

Gestión descentralizada de salud pública para

territorios prioritarios de la OPS/OMS

COLOMBIA 2023



OPS



Organización
Panamericana
de la Salud

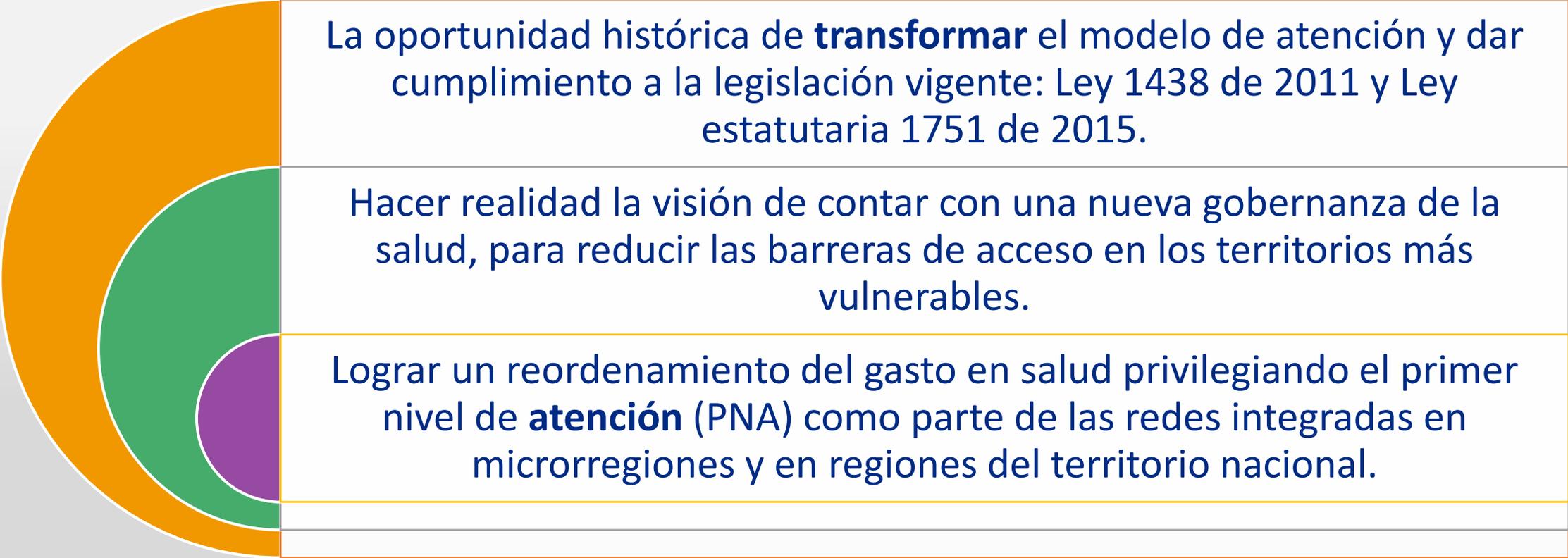


Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas



**ALIANZA
CADÉMICA
NACIONAL**
Presente y futuro de la Salud Pública

Breve introducción sobre el contexto del proyecto.



La oportunidad histórica de **transformar** el modelo de atención y dar cumplimiento a la legislación vigente: Ley 1438 de 2011 y Ley estatutaria 1751 de 2015.

Hacer realidad la visión de contar con una nueva gobernanza de la salud, para reducir las barreras de acceso en los territorios más vulnerables.

Lograr un reordenamiento del gasto en salud privilegiando el primer nivel de **atención** (PNA) como parte de las redes integradas en microrregiones y en regiones del territorio nacional.

Contexto político y técnico con relación a la transformación del modelo de atención.



Actuar sobre las necesidades de la población con énfasis en la intervención intersectorial sobre los determinantes de la salud.



Contribuir al cumplimiento de metas de los ODS y las metas trazadas en el Plan de desarrollo 2022-2026 y el Plan decenal de Salud Pública 2022-2031



Mejorar la capacidad de respuesta del Sistema de salud con énfasis en la APS en el contexto de las redes integradas de salud.



Avanzar hacia una nueva gobernanza en salud que conlleve la participación de diversos actores.



Orientación hacia la sostenibilidad financiera de los cambios propuestos en el modelo de atención preventivo y predictivo.

