programas serán monitoreados a través de los mecanismos de evaluación de que trata el artículo segundo de la presente Ley.

Capítulo VI, Artículo 32, parágrafo 2°. Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y las entidades territoriales, presentarán anualmente un plan operativo de acción, cuyas metas serán evaluadas por parte del Ministerio de la Protección Social, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal efecto. Las personas que administran los recursos, deberán contar con suficiente formación profesional e idónea para hacerlo.

1.11 Decreto número 3039 de 2007 del 10 de agosto de 2007: Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007 - 2010

Capítulo III. Líneas de política

El Ministerio de la Protección Social, como principal responsable y gestor de las acciones dirigidas a mejorar las condiciones de salud en la población, define las siguientes líneas para el desarrollo de la política en salud:

OFICINA CENTRAL

Calle 22 8A - 38/ Tels: (4) 781 74 07 - 781 74 08 / Montería - Córdoba / www.emdisalud.com.co

Línea de Atención Gratuita las 24 Horas 01 8000 91 48 2313

1. La promoción de la salud y la calidad de vida.
2. La prevención de los riesgos.
3. La recuperación y superación de los daños en la salud.
4. La vigilancia en salud y gestión del conocimiento.
5. La gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.

Estas líneas buscan armonizar y articular el Sistema de Protección Social para el logro de las metas y especialmente para reducir las brechas en salud existentes entre regiones y grupos poblacionales. Esto exige una articulación efectiva de esfuerzos del sector, entre la Nación, las entidades territoriales, las entidades promotoras de salud - EPS, las administradoras de riesgos profesionales - ARP, los prestadores de servicios de salud -IPS, la sociedad civil organizada, las sociedades científicas, las instituciones formadoras del talento humano en salud, los otros sectores de la sociedad y las entidades de cooperación técnica internacional.

1.12 Resolución número 0425 del 11 de febrero de 2008:

Por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de intervenciones colectivas a cargo de las entidades territoriales.

Artículo 16. Plan de salud pública de intervenciones colectivas El plan de salud pública de intervenciones colectivas incluye un conjunto de intervenciones, procedimientos y actividades a cargo del Estado, dirigidas a promover la salud y la calidad de vida, la prevención y control de los riesgos y daños en salud de alta externalidad, para alcanzar las metas prioritarias en salud definidas en el Plan Nacional de Salud Pública, las cuales son complementarias a las acciones de promoción, prevención y atención previstas en los Planes Obligatorios de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

1.13 Decreto número 4747 de Diciembre 7 de 2007:

Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones.

OFICINA CENTRAL

Calle 22 8A - 38/ Tels: (4) 781 74 07 - 781 74 08 / Montería - Córdoba / www.emdisalud.com.co

Línea de Atención Gratuita las 24 Horas 01 8000 91 48 2314

Artículo 3, literal d, Comprende el enfoque aplicado en la organización de la prestación del servicio, la integralidad de las acciones, y la consiguiente orientación de las actividades de salud. De él se deriva la forma como se organizan los establecimientos y recursos para la atención de la salud desde la perspectiva del servicio a las personas, e incluye las funciones asistenciales y logísticas, como la puerta de entrada al sistema, su capacidad resolutoria, la responsabilidad sobre las personas que demandan servicios, así como el proceso de referencia y contra referencia.

1.14 Resolución 3047 de 2008:

Por medio del cual, se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados, en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el decreto 4747 de 2007.

1.15 Circular Única con Modificaciones de las Circulares Externas 049, 050, 051 y 052 de 2008, 057, 058 de 2009, 059, 060 061 y 062 de 2010.

Con fundamento en las facultades Constitucionales y Legales de la Superintendencia Nacional de Salud, se expide la Circular Única, acto administrativo en el cual se reúnen en un solo cuerpo normativo todas las instrucciones de la entidad que se encuentran vigentes, con los siguientes propósitos:

- Recopilar, modificar y actualizar todas Circulares Externas y Cartas Circulares expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud.
- Facilitar a los destinatarios de su misión de inspección, vigilancia y control, el cumplimiento, comprensión y consulta de las instrucciones expedidas por esta Superintendencia.
- Proporcionar a sus funcionarios un instrumento jurídico unificado y coherente que determine con precisión las reglas aplicables a las situaciones concretas que se inscriben dentro de su ámbito de competencia.

1.16 Ley 1438 de 2011: Cuyo objeto es el "fortalecimiento del sistema general de seguridad social en salud a través de un modelo de prestación de servicios público en salud que en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinda servicios de mayor complejidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país."

OFICINA CENTRAL

Calle 22 8A - 38/ Tels: (4) 781 74 07 - 781 74 08 / Montería - Córdoba / www.emdisalud.com.co

Línea de Atención Gratuita las 24 Horas 01 8000 91 48 2315

1.17 Acuerdo 029/2011 de la CRES:

Por medio del cual se sustituye el acuerdo 028 de 2011, que define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud.

1.18 Resolución 4505 del 28 de Diciembre de 2012:

Por la cual se establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento

1.19 Resolución 1536 del 15 de Mayo de 2015:

Por la cual se establecen disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud e instauró la Caracterización Poblacional de EAPB.

2. MODIFICACION A CONPES SOCIAL 91 DEL 14 DE JUNIO DE 2005: "METAS Y ESTRATEGIAS DE COLOMBIA PARA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO-2015", Aprobado 28 de Marzo de 2011.

2.1 SITUACIÓN ACTUAL:

A menos de 5 años de que se cumpla el plazo establecido para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio, hay avances que vale la pena destacar.

Colombia ha logrado anticipadamente cumplir las metas de cobertura bruta en educación básica (preescolar, primaria y secundaria), de vacunación de triple viral, las relacionadas con la atención institucional del parto, la eliminación del consumo de sustancias que agotan la capa de ozono (SAO); así como, la de consolidar las áreas protegidas del Sistema de Parques Nacionales Naturales, en lo referente al porcentaje de la superficie terrestre bajo protección del Sistema de Parques Nacionales.

Por otra parte, se cuenta con importante grado de avance (porcentaje de logro de la meta prevista) en el cumplimiento de otros indicadores, como:

Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales (73%); prevalencia de desnutrición global en menores de 5 años (87%); la reducción de los casos de mortalidad por malaria (90%); y cobertura en saneamiento básico rural (86%); que permitirán alcanzar la meta establecida para el 2015.

Sin embargo, el grado de cumplimiento en el avance de indicadores como, cobertura bruta en educación media (65%), años promedio de estudio

OFICINA CENTRAL

Calle 22 8A - 38/ Tels: (4) 781 74 07 - 781 74 08 / Montería - Córdoba / www.emdisalud.com.co

Línea de Atención Gratuita las 24 Horas 01 8000 91 48 2316

(población entre 15-24 años) (57%), mortalidad materna (68%), adolescentes que han sido madres o están en embarazo (0%), mortalidad de cáncer de cuello uterino (57%), porcentaje de personas en pobreza (33%), porcentaje de personas en pobreza extrema¹ (34%) y reducción de hogares urbanos en asentamientos precarios con respecto a la meta fijada a 2020- (30%), probablemente no alcancen la meta prevista, pero imponen un reto al país para realizar más esfuerzos en dicho propósito.

2.2 OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

- **Objetivo 1: Erradicar la Pobreza y la pobreza extrema:**

Para los indicadores de pobreza y pobreza extrema, el Gobierno Nacional en cabeza del DNP y del DANE, formalizó la creación de la Misión para el Empalme de las Series de Empleo, Pobreza y Desigualdad (MESEP). Producto de esta labor, se actualizaron las correspondientes series. Concluido este proceso y el ajuste a la metodología de estimación de pobreza por ingreso autónomo, se hizo necesario recalcular las líneas de base y metas, para garantizar la comparabilidad con la nueva serie.

META UNIVERSAL: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a 1 dólar por día.

- Proporción de la población con ingresos inferiores a 1 dólar por día.

META NACIONAL: 1A Reducir a la mitad la población que vive en pobreza y pobreza extrema

META UNIVERSAL: 1B Lograr empleo pleno y productivo, y trabajo decente para todos, incluyendo mujeres y jóvenes.

META NACIONAL: 1B Aumentar el empleo formal incluyendo mujeres y jóvenes.

META UNIVERSAL: 1C. Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padecen hambre.

META NACIONAL 1C: Acceso a una alimentación adecuada y suficiente.

- **Objetivo 2: LOGRAR LA ENSEÑANZA PRIMARIA UNIVERSAL**

1 Documento conpes social 140

META UNIVERSAL: 2A. Asegurar que, para el 2015, los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria

META NACIONAL 2A: Garantizar el acceso universal a la educación básica con calidad de servicio.

Los dos indicadores relacionados con las tasas de cobertura, tenían la Encuesta de Hogares como fuente de información; sin embargo, dado que el cálculo tiene en cuenta a la población que actualmente está involucrada en el sistema educativo, la fuente de información más adecuada disponible actualmente, es el Sistema de Información Nacional de Educación Básica y Media (SINEB)¹³, lo que implica cambio de fuente, línea base y de año de referencia para la línea base.