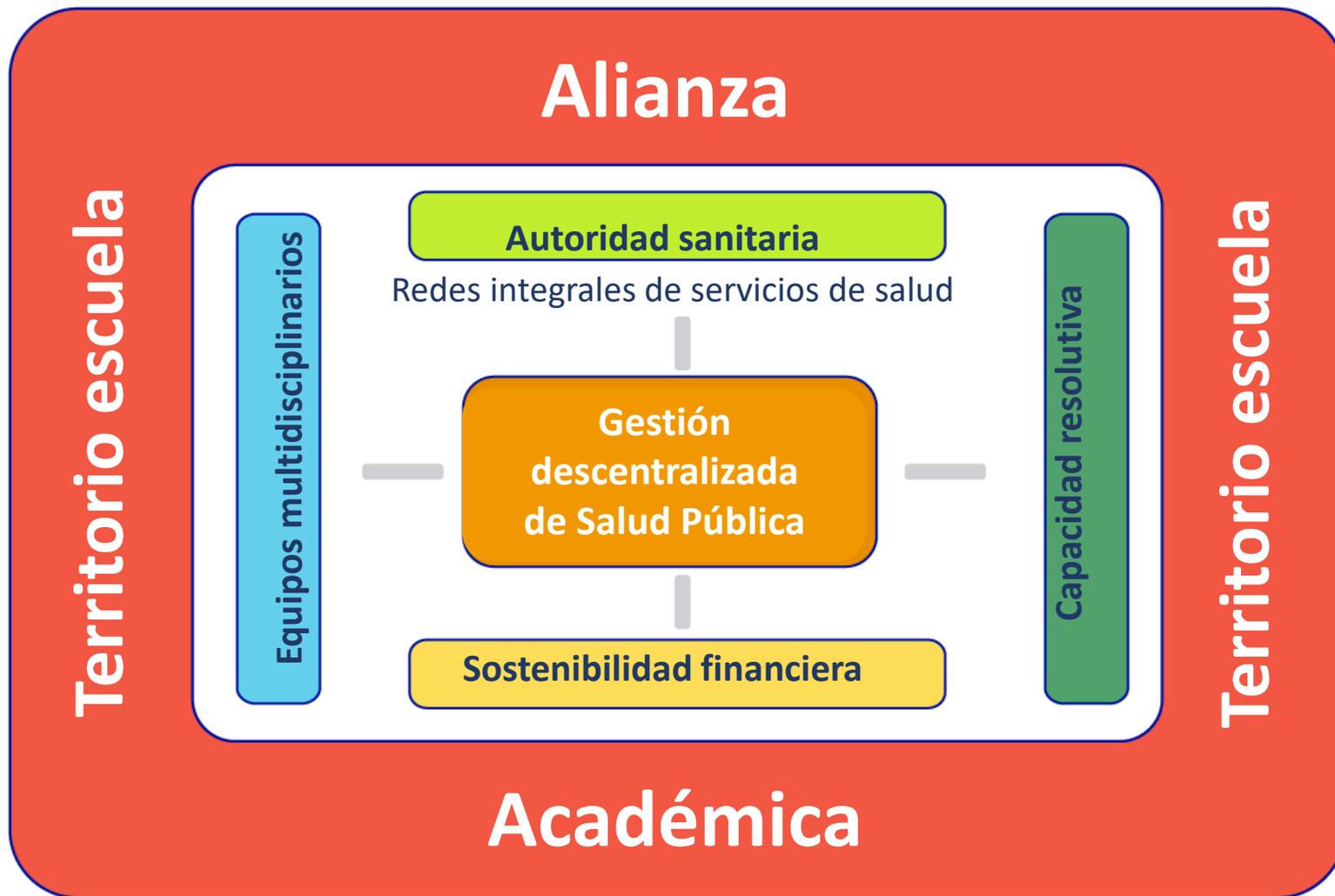


Objetivo general

Contribuir al mejoramiento de las condiciones de acceso a los servicios de salud y transformar en forma progresiva las condiciones y calidad de vida de los residentes en departamentos vulnerables de Colombia.

Objetivos específicos

1. Formular una propuesta para reforzar la autoridad sanitaria para elevar las competencias en gestión de la salud pública.
2. Formular una estrategia innovadora de capacitación de equipos interdisciplinarios en salud ligados a la transformación del modelo de salud en los territorios.
3. Proponer estrategias para mejorar la capacidad resolutive de la Atención Primaria de Salud (APS) e incentivar uso de tecnologías de información y comunicación.
4. Calcular los costos financieros para la contratación progresiva de los profesionales, técnicos y agentes comunitarios.
5. Proponer una alianza con universidades para favorecer la gestión descentralizada en territorios vulnerables.



Autores

Objetivo 1



Dr. Julián Vargas Jaramillo
Universidad de Antioquia

Objetivo 2



Dr. Erwin Hernando
Hernández Rincón
Universidad de la Sabana

Objetivo 3



Dr. Rafael de Jesús
Tuesca Molina
U del Norte

Objetivo 4



Dr. Rafael Nicolas
Valencia Tórres
IPS

Objetivo 5



Dr. Juan Eduardo
Guerrero Espinel
Asociación Colombiana
de Salud Pública

Colaboradores



Estudiantes y Profesores

U. de Cartagena
U. de la Sabana
U. Católica de Oriente
U. del Norte

U. Autónoma de Manizales
U. del Sucre
Asociación Colombiana
de Salud Pública
Consultores OPS

Metodología



Participantes

Grupos focales y talleres

- U. de Cartagena
- U. de la Sabana
- U. Católica de Oriente
- U. del Norte
- U. Autónoma de Manizales
- U. del Sucre
- U. de la Salle
- U. de Santander
- Asociación Colombiana de Salud Pública
- Consultores OPS
- Fundación Mutual Ser
- SENA
- Autoridades Sanitarias municipales, departamentales y distritales
- Hospitales

Autoridad sanitaria

en el marco de una nueva
gobernanza e institucionalidad



Proceso adelantado: Marcos de referencia



Contexto

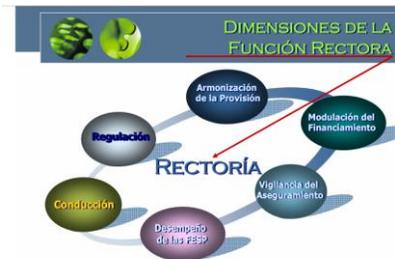
- **Tensiones importantes entre el nivel territorial y el nivel nacional**
Una normatividad compleja, cambiante y poco vinculada a las realidades de los territorios
- **Condiciones estructurales en los territorios** que hacen urgente facilitar las condiciones para ejercer las FESP (violencia, pobreza).
- **Perciben** a las Universidades alejadas e indiferentes
- **Las ONG internacionales**, no solamente están descoordinadas sino que crean nuevos problemas
- **Evaluaciones previas a la pandemia** indican una debilidad estructural de la autoridad sanitaria.



Repensar la Dimensión de Conducción sectorial

- Colombia reclama una transformación de fondo.
- Renovar la Ley de competencias y recursos (Ley 715 de 2001) y transformar la estructura del Estado a nivel territorial
- Implementar modelos regionalizados de gestión en salud pública.
- Cumplir el mandato del Art. 366 de la Constitución Política del 1991.

Artículo 366. El bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son finalidades sociales del Estado. Será objetivo fundamental de su actividad la solución de las necesidades insatisfechas de salud, de educación, de saneamiento ambiental y de agua potable.





Consensos para la Transformación del Sistema de Salud en Colombia

formulados por la Mesa Antioquia



Modelo de atención fundado en APS con plena participación, ajustado a las necesidades de personas, familias y comunidades.



Interdisciplinariedad - intersectorialidad para abordar determinantes de la salud.



Planificación y gestión adecuadas a necesidades espacio-poblacionales
Implementar el plan nacional de salud rural integral



Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud con capacidad rectora y orientadora



Consensos para la Transformación del Sistema de Salud en Colombia

formulados por la Mesa Antioquia



Fortalecimiento de las Dimensiones de la Función rectora de la Autoridad Sanitaria



Plan decenal de Salud Pública 2022-2031

¿Su implementación?

Adopción del PDSP

Comisión intersectorial

2023: FASE DE APRESTAMIENTO... TRANSICIÓN



https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%3b3n%20No.%201035%20de%2022.pdf



https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%20No.%201005%20de%202022.pdf

La propuesta

Aportes al modelo preventivo y predictivo

Unas primeras respuestas - 1



La propuesta

Aportes al modelo preventivo y predictivo

Unas primeras respuestas - 2



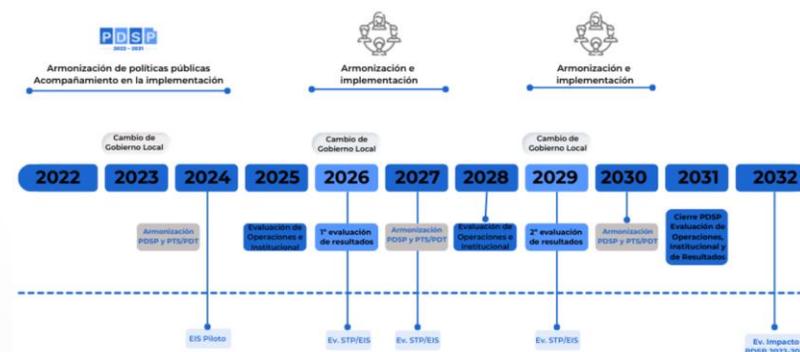
1 Armonizar planes de desarrollo con los planes territoriales de Salud Pública

2 Sincronizar la propuesta con el horizonte temporal del PDSP 2022-2031

3 Visibilizar el Enfoque diferencial en los ASIS y los Planes Territoriales de Salud Pública

Interseccionalidad

<https://www.dssa.gov.co/index.php/versiones>



<https://www.youtube.com/watch?v=CzMT4z7orv8&t=47s>



<https://www.youtube.com/watch?v=fA1wyx0bhvc&t=1s>

Modelos regionalizados de gestión en Salud Pública



Fuente: elaboración propia

Plan de acción

Objetivo 1. Determinar las capacidades presentes

Descripción de la nueva estructura y competencias de las secretarías, para cumplir con la Ley 715 de 2001 y la resolución 518 de 2015.

1

Caracterización del equipo técnico de las secretarías y de los líderes sociales departamentales.

2

Competencias para las funciones esenciales de la salud pública renovadas y los procesos de gestión de la salud pública

3

Experiencias exitosas y limitaciones de las secretarías participantes.

4

Implementación de la estrategia de capacitación de los integrantes de los equipos técnicos de las secretarías y los líderes sociales

5

Plan de acción

Objetivo 2.

Modelos regionalizados de gestión de la salud pública

Metodologías estandarizadas de **inteligencia sanitaria** para la toma de decisiones en tiempo real
Salud pública digital

6

Mesas de análisis situacional lideradas por el ente territorial para una gestión de sus decisiones en salud pública.

7

Apropiación social del conocimiento mediante el fortalecimiento de la participación social y ciudadana.

8

Procesos de formación continua a los servidores públicos departamentales y municipales

9

Capacidad territorial fortalecida para atender los eventos prioritizados en salud pública.

10

Capacidad resolutiva

APS y tecnologías de la
información y comunicación



Ruta para mejorar la capacidad resolutiva:



Competencias
garantizadas para la contratación del talento humano



Infraestructura
de centros y puestos con equipos móviles de tipo aéreo, fluvial y terrestre.

Tecnologías
y soporte de medicamentos e insumos estratégicos cerca a los microterritorios.



Telesalud
familiar y comunitaria.