- **Objetivo 3: Promover la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de la mujer.**

La igualdad entre los géneros es un derecho humano y es esencial para la consecución de los objetivos de desarrollo del Milenio. Se trata de un requisito indispensable para superar el hambre, la pobreza y las enfermedades. Igualdad entre los géneros implica igualdad en todos los niveles de la educación y en todos los ámbitos de trabajo, el control equitativo de los recursos y una representación igual en la vida pública y política.

META UNIVERSAL: Eliminar las desigualdades entre los géneros en la educación primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la educación antes de fines de 2015

META NACIONAL: Lograr la igualdad de género y la autonomía de la mujer.

- **Objetivo 4: Reducir la mortalidad de niños menores de 5 años.**

Para observar el comportamiento de la mortalidad infantil y en la niñez, el Conpes Social 91 definió como fuente de los datos a la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS)¹⁴; sin embargo, la información de Estadísticas Vitales¹⁵ del DANE, permite obtener información anualmente¹⁶, por lo que se cambia tanto la fuente como la línea de base.

OFICINA CENTRAL

Calle 22 8A - 38/ Tels: (4) 781 74 07 - 781 74 08 / Montería - Córdoba / www.emdisalud.com.co

Línea de Atención Gratuita las 24 Horas 01 8000 91 48 2318

El indicador de "alcanzar y mantener las coberturas de vacunación en el 95% con el Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI) para los menores de 5 años, en todos los municipios y distritos de país", actualmente el esquema de vacunación del PAI en Colombia incluye vacunas que protegen contra una variedad de enfermedades, las cuales son aplicadas a diferentes poblaciones objeto, con diferentes esquemas de aplicación y a diferentes edades con el fin de lograr la inmunidad. Es por ello que para evaluar el cumplimiento de las metas de vacunación se utilizan biológicos o vacunas trazadoras, ya que mediante el seguimiento a éstas, se logra calificar el comportamiento de todas las vacunas del esquema. Estas vacunas trazadoras son la de Difteria, Pertusis y Tétano (DPT); y la Triple Viral que protege contra el Sarampión, Rubeola y Paperas. Por tal, se utilizarán dos biológicos trazadores del PAI para el seguimiento del ODM 4 los cuales son:

- 1) cobertura de vacunación con DPT en menores de 1 año
- 2) cobertura de vacunación con triple viral en niños de 1 año.

META UNIVERSAL: Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la tasa mortalidad de los niños menores de 5 años. **META NACIONAL:** Reducir en dos terceras partes la mortalidad infantil y en la niñez.

- **Objetivo 5: Mejorar la salud materna.**

El momento del parto debería ser un momento de alegría. Sin embargo, anualmente, para más de medio millón de mujeres el embarazo y el parto terminan en la muerte y veinte veces más este número sufren lesiones o incapacidades graves que, si no se tratan, les pueden causar sufrimientos y humillación durante toda la vida. La muerte de una madre puede ser especialmente devastadora para los niños que deja atrás, pues para ellos aumenta el riesgo de caer en la pobreza y de ser víctimas de explotación.

META UNIVERSAL: Reducir, entre 1990 y 2015, la razón de mortalidad materna en tres cuartas partes.

META NACIONAL: Reducir a la mitad la tasa de mortalidad materna.

META UNIVERSAL 5B: Lograr, para el año 2015, el acceso universal a la

OFICINA CENTRAL

Calle 22 8A - 38/ Tels: (4) 781 74 07 - 781 74 08 / Montería - Córdoba / www.emdisalud.com.co

Línea de Atención Gratuita las 24 Horas 01 8000 91 48 2319

salud reproductiva.

META NACIONAL 5B: Aumentar la Promoción de la salud sexual y reproductiva.

Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.

Las metas nacionales asociadas a este indicador presentan los siguientes ajustes: Se cambia la meta de mantener por debajo del 1,20% a < 1%, la prevalencia de la infección por VIH entre la población de 15 a 49 años, obedeciendo principalmente a tres factores:

Primero, la meta anterior del < 1,20% se fijó a partir de la información disponible en ese momento, información que ha sufrido actualizaciones dadas las mejoras del país en la calidad y continuidad de la información.

Segundo: la valoración de los positivos resultados obtenidos en el seguimiento de monitoreo y evaluación en la estrategia de prevención de la transmisión materno infantil de VIH.

Tercero: la meta corresponde al límite definido internacionalmente a partir del cual se considera que la epidemia cambia su clasificación de epidemia concentrada a generalizada en un país.

Se cambia la meta de "Reducir en 20% la incidencia de transmisión madre-hijo durante el quinquenio 2010-2015, en comparación con el quinquenio 2005-2010" por "Reducir por debajo del 2% los casos de transmisión materno-infantil del VIH". Este nuevo indicador mide el porcentaje de niños y niñas menores de dos años que adquirieron el VIH por vía materno-infantil con respecto al total de expuestos (hijos de mujeres con diagnóstico de VIH durante la gestación) y tiene como propósito determinar la eficacia de los programas de prevención y atención integral al interior de los servicios de salud para dar acceso a diagnóstico y tratamiento de la infección por VIH en los programas de control prenatal. Esta modificación obedece al compromiso nacional de estandarizar sus indicadores en consonancia con los acuerdos técnicos internacionales.

Con respecto al indicador de "Reducir en 45% la incidencia de malaria en municipios con malaria urbana" se decide eliminar, dado que al obtener el número de casos de malaria desagregada por área geográfica (urbana -

OFICINA CENTRAL

Calle 22 8A - 38/ Tels: (4) 781 74 07 - 781 74 08 / Montería - Córdoba / www.emdisalud.com.co

Línea de Atención Gratuita las 24 Horas 01 8000 91 48 2320

rural), se obtienen altos niveles de subregistro, dada la naturaleza del evento, que no hace posible obtener estimaciones precisas de este indicador en los términos que lo plantea el Conpes Social 91.

Se incluye la meta de "Reducir la letalidad por considerando dengue al 2%", que la letalidad por dengue es utilizada a hacer las nivel mundial para comparaciones entre los países.

De igual manera, este indicador es más sensible que los datos crudos de mortalidad o incluso que la tasa de mortalidad, ya que tiene en cuenta el número de casos graves de la enfermedad que está directamente relacionado con el número de muertos, entre más casos graves halla, mayor probabilidad de muerte.

Finalmente se elimina la meta de "Reducir a menos del 10% y mantener en estos niveles los índices de infestación de Aedes en los municipios categoría especial, 1 y 2 por encima de 1.800 metros sobre el nivel del mar", después de analizar la información disponible, las estrategias y los determinantes de los índices. El Ministerio de la Protección Social, concluyó que no es viable medir este indicador y por tanto no es factible realizar seguimiento al mismo.

La justificación parte del hecho que los índices de infestación aédica son la resultante de una serie de determinantes: 1) demográficos (migración y desplazamientos a zonas urbana); 2) socioeconómicos (calidad de la vivienda, disponibilidad de servicios básicos como agua potable y recolección de desechos sólidos, saneamiento básico); 3) culturales (conductas de riesgo en el almacenamiento, mantenimiento y cuidados de depósitos de agua); 4) compromiso y participación individual y social, compromiso institucional y apoyo político; y 5) ambientales (altitud, temperatura, humedad relativa, pluviosidad, cambios climáticos).

Debido a este carácter multifactorial, no es viable pretender mantener bajos los índices de infestación mediante control con medidas paliativas como la aplicación de larvicidas químicos o biológicos, que si bien producen resultados a corto plazo (durante un máximo de 90 días), es una reducción puntual que puede resultar engañosa, dado que tiene una enorme variabilidad dependiendo de la dinámica de los diferentes factores de riesgo en tiempo y espacio El índice en sí mismo no tiene adecuadas propiedades para el evaluar el riesgo.

OFICINA CENTRAL

Calle 22 8A - 38/ Tels: (4) 781 74 07 - 781 74 08 / Montería - Córdoba / www.emdisalud.com.co

Línea de Atención Gratuita las 24 Horas 01 8000 91 48 2321

META UNIVERSAL 6A: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA.

META NACIONAL 6A: Mantener por debajo de los límites definidos internacionalmente la prevalencia concentrada de VIH/SIDA. META UNIVERSAL 6B: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves. META NACIONAL 6B: Reducir los casos de malaria y dengue.

- **Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.**

El Conpes Social 91 incluye para el monitoreo del logro de este objetivo metas e indicadores ambientales, de agua potable y saneamiento básico, y de asentamientos precarios.

En el tema ambiental se incluyen indicadores relacionados con superficie reforestada, proporción de las áreas del país destinada a la conservación de ecosistemas a través del Sistema de Parques Nacionales Naturales (SPNN) y la eliminación del consumo de Sustancias Agotadoras de la Capa de Ozono (SAO) en una primera instancia mediante la eliminación del consumo de los Clorofluorocarbonos (CFC).