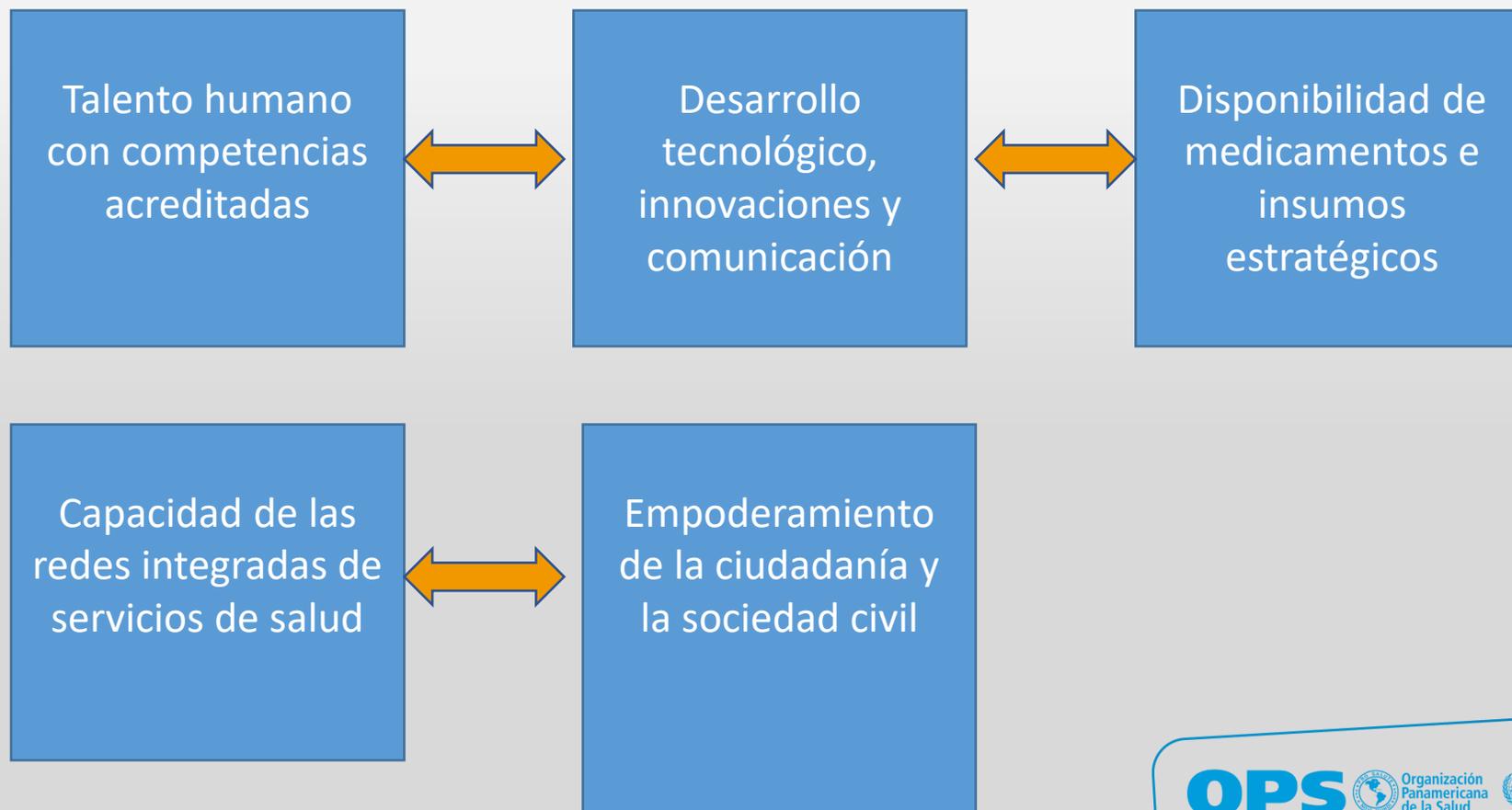
Estimular

la conformación de redes integrales e integradas de servicios y con un crecimiento progresivo de equipos inter profesionales de salud.



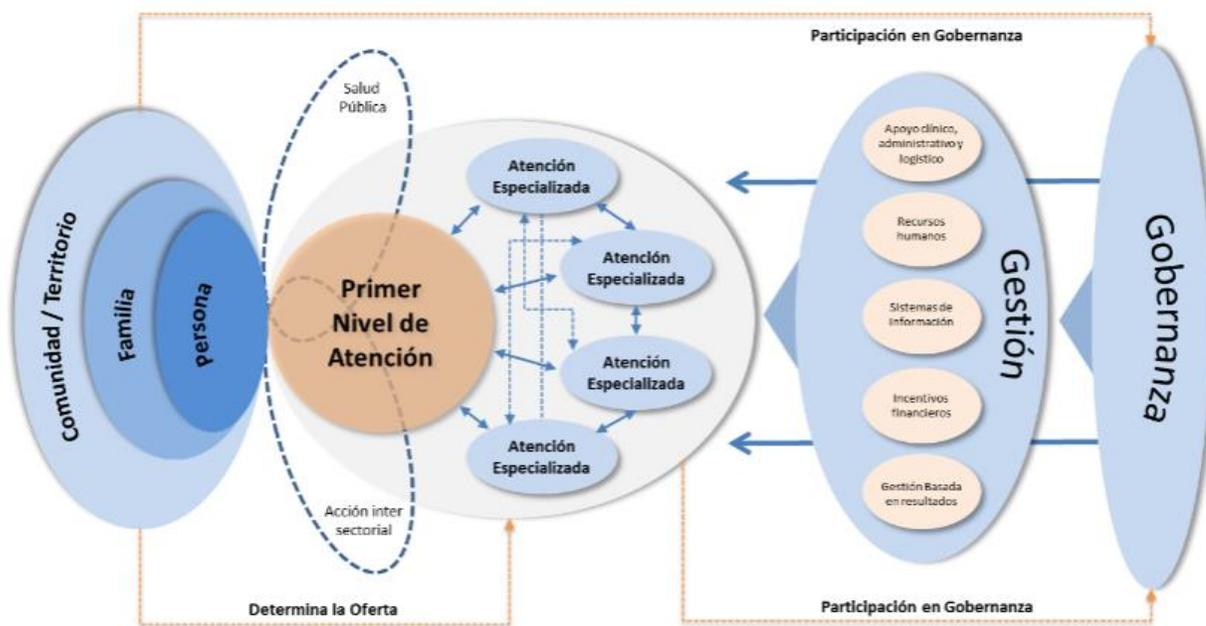
Primer nivel de atención

Capacidad resolutiva



Revisión de la literatura

Figura 1: Redes integradas de Servicios de Salud.



(Fuente: Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Washington, D.C.: OPS, 2010)

Atributos de la Atención Primaria:

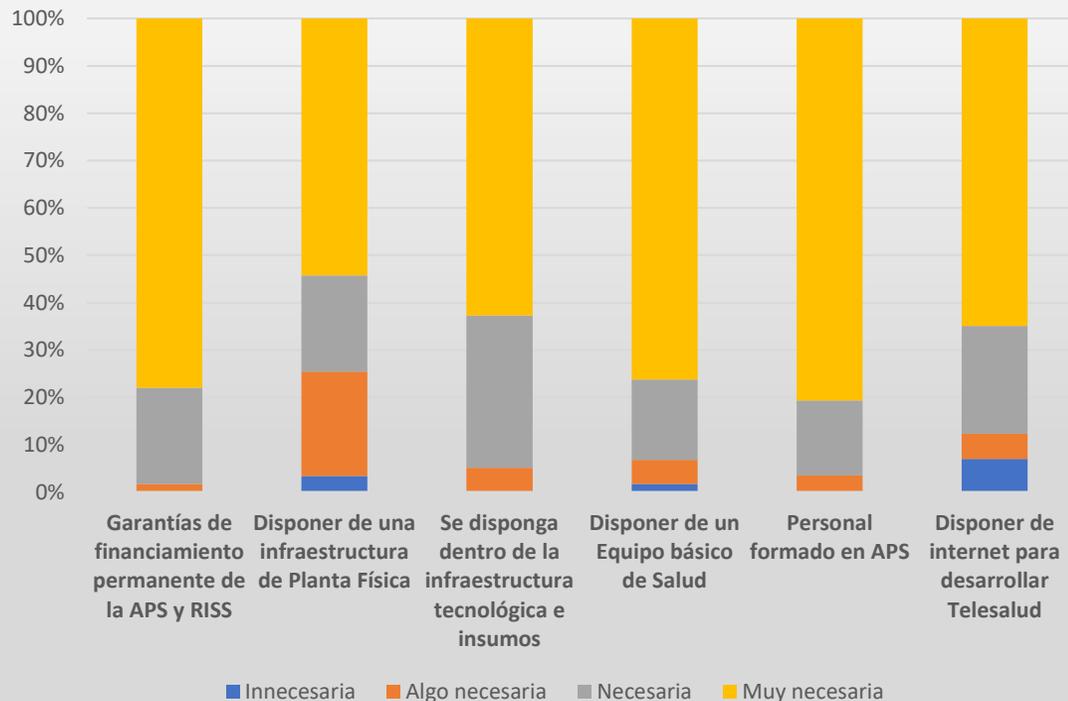
1. Accesibilidad
2. Coordinación
3. Integralidad
4. Longitudinalidad

Continuo de Salud y Enfermedad:

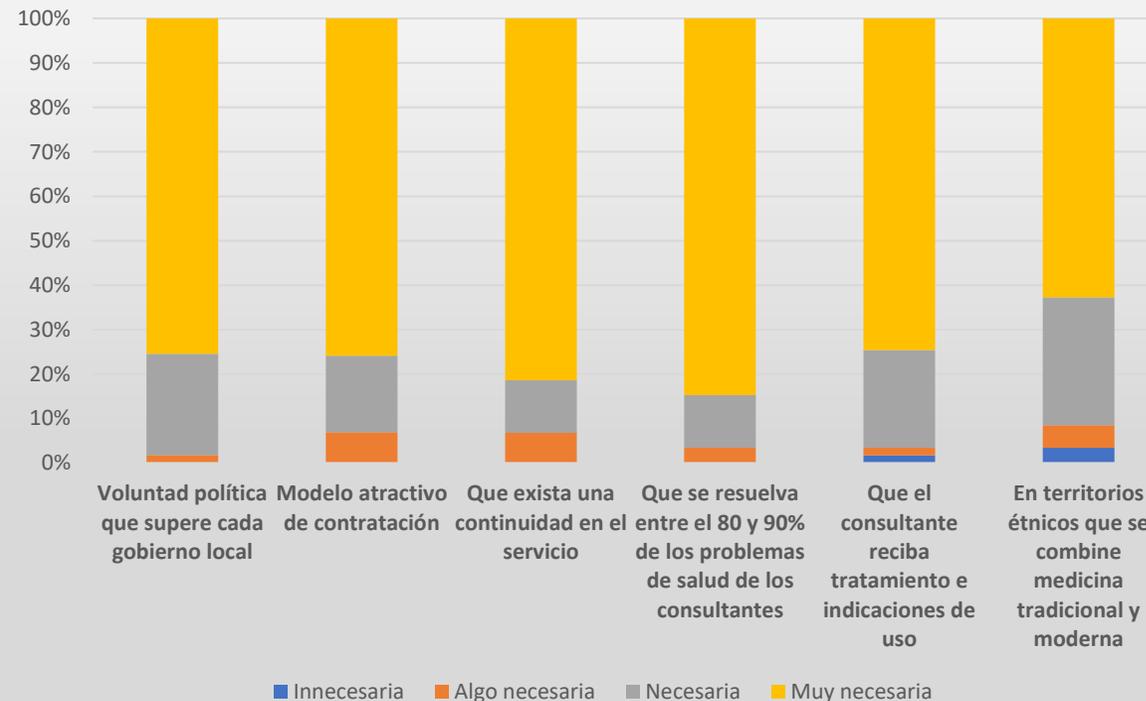
1. Promoción de la Salud
2. Prevención de la Enfermedad
 1. Primordial,
 2. Clásicos: primaria, secundaria y terciaria
 3. Cuaternaria.