Respecto a las áreas protegidas a través del SPNN se ajustó el título y hoja metodológica del indicador para incluir además de las áreas continentales, las marinas e insulares que son declaradas bajo este esquema de protección.

El indicador ajustado es: Proporción de la superficie total protegida por el Sistema de Parques Nacionales Naturales, para el cual se generarán reportes especificando la superficie continental y la marina e insular. En lo relacionado con las SAO se ajusta el indicador para medir a partir del año 2011 la eliminación de hidroclorofluorocarbonos (HCFC). En el tema ambiental adicionalmente se han identificado los siguientes indicadores complementarios:

1. Proporción de la superficie continental cubierta por bosque
2. Proporción de la superficie continental cubierta por bosque natural
3. Proporción de la superficie cubierta por bosque que corresponde a bosque natural.
4. Emisiones de gases efecto invernadero (GEI) total, per cápita y por dólar PPA del PIB. El monitoreo de estos indicadores es estratégico para que el país pueda dar cumplimiento a los compromisos asumidos en el marco de la Cumbre del Milenio,

OFICINA CENTRAL

Calle 22 8A - 38/ Tels: (4) 781 74 07 - 781 74 08 / Montería - Córdoba / www.emdisalud.com.co

Línea de Atención Gratuita las 24 Horas 01 8000 91 48 2322

por lo tanto es indispensable que formen parte de los informes de seguimiento a los Objetivos del Milenio.

5. Meta: Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales e invertir la pérdida de recursos del medio ambiente.

- - Los bosques desaparecen más rápido en las regiones más pobres.
- - Hay más zonas protegidas, pero la pérdida de especies y hábitat continúa.
- - La eficiencia energética ha mejorado, pero no lo suficiente.
- - Los países ricos producen la mayoría de los gases de efecto invernadero.
- - Se han reducido drásticamente las sustancias que agotan el ozono.

Meta: Reducir a la mitad para el año 2015 el porcentaje de personas sin acceso sostenible al agua potable y al saneamiento básico.

- El acceso al agua potable ha mejorado en todo el mundo.
- La mitad del mundo en desarrollo no dispone de saneamiento mejorado.
- Las políticas deberán centrarse en los habitantes pobres de las zonas rurales y de los tugurios urbanos.

Meta: Haber mejorado significativamente para el año 2020, la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios.

- En el mundo en desarrollo la población urbana está a punto de superar a la rural.
- Las mejoras urbanas no son suficientes para hacer frente al creciente número de habitantes de tugurios.
- Es necesario intensificar las medidas con las que ya se han logrado mejorar las condiciones imperantes en los tugurios.

- **Objetivo 8: Fomentar una alianza mundial para el desarrollo**

OFICINA CENTRAL

Calle 22 8A - 38/ Tels: (4) 781 74 07 - 781 74 08 / Montería - Córdoba / www.emdisalud.com.co

Línea de Atención Gratuita las 24 Horas 01 8000 91 48 2323

Un elemento central de los objetivos de desarrollo del Milenio es la aceptación de que la lucha contra la pobreza es una empresa colectiva cuyos resultados beneficiarán a todos los países.

La responsabilidad principal de cumplir los objetivos recae en los países en desarrollo. Sin embargo, también es necesario que se preste apoyo internacional, en especial, a los países más afectados por la pobreza o por el aislamiento geográfico. Por otra parte, la existencia de una economía mundial interdependiente exige nuevas vías de comercio, estabilidad financiera a nivel internacional y la difusión de la tecnología para que los países en desarrollo puedan aprovechar oportunidades que hagan posible un desarrollo acelerado y sostenido.

En la Declaración del Milenio los países en desarrollo se comprometen a hacer todo lo posible por mantener unas economías saneadas, velar por su propio desarrollo y atender a las necesidades humanas y sociales. Por su parte, los países desarrollados se comprometen a apoyar a los países más pobres en los ámbitos de la prestación de ayuda, el comercio y el alivio de la deuda. En toda alianza verdaderamente significativa entre ricos y pobres también debe tenerse en cuenta la necesidad que tienen los países en desarrollo de contar con tecnología, medicamentos y puestos de trabajo para sus habitantes, en particular para los jóvenes, que representan una proporción cada vez mayor de la población.

Meta: Atender a las necesidades especiales de los países menos adelantados, los países en desarrollo sin litoral y los pequeños Estados insulares en desarrollo

Meta: Elaborar un sistema financiero y de comercio abierto, basado en normas, previsible y no discriminatorio.

- - Los países desarrollados permiten más importaciones exentas, provenientes de los países en desarrollo.
- - Los aranceles sobre las exportaciones importantes de los países en desarrollo casi no han cambiado.

Meta: Encarar con un criterio global los problemas de la deuda de los países en desarrollo.

OFICINA CENTRAL

Calle 22 8A - 38/ Tels: (4) 781 74 07 - 781 74 08 / Montería - Córdoba / www.emdisalud.com.co

Línea de Atención Gratuita las 24 Horas 01 8000 91 48 2324

- - La deuda externa sigue siendo un obstáculo para el desarrollo, y no sólo en los países más pobres.
- - Es hora de reducir los subsidios agrícolas en los países ricos.

Meta: En cooperación con los países en desarrollo, elaborar y aplicar estrategias que proporcionen a los jóvenes un trabajo digno y productivo:

- - El desempleo de los jóvenes es una posible fuente de malestar social.

Meta: En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a medicamentos esenciales en los países en desarrollo a un costo razonable:

- - Los medicamentos básicos pueden salvar millones de vidas.
- - Pese a que ha aumentado la disponibilidad de los medicamentos contra el SIDA, sigue habiendo millones de personas que no tienen acceso a ellos.
- - Escasez de un ingrediente fundamental para luchar contra el paludismo.
- - La insuficiencia de medicamentos y la aplicación de políticas inadecuadas dificultan la lucha contra la tuberculosis.

Meta: En colaboración con el sector privado, velar por que se aprovechen los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular los de las tecnologías de la información y de las comunicaciones:

- - La revolución de la información está todavía en ciernes en el mundo en desarrollo.

3. MARCO CONCEPTUAL DEL MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD DE EMDISALUD "MODELO BIOPSICOSOCIAL CON ENFOQUE COMUNITARIO"

Modelo de salud integral centrado en el usuario, teniendo en cuenta el entorno familiar, ambiental y comunitario, con énfasis en actividades de fomento de la salud, protección específica, detección temprana

OFICINA CENTRAL

Calle 22 8A - 38/ Tels: (4) 781 74 07 - 781 74 08 / Montería - Córdoba / www.emdisalud.com.co

Línea de Atención Gratuita las 24 Horas 01 8000 91 48 2325

definidas a través de la gestión del riesgo y realizadas mediante alianzas estratégicas: a nivel interinstitucional e intersectorial.

3.1. CARACTERISTICAS GENERALES DEL NUEVO MODELO:

Las principales características que contempla el desarrollo del modelo obedecen al cumplimiento de tres directrices: Atención primaria en Salud, Gerencia del riesgo en salud y cumplimiento de legislación vigente para el Régimen subsidiado.

3.2. MODELO CON DESPLIEGUE AL GRUPO FAMILIAR:

Se toma como objeto de intervención en salud el núcleo familiar afiliado, elaborando un diagnóstico de salud a través de la tarjeta familiar, que toma como base cada uno de los integrantes de la familia afiliada, su ciclo vital familiar, el entorno y los riesgos presentes tanto colectivos como individuales e identificando los factores protectores.

3.3. IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO INTRA Y EXTRAMURALMENTE:

Con el fin de brindar mayor despliegue a las familias afiliadas, la implementación del modelo no sólo se despliega intra muralmente, a través de la atención institucional de los programas por parte de la red prestadora de servicios de salud, sino que dicho abordaje llegue a todas las zonas geográficas donde habiten las familias afiliadas, por lo tanto la conformación y habilitación de los Equipos Básicos de Salud acorde a la ley 1438 de 2011, por parte de la red prestadora permitirá:

- Realizar diagnósticos familiares.
- Identificación del riesgo individual, familiar y comunitario.
- Informar sobre el acceso a los servicios de salud, deberes y derechos de los usuarios.
- Promover la afiliación al sistema, la identificación plena de las familias, de modo que al identificar una persona no afiliada se inicie el proceso de afiliación.
- Inducir a la demanda de servicios de salud, según las prioridades en

OFICINA CENTRAL

Calle 22 8A - 38/ Tels: (4) 781 74 07 - 781 74 08 / Montería - Córdoba / www.emdisalud.com.co

Línea de Atención Gratuita las 24 Horas 01 8000 91 48 2326

salud públicas previamente identificadas.

- Facilitar la prestación de los servicios básicos de salud, educación, prevención, tratamiento y rehabilitación.
- Suministrar información para la constitución y alimentación de las historias clínicas únicas y obligatorias.