Encuestas

Características para implementar la Atención Primaria 1 (n=59)

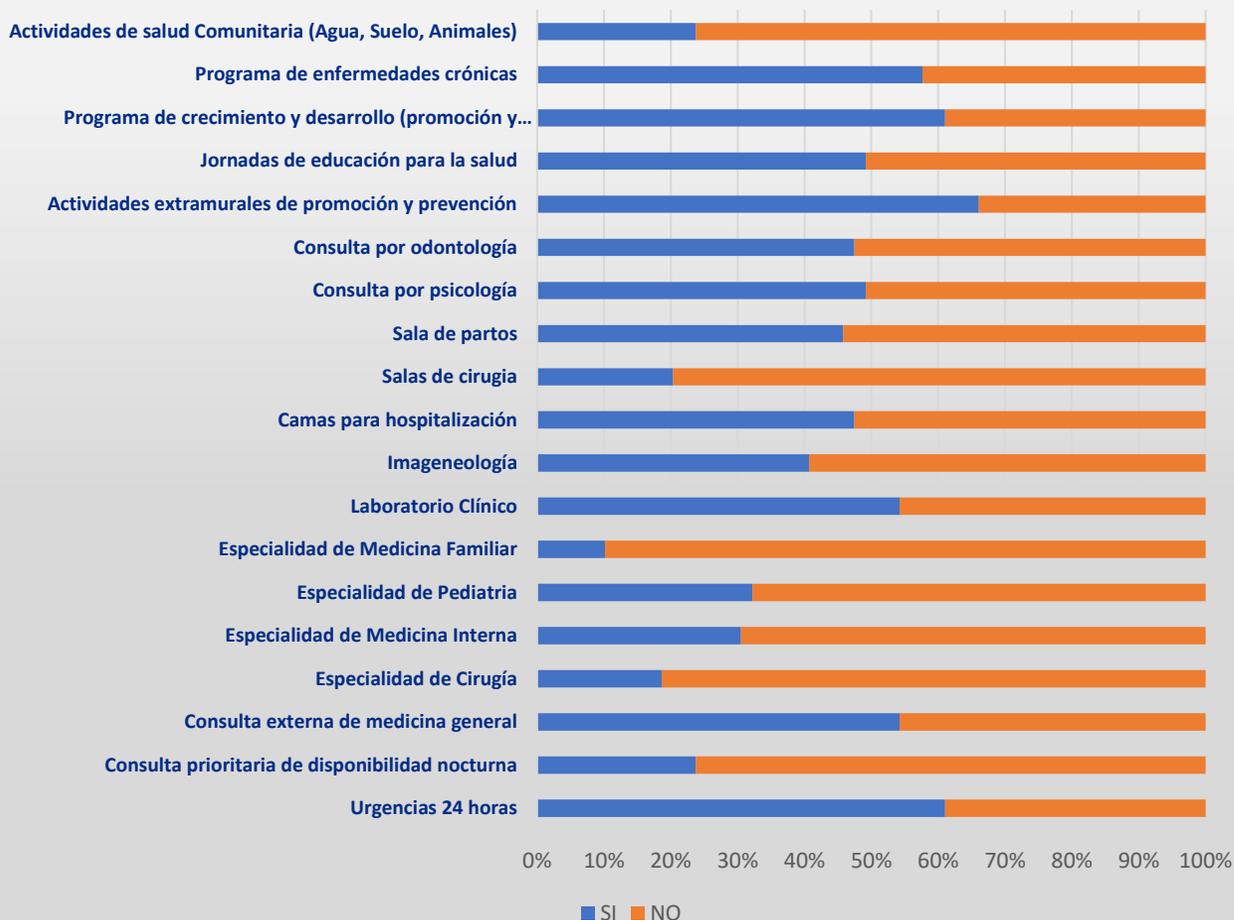


Características para implementar la Atención Primaria 2 (n=59)



Encuesta y Entrevistas

Servicios de APS que ofrece el territorio (n=59)



Octubre de 2022 (n=10), Cundinamarca.

1. Persistencia de barreras de acceso en zonas rurales.
2. Importancia de la telemedicina en la Pandemia.
3. Beneficios de la telemedicina para las enfermedades crónicas.
4. Problemas de conexión en zonas rurales
5. Limitaciones (por habilitación y por los costos) para continuar con la telemedicina después de la pandemia.

Recomendaciones

Favorecer el incremento del conocimiento y comprensión de la Atención Primaria renovada en todo el país, incluyendo a la comunidad desde una orientación hacia la comunidad (APOC) y con base en modelos de redes integradas (RISS)

Construir una estrategia nacional para avanzar en la conformación de redes de servicios de salud con actores públicos y privados, y dar tratamiento especial a los hospitales públicos, centros y puestos de salud, como parte del primer nivel de atención. (PNA)

La telesalud es una modalidad de atención que ha demostrado beneficios para la prestación de servicios en zonas apartadas y para superar barreras de acceso.

Mejorar la formación de los médicos con mayores competencias en Atención Primaria, y en Salud familiar y Comunitaria

Flexibilizar la normativa de habilitación para servicios de salud prioritarios (medicina general, especialidades básicas y telemedicina)

Recomendaciones

Modificar la normativa para ampliar el campo de acción y las competencias de los médicos de Atención Primaria y otros profesionales

El médico de Atención Primaria y los otros profesionales de la salud se deben formar en comunidad (territorios-escuela)

Los especialistas en medicina familiar y los profesionales en enfermería deberían ser quienes lideren los servicios y acciones en el primer nivel de atención.

Promover la sensibilización, pero también mejorar los incentivos, para que los profesionales de la salud trabajen en zonas apartadas, mejorando condiciones de contratación, estabilidad y promoción de su rol profesional.

Avanzar en la integración de la gestión de riesgo individual y colectivo en cada microregion o territorio, dándole especial atención al rol de promotores, comadronas, agentes comunitarios, médicos, enfermería y otras profesiones.

Gestión descentralizada de salud pública para territorios prioritarios de la OPS/OMS

Equipos interdisciplinarios

Estrategia innovadora de capacitación y educación.



OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud



**ALIANZA
CADEMICA
NACIONAL**
Presente y futuro de la Salud Pública

Justificación

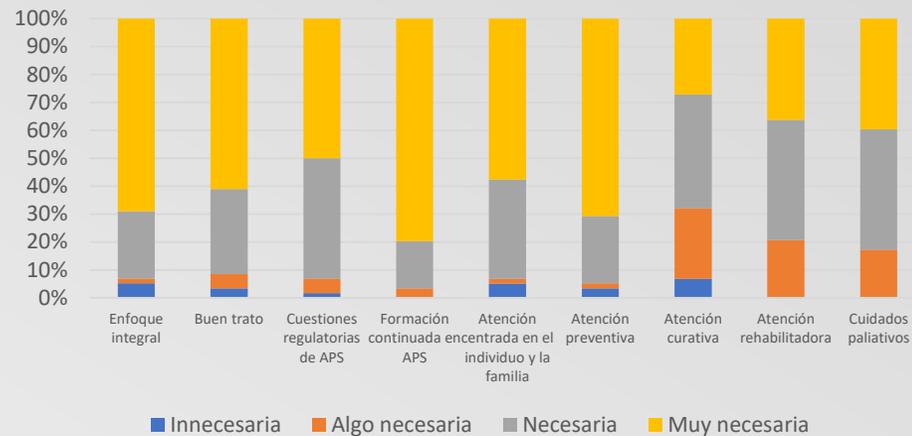
El problema a resolver en proceso de capacitación y formación a gran escala énfasis en la apuesta a crecimiento progresivo y acelerado para formación de equipos interdisciplinarios de salud.

Experiencias de APS en Colombia

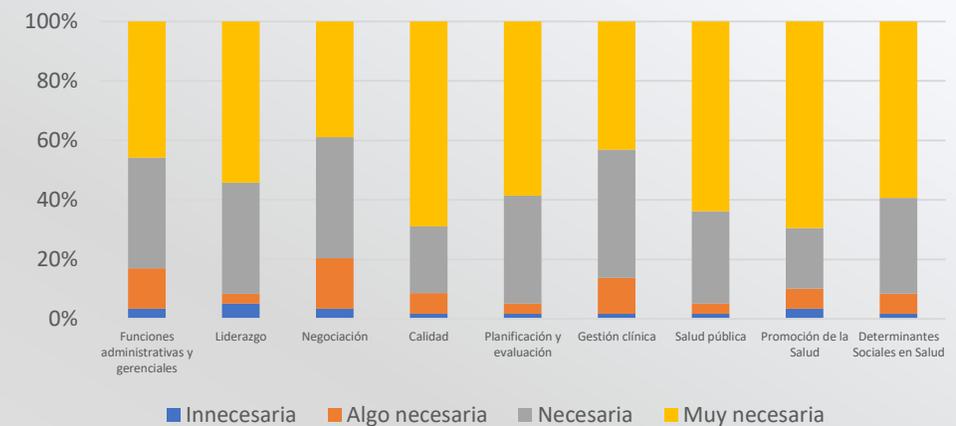


Encuestas sobre necesidades de formación en APS

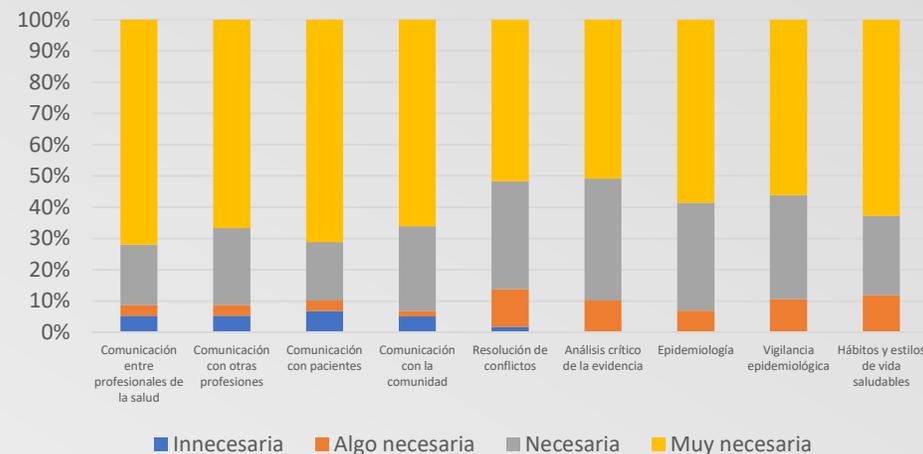
Necesidades de formación en Atención Primaria 1 (n=59)



Necesidades de formación en Atención Primaria 3 (n=59)



Necesidades de formación en Atención Primaria 2 (n=59)



Revisión de la literatura

Elementos formativos en Atención Primaria en Salud para Colombia (2012-2019)

Salud y Atención Primaria

Determinantes Sociales y Atención Primaria

Redes Integradas

Atención Primaria en Colombia

Gestión del cambio

Atención Primaria y Covid-19 en Colombia, 2021 (pandemia y postpandemia):

Salud comunitaria

Telemedicina y telesalud

Salud mental

Propuesta innovadora para la formación de equipos multidisciplinarios.



Formación en 3 Dimensiones (3D):

1. Longitudinal:

1. Nivel profesional
2. Nivel técnico y auxiliar
3. Líderes comunitarios

2. Transversal:

1. Capacidad instalada
2. Necesidades de formación

3. Diagonal:

- Comunicación, Liderazgo, Trabajo en equipo, Negociación, Resolución de conflictos, Salud intercultural, y Gestión del cambio

Metodología y propuesta pedagógica para la formación de equipos interprofesionales y propuesta para los médicos del servicio social obligatorio.