3.4. ABORDAJE CON EQUIPO DE SALUD MULTIDISCIPLINARIO

A través de este modelo se involucran por parte de la red prestadora de servicios de salud, otros profesionales del área social y de la salud adicionales a los tradicionales (médico, enfermero, odontólogo e higienista oral), con el fin de dar respuesta a la amplia problemática en salud encontrada en el diagnóstico familiar como: problemas de salud mental, desnutrición y malnutrición, maltrato intrafamiliar, problemas auditivos y de lenguaje, entre otros.

3.5. MODELO CON ENFOQUE DE GESTIÓN DEL RIESGO

La Administración del riesgo por parte de EMDISALUD incluye la identificación del riesgo individual, familiar y comunitario, planeación de la atención para intervenir dichos riesgos y realización de la reserva técnica y financiera para la ejecución de los planes elaborados.

3.6. APLICACIÓN DE MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA

Este enfoque pretende abordar los problemas clínicos, utilizando para solucionar éstos, los resultados originados en la investigación científica. En palabras de sus precursores "es la utilización concienzuda, juiciosa y explícita de las mejores pruebas disponibles, en la toma de decisiones sobre el cuidado de los pacientes".

3.7. FOMENTO DEL AUTOCUIDADO

El fortalecimiento de esta estrategia permitirá a cada familia afiliada, participar en la identificación de sus principales factores de riesgos familiares y la puesta en marcha de un plan de acción que permita a los individuos de la familia, sensibilizarse frente a sus hábitos, actitudes

OFICINA CENTRAL

Calle 22 8A - 38/ Tels: (4) 781 74 07 - 781 74 08 / Montería - Córdoba / www.emdisalud.com.co

Línea de Atención Gratuita las 24 Horas 01 8000 91 48 2327

y comportamientos inadecuados con el fin de reducir su frecuencia y reforzar los factores protectores.

3.8. ATENCIÓN INTEGRAL

EMDISALUD brindará atención integral en salud a la población afiliada en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia de conformidad con lo previsto en el plan obligatorio de salud subsidiado establecido en el Acuerdo 029 de 2011 de la Comisión Reguladora en Salud, Resolución 3442 de 2006, Resolución 0769 de 2008MPS, Resolución 412 y Resolución 3384 de 2000 y Resolución 4505 de 2012.

3.9. ATENCIÓN ASISTENCIAL

Este modelo fomenta la cualificación del recurso humano, a través del entrenamiento y capacitación, retomando los componentes de la atención primaria en salud, seguimiento continuo y sistemático de auditorías integrales para la implementación del SOGC en la red de prestatarios, mejorando la capacidad instalada de los servicios de primer nivel, entre otras.

3.10. AMPLIA PARTICIPACIÓN SOCIAL:

Basado en el derecho que tienen las personas a participar individual y colectivamente en el desarrollo de su salud y el deber de EMDISALUD de facilitar a las comunidades la información pertinente en materia de salud, con el fin de que las familias adquieran la capacidad de contribuir al proceso de la asistencia sanitaria, desde la identificación y priorización de los problemas en salud hasta el diseño, ejecución y evaluación de las intervenciones.

OFICINA CENTRAL

Calle 22 8A - 38/ Tels: (4) 781 74 07 - 781 74 08 / Montería - Córdoba / www.emdisalud.com.co

Línea de Atención Gratuita las 24 Horas 01 8000 91 48 2328

3.11. FORTALECIMIENTO DE LAS ACCIONES, PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES DE PROTECCIÓN ESPECÍFICA, DETECCIÓN TEMPRANA Y ATENCIÓN DE ENFERMEDADES DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA

La ejecución de las actividades, procedimientos e intervenciones de Protección Específica, Detección Temprana y de enfermedades de interés en salud pública son la base fundamental para la prevención de enfermedades, por lo tanto EMDISALUD con su enfoque de Administración del Riesgo en salud, encuentra como uno de los ámbitos de identificación y control del riesgo a los programas diseñados e implementados dirigidos a los principales grupos poblacionales como son: el materno, infantil, jóvenes y adultos mayores.

4. CONDICIONES MINIMAS PARA SU IMPLEMENTACIÓN

4.1. CONDICIONES PARA EMDISALUD (Caracterización de la población):

1. Análisis del Perfil epidemiológico y socio demográfico de la población afiliada a nivel nacional y por cada municipio.
2. Implementación de la Política de la organización.
3. Coordinación y establecimiento de relaciones de confianza y acuerdo de voluntades con la red de servicios.
4. Acompañamiento y capacitación a las asociaciones de usuarios
5. Fomento de la participación comunitaria
6. Gestión intersectorial en los determinantes que por norma correspondan a otros actores.
7. Disponibilidad financiera
8. Recurso humano entrenado.
9. Sistema de referencia y contra referencia operativo.

4.2. CONDICIONES PARA PRESTATARIOS DE SERVICIOS DE SALUD

1. Servicios básicos de primer nivel habilitado y resolutivo.
2. Recurso humano capacitado y calificado.
3. Articulación del modelo de EMDISALUD a sus políticas internas.
4. Mejoramiento de Tecnología.
5. Sistema de referencia y contra referencia operativo.

OFICINA CENTRAL

Calle 22 8A - 38/ Tels: (4) 781 74 07 - 781 74 08 / Montería - Córdoba / www.emdisalud.com.co

Línea de Atención Gratuita las 24 Horas 01 8000 91 48 2329

6. Relaciones de confianza con la EPS.
7. Adopción de guías y protocolos de Atención, según normatividad vigente.

4.3. CONDICIONES PARA LOS USUARIOS

1. Participación con autorresponsabilidad y autodeterminación Vigilancia y control frente a la prestación de servicios de salud con independencia.
2. Autogestión
3. Motivación y compromiso.

5. ESTRATEGIAS PARA SU EJECUCION

5.1. Atención Primaria en Salud

La atención primaria en salud es la asistencia sanitaria basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en cada una de las etapas de su desarrollo con espíritu de responsabilidad y autodeterminación.

5.1.1. Elementos para la Implementación de la Atención Primaria en Salud:

1. El sistema de Atención Primaria en Salud se regirá por los siguientes principios: universalidad, interculturalidad, igualdad y enfoque diferencial, atención integral e integrada, acción intersectorial por la salud, participación social comunitaria y ciudadanía decisoria y paritaria, calidad, sostenibilidad, eficiencia, transparencia, progresividad e irreversibilidad.
2. Énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
3. Acciones Intersectoriales para impactar los determinantes en salud.
4. Cultura del autocuidado.
5. Orientación individual, familiar y comunitaria.

OFICINA CENTRAL

Calle 22 8A - 38/ Tels: (4) 781 74 07 - 781 74 08 / Montería - Córdoba / www.emdisalud.com.co

Línea de Atención Gratuita las 24 Horas 01 8000 91 48 2330

6. Atención integral, integrada y continua.
 7. Interculturalidad, que incluye entre otros los elementos de prácticas tradicionales, alternativas y complementarias para la atención en salud.
 8. Talento humano organizado en equipos multidisciplinarios, motivado, suficiente y cualificado.
 9. Fortalecimiento de la baja complejidad para mejorar la resolutiveidad.
 10. Participación activa de la comunidad.
 11. Enfoque territorial.
-
13. **Fortalecimiento de los servicios de baja complejidad.** El Gobierno Nacional formulará la política de fortalecimiento de los servicios de baja complejidad para mejorar su capacidad resolutive, con el fin de que se puedan resolver las demandas más frecuentes en la atención de la salud de la población.
 14. **Equipos básicos de salud.** El ente territorial, conforme a la reglamentación del Ministerio de la Protección Social, definirá los requisitos óptimos para habilitar la conformación de los Equipos Básicos de Salud, como un concepto funcional y organizativo que permita facilitar el acceso a los servicios de salud en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud.

Para la financiación y constitución de estos equipos concurrirán el talento Humano y recursos interinstitucionales del sector salud destinados a la salud Pública y de otros sectores que participan en la atención de los determinantes en salud.

5.2. Contenidos Programáticos de la APS :

1. Salud materna infantil
2. Inmunizaciones
3. Control de enfermedades Diarreicas
4. Control de enfermedades Respiratorias Agudas
5. Control de enfermedades de transmisión sexual Salud mental
6. Prevención, control y rehabilitación de enfermedades cardiovasculares, degenerativas y cáncer.
7. Salud oral
8. Enfermedades ocupacionales e higiene en el trabajo
9. Prevención de accidentes

OFICINA CENTRAL

Calle 22 8A - 38/ Tels: (4) 781 74 07 - 781 74 08 / Montería - Córdoba / www.emdisalud.com.co

Línea de Atención Gratuita las 24 Horas 01 8000 91 48 2331

10. Malaria
11. Vih/Sida
12. Control de enfermedades parasitarias
13. Control del vector de la fiebre amarilla
14. Alimentación y Nutrición
15. Agua potable y saneamiento básico
16. Salud pública veterinaria

En marzo de 1988 la OMS y la UNICEF en reunión realizada en Riga, URSS, examinaron los avances de la APS y ratificaron la declaración de Alma Ata. La conferencia reconoció los notables avances en la implementación de la APS, particularmente en lo referido a la salud materno infantil, expresada en la reducción de las tasas de mortalidad materna y de menores de 5 años, se reconocían la mayor capacidad de los países para el análisis y solución de problemas y el esfuerzo del sector por alcanzar la metas propuestas. Se identificaron también las dificultades aún vigentes para la mayoría de las regiones del mundo:

- Falta de formulación y adopción de políticas claras.
- Aumento de gastos de defensa y armamentismo.
- Rápido crecimiento urbano con la incapacidad de los estados en proveer con igual rapidez la cobertura de servicios básicos.
- La falta de participación comunitaria en los programas
- Orientación preferiblemente curativa de los profesionales de la salud.

La cuarta conferencia Internacional sobre promoción de la salud organizada en Yakarta en 1996 analizó los factores de terminantes para la salud y definió los siguientes:

1. Promover la responsabilidad social en salud.
2. Incrementar la inversión para el desarrollo de la salud.
3. Consolidar y expandir la colaboración en salud.
4. Aumentar la capacidad comunitaria y empoderamiento al individuo.
5. Consolidar la estructura para la promoción de la salud.

OFICINA CENTRAL

Calle 22 8A - 38/ Tels: (4) 781 74 07 - 781 74 08 / Montería - Córdoba / www.emdisalud.com.co

Línea de Atención Gratuita las 24 Horas 01 8000 91 48 2332

5.3. Atención Integrada a la Niñez:

La implementación del modelo de Atención Integrada a la Niñez, representa un cambio sustancial en la forma cómo los servicios de salud han estado funcionando hasta ahora. La atención ha estado organizada por programas respondiendo a problemas de salud específicos:

Clásicamente, para el problema de diarrea se creó una respuesta organizada alrededor de una serie de objetivos, normas, procedimientos, recursos, capacitaciones y personal que constituye precisamente un programa.

Esta especialización de las intervenciones ha buscado mejorar la eficiencia y el costo beneficio de las mismas. Se han identificado, por ejemplo, las intervenciones destinadas a mejorar la supervivencia infantil: vacunación, control de enfermedades diarreicas, manejo de las infecciones respiratorias agudas, etc.

Sin embargo, aun cuando la mayoría de estas actividades han sido exitosas en término de mejorar la supervivencia de los niños, han tenido también como consecuencias indeseables, cierto nivel de ineficiencia al tener que multiplicar las atenciones en el mismo individuo por diferentes problemas, oportunidades perdidas por falta de una evaluación exhaustiva e integral del niño, falta de correlación entre un problema de salud y otro y sus consecuencias, y desde luego, olvidar que el niño es un ser humano integral, tanto dentro de sí, como con su ambiente.

Por tanto, es importante analizar y reflexionar sobre las implicaciones de su implementación en todos estos aspectos a nivel de cada unidad de salud.

Los problemas respiratorios, la asfixia y las infecciones son las causas más importantes de enfermar y morir de los niños menores de dos meses, asociado en un gran porcentaje a prematuridad y bajo peso al nacer. Estas entidades constituyen la amenaza más grande a la sobrevivencia y salud de los niños en la región de las Américas.

Estas amenazas pueden disminuirse con otras intervenciones claves, por ejemplo, la atención adecuada inmediata al parto y la prevención y tratamiento de la dificultad respiratoria, los trastornos metabólicos e infecciones, que no solo representan un alto riesgo de morir,

OFICINA CENTRAL

Calle 22 8A - 38/ Tels: (4) 781 74 07 - 781 74 08 / Montería - Córdoba / www.emdisalud.com.co

Línea de Atención Gratuita las 24 Horas 01 8000 91 48 2333

sino que tienen repercusiones a largo plazo en el neuro desarrollo integral.

Además del enfoque de los problemas agudos, con este modelo se dan pautas de promoción y atención en salud, tales como lactancia materna, cuidados en el hogar, nutrición, así como crecimiento y desarrollo.

Esto constituye la esencia del enfoque integrado, cubriéndose la gran mayoría de las razones de enfermedad y muerte después del nacimiento y hasta los cinco años de edad.

5.4. Participación Social

Enfocado como la estrategia a través del cual se involucra a los afiliados en la toma de decisiones desde la planeación, la ejecución y la evaluación de los proyectos y programas en salud.

La Participación social, es el proceso de interacción social para intervenir en las decisiones de salud respondiendo a intereses individuales y colectivos para la gestión y dirección de sus procesos, basada en los principios constitucionales de solidaridad, equidad y universalidad en la búsqueda de bienestar humano y desarrollo social.

La participación social comprende la participación ciudadana y comunitaria, así:

a. La participación ciudadana, es el ejercicio de los deberes y derechos del individuo, para propender por la conservación de la salud personal, familiar y comunitaria y aportar a la planeación, gestión, evaluación y veeduría en los servicios de salud.

b. La participación comunitaria es el derecho que tienen las organizaciones comunitarias para participar en las decisiones de planeación, gestión, evaluación y veeduría en salud.

5.5. La Participación en las Instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

OFICINA CENTRAL

Calle 22 8A - 38/ Tels: (4) 781 74 07 - 781 74 08 / Montería - Córdoba / www.emdisalud.com.co

Línea de Atención Gratuita las 24 Horas 01 8000 91 48 2334

es la interacción de los usuarios con los servidores públicos y privados para la gestión, evaluación y mejoramiento en la prestación del servicio público de salud.

La forma organizativa de participación social en salud en Emdisalud, es el grupo focal.

5.6. Enfoque de Administración del Riesgo:

Incluye la identificación del riesgo, planeación de la atención para intervenir dichos riesgos concertación con los prestadores de servicios de salud y realización de la reserva técnica y financiera para asumir dichos riesgos.

Un factor de riesgo "es cualquier característica o circunstancia detectable en una persona o grupo de personas, que aumentan la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesta a un proceso mórbido".

Otros autores lo definen como: "Característica o factor que se ha observado que está asociado con un aumento de la probabilidad de que aparezca una enfermedad". Un factor de riesgo no implica necesariamente una relación de causalidad. Para actuar preventivamente, no basta en general con conocer factores de riesgo y asociaciones estadísticas de los mismos con eventos desfavorables para la salud, sino que es necesario conocer las causas.

5.7. Coordinación Interinstitucional e Intersectorial:

El Abordaje de los problemas en salud debe ser integral y no solo desde la perspectiva del sector salud, así que la estrategia de inter institucionalidad e inter sectorialidad involucra el mayor número de actores que permitan que la máxima coordinación y cumplimiento de las metas de salud pública para Colombia.

5.8. Alianzas Estratégicas con IPS:

Enfocada como toda unión de voluntades, duradera y organizada, mediada por un vínculo contractual, entre EMDISALUD y la red de servicios, y que se identifican con un modelo de atención, que permita orientar recursos hacia un propósito estratégico particular, donde se ponen

OFICINA CENTRAL

Calle 22 8A - 38/ Tels: (4) 781 74 07 - 781 74 08 / Montería - Córdoba / www.emdisalud.com.co

Línea de Atención Gratuita las 24 Horas 01 8000 91 48 2335

sus fuerzas en común para lograr ventajas especiales que les permitan estar en mejor situación competitiva.

6. RÉGIMEN DE REFERENCIA

6.1. En el Primer Nivel de Atención:

Todos los afiliados ingresan al sistema general de seguridad social en salud por el primer nivel de atención y lo hacen por consulta ambulatoria o por urgencias. Se exceptúa de lo anterior, las urgencias vitales que son atendidas por la IPS de cualquier nivel de complejidad más cercana a la ocurrencia del hecho.

6.2. Atención en salud en Prestatarios contratados por Modalidad de Capacitación:

Para la atención de los afiliados por el personal de salud del prestatario contratado por capitación no media orden de servicios de EMDISALUD ESS EPS-S. Aquí, el prestatario es el encargado de la validación de los derechos del afiliado. Para ello, debe solicitar el carnet que le expide EMDISALUD ESS EPS-S y el documento de identidad y en caso de dudas o posibilidades de suplantaciones, se deberán hacer preguntas de control con la información contenida en la base de datos que mensualmente remiten los profesionales de sistemas de los niveles administrativos regionales de EMDISALUD ESS EPS-S o a través del correo www.cecilia.baez@emdisalud.com.co, donde se aclaran todas las dudas.

6.3. Atención en Salud en Prestatarios de Primer Nivel de Atención Contratados por Modalidad Eventos:

Para la atención en salud del afiliado por el personal del prestatario de salud contratado por las modalidad citada se necesita previa orden de autorización servicios de EMDISALUD ESS EPS-S expedida por el Auxiliar de Autorizaciones del nivel regional, funcionario encargado de realizar la validación de los derechos del afiliado. El citado funcionario ingresa los datos en el módulo de trámite, toma de decisiones y respuesta a solicitudes de servicios, que a su vez genera la citada autorización.

6.4. En el Segundo, Tercer Nivel de Complejidad y Para Patologías de

OFICINA CENTRAL

Calle 22 8A - 38/ Tels: (4) 781 74 07 - 781 74 08 / Montería - Córdoba / www.emdisalud.com.co

Línea de Atención Gratuita las 24 Horas 01 8000 91 48 2336

Alto Costo:

El ingreso del paciente es por urgencias o por la solicitud de remisión de pacientes desde el primer o segundo nivel de atención. Esta se realizará acorde a los lineamientos dados de acuerdo al decreto 4747 de 2007 y utilizando los formatos establecidos en la resolución 3047 de 2008.

Para servicios electivos, el documento de solicitud será transmitido a EMDISALUD ESS EPS-S por medio de telefax, correo electrónico o ingresado directamente a la página web www.emdisalud.com.co. El auxiliar municipal de salud, la central de autorizaciones nacional o la línea gratuita 018000914823, receptionan las peticiones y el auxiliar de autorizaciones del nivel regional o nacional, realizan el trámite interno descrito en el proceso llamado trámite, toma de decisiones a solicitud de servicios y generan la autorización de servicios después de concertada la fecha de la cita con el prestador de servicios de salud.

Para servicios de urgencia está disponible el correo centraldeautorizaciones@emdisalud.com.co donde se receptiona la solicitud de servicios y los anexos acorde a el acuerdo 4747 de 20007 y la resolución 3047 de 2008, y la respuestas a estas solicitudes se dan en los termines de la normatividad citada.

En los niveles administrativos zonales, nuestras oficinas están disponibles nueve horas (7AM a 12 M y de 2 a 6 PM) de lunes a viernes.

7. RÉGIMEN DE CONTRAREFERENCIA:

La contra referencia permite garantizar la continuidad de la atención según el nivel de complejidad del servicio requerido.

La contra referencia está pactada en forma contractual con el prestatario de servicios de salud y se debe realizar en todos los casos y entregada al paciente para que la lleve a la oficina de EMDISALUD ESS EPS-S. Lo anterior, le permite a EMDISALUD ESS EPS-S, llevar el seguimiento a la continuidad de la atención de los usuarios para asegurar la integralidad y continuidad en la atención, conocer el estado de salud de los afiliados y realizar las auditorías aleatorias o investigación de casos específicos.

OFICINA CENTRAL

Calle 22 8A - 38/ Tels: (4) 781 74 07 - 781 74 08 / Montería - Córdoba / www.emdisalud.com.co

Línea de Atención Gratuita las 24 Horas 01 8000 91 48 2337

ANEXO 1.

NORMAS TÉCNICAS Y GUÍAS DE ATENCIÓN ADOPTADAS POR EMDISALUD

A través de la RESOLUCIÓN N° 040 DEL 10 DE OCTUBRE DE 2002 EMDISALUD, adopta las normas técnicas y guías de atención de la Resolución 412 de 2000 del Ministerio de Salud y las guías de práctica clínica basadas en la evidencia de ASCOFAME.

El Gerente General de la Empresa Mutual para el Desarrollo Integral de la Salud EMDISALUD ESS, en uso de sus facultades legales y estatutarias, en especial las que le confiere el artículo 64, numeral 1 del estatuto vigente y bajo los siguientes considerandos:

- a) Que al Gerente General le corresponde adoptar las normas técnicas y guías de atención y de práctica clínica para el desarrollo de las acciones de protección específica, detección temprana, atención de las enfermedades de interés en salud pública, dirigidas a nuestros afiliados en todos los niveles de atención: Prevención de la enfermedad, recuperación de la salud incluyendo las enfermedades alto costo y rehabilitación.
- b) Que EMDISALUD ESS EPSS tiene la obligatoriedad de garantizar a través de su red de prestatarios de servicios de salud las normas técnicas y guías de atención y de práctica clínica basadas en los protocolos de común aceptación por la comunidad científica avalada por el Ministerio de Salud como máximo rector del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- c) Que EMDISALUD ESS EPSS como actor del Sistema General de Seguridad Social en Salud debe realizar las acciones conducentes a reducir el riesgo de enfermar y morir por causas evitables, alcanzar mejoría en los niveles de salud y garantizar la salud colectiva, buscando impactar positivamente las metas de salud pública de sus afiliados.

Mediante la resolución se Resuelve:

ARTÍCULO 1°. Objeto. Mediante la presente resolución se adoptan normas las técnicas y guías de atención contenidas en los anexos

OFICINA CENTRAL

Calle 22 8A - 38/ Tels: (4) 781 74 07 - 781 74 08 / Montería - Córdoba / www.emdisalud.com.co

Línea de Atención Gratuita las 24 Horas 01 8000 91 48 2338

técnicos 1-2000 y 2-2000 de la Resolución 0412 de 2000, emanadas por el Ministerio de Salud, las Resoluciones 3442 de 2006, 0769 de 2008 y 1973 de 2008, emanadas por el Ministerio de la Protección Social y el acuerdo 029 de 2011 de la CRES, para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y manejo de las enfermedades de interés en salud pública. Así mismo se adoptan las guías de práctica clínica basadas en la evidencia de ASCOFAME para el manejo y seguimiento de las enfermedades de alto costo.

ARTÍCULO 2º. Campo de aplicación. Las disposiciones de la presente resolución se aplicarán a todas las Instituciones prestadoras de servicios de salud contratistas de EMDISALUD en los tres niveles de Atención en todo el territorio Nacional.

ARTÍCULO 3º. Norma técnica. Es el documento mediante el cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones costo-efectivas de obligatorio cumplimiento, a desarrollar en forma secuencial y sistemática en la población afiliada, para el cumplimiento de las acciones de protección específica y de detección temprana, Igualmente determinan las frecuencias mínimas anuales de atención y los profesionales de la salud responsables y debidamente capacitados para el desarrollo de las mismas.

ARTÍCULO 4º. Guía de atención. Es el documento mediante el cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones a seguir y el orden secuencial y lógico para el adecuado diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de interés en salud pública establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y a cargo de las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado.

ARTÍCULO 5º Adóptense las normas técnicas contenidas en el anexo técnico 1-2000 , para las actividades, procedimientos e intervenciones establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud enunciadas a continuación:

- a) Vacunación según el Esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI);
- b) Atención Preventiva en Salud Bucal;
- c) Atención del Parto;

OFICINA CENTRAL

Calle 22 8A - 38/ Tels: (4) 781 74 07 - 781 74 08 / Montería - Córdoba / www.emdisalud.com.co

Línea de Atención Gratuita las 24 Horas 01 8000 91 48 2339

- e) Atención al Recién Nacido;
- f) Atención en Planificación Familiar a hombres y mujeres.
- g) Detección temprana de las alteraciones del Crecimiento (menores de 10 años);
- h) Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven (10-29 años);
- i) Detección temprana de las alteraciones del embarazo;
- j) Detección temprana de las alteraciones del Adulto (mayor de 45 años);
- k) Detección temprana del cáncer de cuello uterino;
- l) Detección Temprana del Cáncer de mama.
- l) Detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual.

ARTÍCULO 6° Guías de atención de enfermedades de interés en salud pública. Adóptense las guías de atención contenidas en el anexo técnico 2-2000, para las enfermedades de interés en salud pública establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud enunciadas a continuación:

- a) Bajo peso al nacer;
- b) Alteraciones asociadas a la nutrición
- c) Infección respiratoria aguda (menores de cinco años) Alta: Otitis media, Faringitis estreptocócica, laringotraqueitis. Baja: Bronconeumonía, bronquiolitis, neumonía;
- d) Enfermedad Diarreica Aguda /Cólera;
- e) Tuberculosis Pulmonar y Extra pulmonar;
- f) Meningitis Meningocócica;
- g) Asma bronquial;
- h) Síndrome convulsivo;
- i) Fiebre reumática;
- j) Vicios Retracción de Estrabismo, Cataratas; k) Enfermedades de Transmisión Sexual l) Hipertensión arterial;
- m) Hipertensión arterial y Hemorragias asociadas al embarazo;
- n) Menor y Mujer Maltratados;
- o) Diabetes Juvenil y del Adulto;
- p) Lesiones pre neoplásicas de cuello uterino;
- q) Lepra;
- r) Malaria; s) Dengue;
- t) Leishmaniosis cutánea y visceral;

OFICINA CENTRAL

Calle 22 8A - 38/ Tels: (4) 781 74 07 - 781 74 08 / Montería - Córdoba / www.emdisalud.com.co

Línea de Atención Gratuita las 24 Horas 01 8000 91 48 2340

u) Fiebre Amarilla.

ARTÍCULO 7° Guías de práctica clínica basadas en la evidencia de ASCOFAME: Adóptense las guías de práctica clínica evidencia basadas en la enunciadas a continuación:

- a) Abdomen agudo
- b) Arritmias supra ventriculares
- c) Arritmias ventriculares
- d) Artritis reumatoide a
- e) Cefalea
- f) Colelitiasis
- g) Condición fibroquistica de mama
- h) Displasia de cadera en desarrollo
- i) Dolor Lumbar
- j) Endometriosis
- k) Enfermedad acido péptica l)
- Enfermedad cerebrovascular m)
- Enfermedad coronaria
- n) EPOC
- ñ) Ictericia neonatal o) Infarto Agudo de Miocardio
- p) Insuficiencia renal crónica q) Intoxicaciones medicamentosas r) Intoxicaciones no medicamentosas s) Lesiones de mano t) Litiasis renal y uretral w) Disfunción Cardio circulatoria x) Enfermedad pélvica inflamatoria y) falla cerebral
- z) Falla perfusión pulmonar
- k) falla digestiva
- l) Falla renal aguda
- m) falla respiratoria aguda ad) meningitis en niños
- o) osteoporosis
- p) Rehabilitación en arritmias
- q) Rehabilitación en dolor de espalda
- r) Rehabilitación en lesiones de nervios periféricos de la mano.
- ai) Rehabilitación en trauma raquimedular
- aj) Retardo pondo estatural

OFICINA CENTRAL

Calle 22 8A - 38/ Tels: (4) 781 74 07 - 781 74 08 / Montería - Córdoba / www.emdisalud.com.co

Línea de Atención Gratuita las 24 Horas 01 8000 91 48 2341

- ak) Salud familiar
- al) Soporte Nutricional am) Trauma craneoencefálico
- an) medicina transfusional especial.
- añ) medicina transfusional
- ao) menopausia
- ap) Osteoartrosis de cadera
- aq) Profilaxis antibiótica en cirugía
- ar) Quemados
- as) Reflujo gastroesofagico en niños. at) Síndrome convulsivo en niños.
- au) Tamizaje de cáncer de pulmón, tiroides, próstata y piel.
- av) Trauma abdominal.
- aw) Trauma de tórax.
- ax) Urgencia Psiquiátricas.
- ay) VIH- Sida

EMDISALUD ESS EPS-S, con el fin de velar por el cumplimiento e idónea implementación de las normas y guías de atención por parte de los prestatarios de servicios de salud, se ha dispuesto una serie procedimientos de Auditoría externa y seguimiento a los contratos que garanticen el cumplimiento de dicha normas como parte de la relación contractual:

Seguimiento al cumplimiento del contrato Evaluación de la calidad de los servicios de los prestatarios. Evaluación de la gestión de la calidad a las IPS Auditoria y seguimiento a Programas.

OFICINA CENTRAL

Calle 22 8A - 38/ Tels: (4) 781 74 07 - 781 74 08 / Montería - Córdoba / www.emdisalud.com.co

Línea de Atención Gratuita las 24 Horas 01 8000 91 48 2342

ANEXO 2

Herramienta: "GUIA PARA GRUPOS FOCALES"

Índice:

| | |
|--------------------------------|--------|
| Introducción | Pág. 2 |
| Descripción de la herramienta | Pág. 2 |
| Presentación de la Herramienta | Pág. 4 |

I. Introducción

La técnica de los grupos focales es una reunión con modalidad de entrevista grupal abierta y estructurada, en donde se procura que un grupo de individuos seleccionados por los investigadores discutan y elaboren, desde la experiencia personal, una temática o hecho social que es objeto de investigación, por ejemplo, una detección de necesidades de capacitación.

Si se logra generar un ambiente adecuado y se controlan las variables necesarias, se obtiene información valiosa tanto del contexto, relaciones y actores directamente involucrados en la temática en estudio.

II. Descripción de la herramienta

1) Defina los objetivos del estudio, para que desde allí plantear:

- - Un guión de desarrollo del Grupo Focal.
- - La guía de temáticas - preguntas a desarrollar en la actividad. Preguntas que le ayudan a definir sus objetivos:
- - ¿Qué deseo lograr?, ¿qué busco con esta investigación?, ¿qué información puedo obtener de este grupo?

2) Definir los participantes del Grupo Focal.

- - Un número adecuado es entre 6 a 12 participantes.
- - De acuerdo a los objetivos del estudio desarrolle una lista de los atributos o características predominantes o principales para seleccionar a los participantes.
- - Hay que asumir que algunos de los invitados no aparecerán, por esta razón, se recomienda seleccionar además una población de reemplazo (10% de los invitados originales).
- - Se sugiere que una vez seleccionados los participantes, estos sean invitados oficialmente, reiterándoles los objetivos del estudio, la metodología de trabajo a seguir, su rol e incentivos por su participación, si estuviera considerado.

3) Preparación de preguntas estímulo.

- - Deben ser no solo concretas sino también estimulantes.
- - Deben ser ampliables y en lo posible hay que llevar la discusión de lo más general a lo específico.
- - Evalúa previamente de acuerdo a los participantes que invitará y pregúntese: ¿Qué preguntas podrían contestar?
- - Se sugiere seleccionar las cinco o seis preguntas más adecuadas y pertinentes (preguntas estímulo).
- - Posicione las preguntas en una secuencia que sea cómoda para los participantes, moviéndose desde lo general a lo específico, de lo más fácil a lo más difícil, y de lo positivo a lo negativo.

4) Selección del moderador del Grupo Focal

- - Es recomendable que sea una persona que no esté directamente involucrado con el tema en estudio, puede ser un profesional interno o externo.
- - Es importante que el moderador participe de la planificación de la reunión y esté totalmente al tanto del tema a investigar para que logre un dominio efectivo de la actividad.
- - El moderador debe tener habilidades comunicacionales, como saber escuchar, darse a entender claramente tanto verbal como no verbalmente, saber interpretar conductas comunicacionales, manejo de dinámicas de grupos, control eficiente del tiempo,

asertividad.

- - El Moderador del grupo focal debe poder ocuparse no solo de mantener a los miembros de los grupos atentos y concentrados, sino también mantener el hilo central de la discusión, y cerciorarse que cada participante participe activamente.
- - También se puede utilizar un equipo de dos personas, donde una persona modera la discusión y la otra lleva la relatoría o hace un trabajo de observación del comportamiento asociado de los asistentes.
- - Durante la reunión el moderador debe promover el debate planteando preguntas que estimulen la participación demandando y desafiando a los participantes con el objetivo de sacar a flote las diferencias.
- - Algunas veces será necesario llevar la discusión a los pequeños detalles o si es el caso impulsar la discusión hacia temas más generales cuando ésta ha alcanzado un rumbo equivocado o ambiguo.
- - Debe procurar mantener a los participantes atentos al tema en discusión siendo posible que en ciertas circunstancias, él deba conducir la conversación hacia sus orígenes con el objetivo de reordenarla.
- - El moderador también deberá asegurarse que cada uno de los participantes tenga la oportunidad de expresar sus opiniones.
- - Se recomienda que no muestre preferencias o rechazos que influyeran a los participantes a una opinión determinada o a una posición en particular.

5) La reunión.

- - Se recomiendan sitios o lugares "neutrales" que no sean asociados con los promotores ni con los sujetos del conflicto o con la situación problema de discusión.
- - Se recomienda que en el salón de reunión los participantes, en lo posible, rodeen al moderador (configuración en U) y que tenga buena acústica para poder grabar.
- - Planear el desarrollo del taller en un marco de tiempo no mayor a dos horas. Un mínimo de una hora se recomienda porque el proceso requiere un cierto tiempo para las observaciones de la apertura y de cierre del taller, al igual tener en cuenta por lo

menos una o dos preguntas introductorias o de inducción.

- - Determinar cuáles son los equipos más apropiados para facilitar la sesión de trabajo. Esto definirá si se requiere de grabadora o videocinta.
- - Grabar permite que el equipo de investigación recupere fácilmente los aportes más importantes y los comentarios que fueron hechos durante la discusión.
- - La presencia de los aparatos e grabación debe ser discreta.
- - Si se van a ofrecer refrigerios, es recomendable que sea en un horario determinado y en un salón diferente a la reunión.
- - Se recomiendan escarapelas de identificación, de un tamaño tal, que permitan al moderador identificar fácilmente al participante.

6) Interpretación de la información obtenida.

- - Resumir inmediatamente la discusión y acuerdos de la reunión. Es más fácil reconstruir lo sucedido inmediatamente.
- - Transcribir las grabaciones inmediatamente para permitir que se reconstruya no solo la atmósfera de la reunión sino también lo tratado.
- - Analice los relatos, actitudes y opiniones que aparecen reiteradamente o comentarios sorprendentes, conceptos o vocablos que generaron algunas reacciones positivas o negativas de los participantes, etc.
- - Discuta la información con su grupo de investigadores y únalo con las otras herramientas que haya utilizado para levantar información.

Anexo 2. Presentación de la Herramienta

Emdisalud ESS - Regional Norte

Grupo Focal: Municipio _____

Presentación de la Herramienta

Grupo Focal N°4 Fecha: 1. Objetivos

| Objetivo(s) Investigación

| |
|--------------------------------|
| |
| Objetivo(s) Grupo Focal |
| |

2. Identificación del moderador |

Nombre moderador

Nombre observador

| |
|--|
| |
|--|

3. Participantes

| Lista de asistentes Grupo focal | |
|--|--|
| 1 | |
| 2 | |
| 3 | |
| 4 | |
| 5 | |
| 6 | |
| 7 | |
| 8 | |
| 9 | |
| 1 | |

4. Preguntas - temáticas estímulos

| Lista de asistentes Grupo focal | |
|--|--|
| 1 | |
| 2 | |

3

4

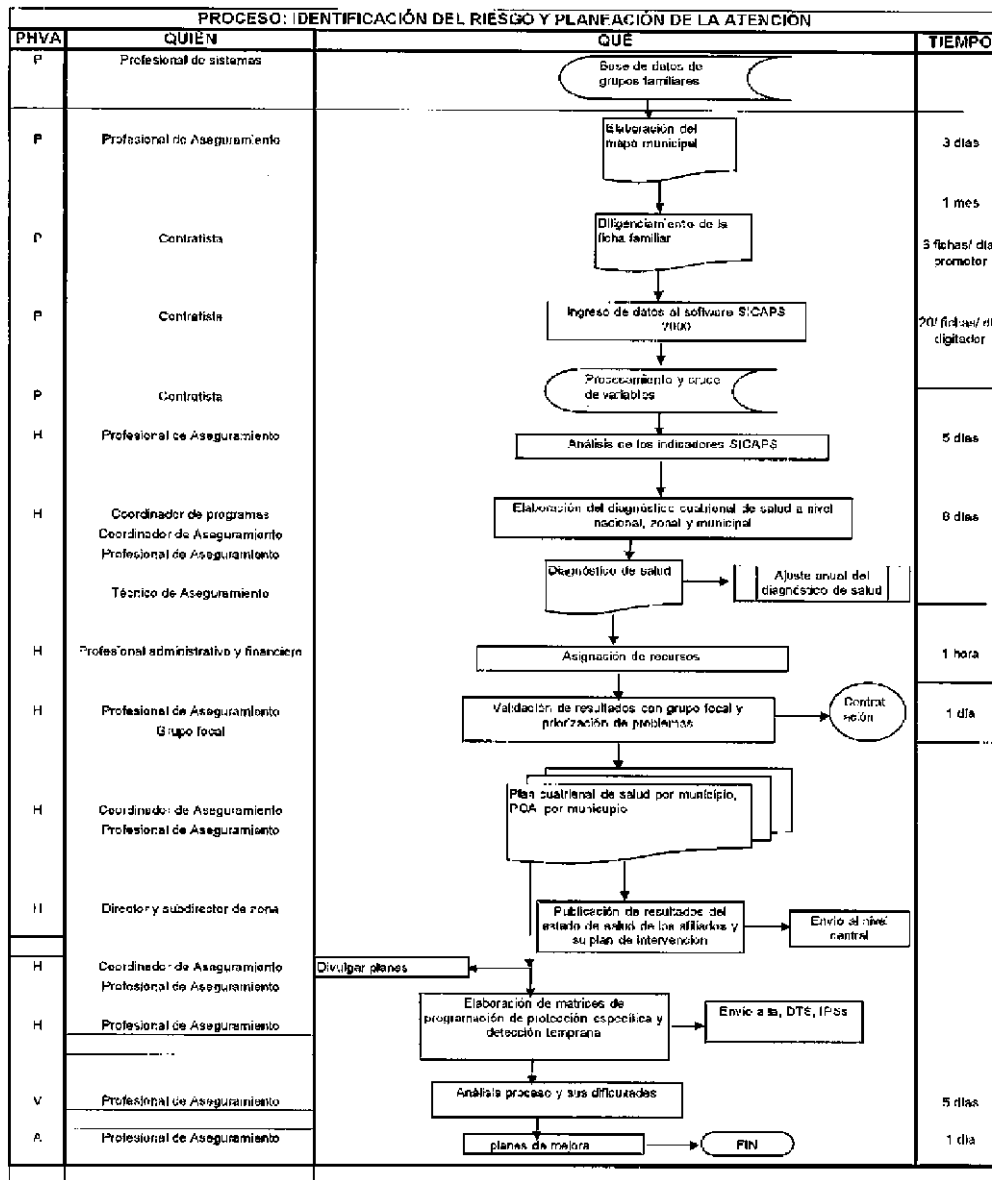
5. Conclusiones

| Conclusiones de la reunión | |
|----------------------------|--|
| 1 | |
| 2 | |
| 3 | |
| 4 | |

6. Pauta de chequeo (evaluación)

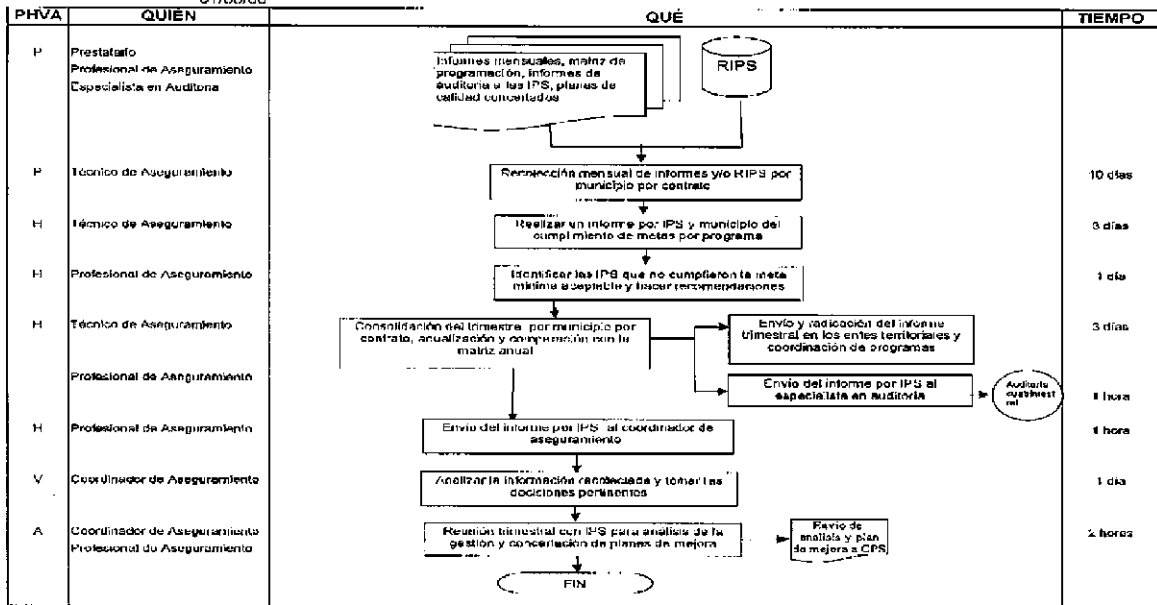
| Conclusiones de la reunión | |
|--|--|
| 1 | |
| 2 | |
| 3 | |
| 4 | |
| Chequear elementos presentes en el grupo focal (evaluación del | |
| ugar adecuado en tamaño y acústica. | |
| Lugar neutral de acuerdo a los objetivos del Grupo focal. | |
| Asistentes sentados en U en la sala. | |
| Moderador respeta tiempo para que los participantes desarrollen | |
| Moderador escucha y utiliza la información que está siendo | |
| Se cumplen los objetivos planteados para esta reunión. | |
| Explicita en un comienzo objetivos y metodología de la reunión a | |

Anexo 3. Proceso Identificación del Riesgo y Planeación de la Atención.



Anexo 4: Proceso Seguimiento y Evaluación de Programas:

**LEVANTAMIENTO DE PROCESOS
PROCESO: SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN A PROGRAMAS
01/06/06**



BIBLIOGRAFIA

BLANCO RESTREPO, Jorge Humberto y MAYA MEJIA, José María. Fundamentos de salud pública, primera edición, Corporación para investigaciones biológicas, Medellín 1997

GONZÁLEZ MATERON, Armando y RICO VELASCO Jesús. Bases para un modelo de atención en salud y ejemplos específicos para su construcción, Oficina de Investigación y desarrollo Coomeva, Santiago de Calí 2002.

BLANCO RESTREPO, Jorge Humberto y MAYA MEJIA, José María. Epidemiología básica y principios de investigación, primera edición, Corporación para investigaciones biológicas, Medellín, 1999.

"ALMA-ATA 25 AÑOS DESPUES", David A. Tejada Rivero, revista Perspectivas de Salud. OPS, Volumen 8, Número 2, 2003.

MEMORIAS CONSTRUCCIÓN COLECTIVA MODELO DE ATENCIÓN EMDISALUD, Encuentro Nacional de Aseguramiento EMDISALUD, Paipa Febrero 17 y 18 de 2004.

LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, CONTEXTO HISTORICO, CONCEPTOS, ENFOQUES Y EVIDENCIAS, Curso taller en APS, Ministerio de la Protección Social, Bogotá, Colombia. 25 de Agosto de 2011.