Recomendaciones



Se debe implementar un proceso de formación masivo en Atención Primaria en Salud para Colombia en distintos niveles:

1. Profesionales de la salud (médicos y otros profesionales)
2. Personal técnico y auxiliar
3. Líderes comunitarios.



En este proceso de formación se deben incluir a profesores las instituciones formadoras de recursos humanos en salud.



El Campus Virtual de Salud Pública de la OPS tiene cursos disponibles para Colombia:

1. Diplomado en Atención Primaria y Redes Integradas (120 hr)
2. Diplomado en Equidad y Determinantes Sociales (120 hr)
3. Diplomado en Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad (120 hr)
4. Curso en salud mental y atención primaria (mhGAP) (80 hr)
5. Diplomado en Gestión Comunitaria en Atención Primaria (120 hr)

Recomendaciones



Se debe diseñar un proceso de formación permanente de certificación y recertificación en temas generales y específicos de Atención Primaria.



Incorporar como competencia transversal a las profesiones de la salud el eje de Atención Primaria.
Proyectar un plan nacional de educación permanente con acreditación progresiva y validez curricular.



Por ejemplo, temas para un Desarrollo profesional permanente en salud (DPPS) a nivel profesional:

- Derecho a la salud
- Salud familiar y comunitaria
- Normativa en salud pública
- Educación en salud
- Educación interprofesional
- Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)
- Atención domiciliaria
- Entre otros

Costo del Talento Humano

Servicios incluidos en la Rutas Integrales de Atención de la Resolución 3280 de 2018



Marco de referencia para el diseño

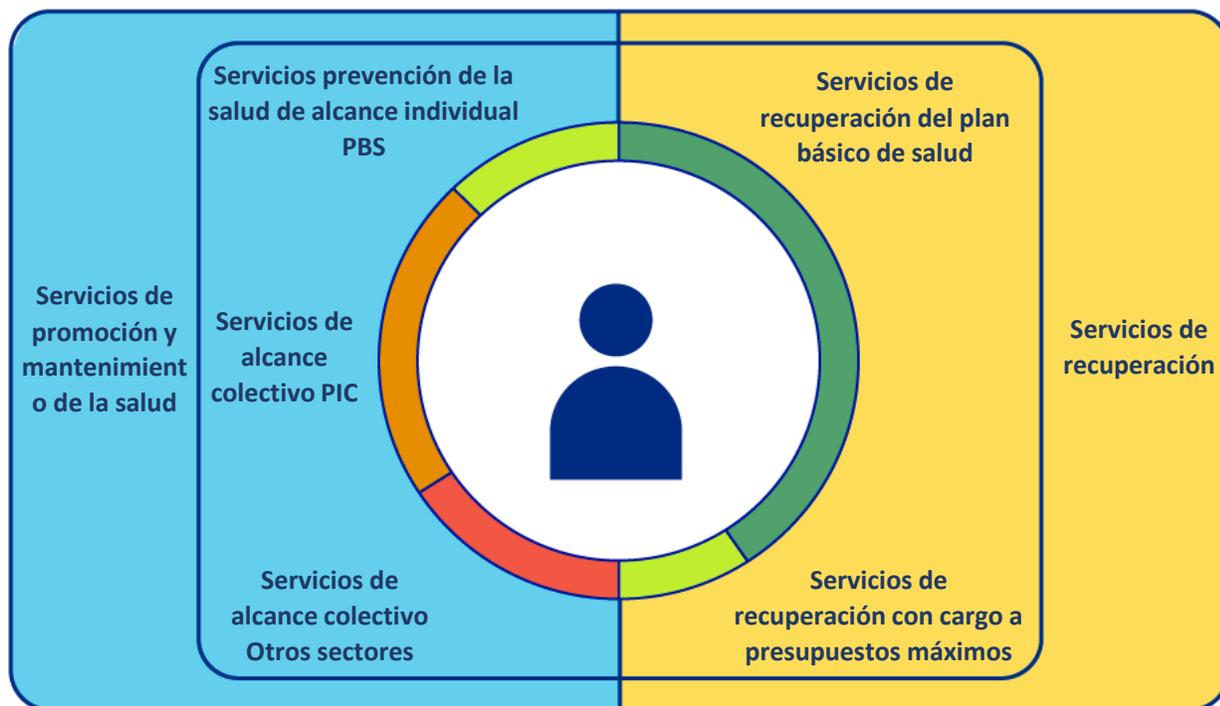
La estimación se realizó teniendo en cuenta el marco normativo vigente sobre la atención a la población según lo establecido en la Resolución 3280 de 2018 que precisa los servicios incluidos en las rutas de promoción y mantenimiento de la salud y la ruta para la atención del riesgo obstétrico y perinatal.

La norma establece los servicios y su frecuencia en los diferentes momentos del ciclo vital y en las diferentes etapas de la gestación y atención del recién nacido.

Se adelantaron los cálculos con énfasis en la definición y cuantificación de los perfiles de los trabajadores en salud involucrados en la atención de la población objeto de intervención según la norma vigente.

De igual forma se relacionarán los supuestos que se utilizaron para los cálculos de la nota técnica correspondiente.

Marco de referencia para el diseño



Teniendo en cuenta el modelo actual la estructura del financiamiento está relacionada con la forma en que se plantea el cubrimiento de los servicios que se deben prestar para garantizar la salud de las personas.

En el sistema colombiano los servicios de promoción y mantenimiento deben asegurar la detección precoz con las estrategias de Atención Primaria en Salud correspondientes armonizándose con la gestoría del riesgo que favorece el control de grupos de riesgos con guías validadas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Este nivel incluye de esta forma la capacidad de resolver la mayor parte de la demanda de servicios de recuperación para descongestionar los niveles de atención superiores.

Fuente: Valencia. 2022.

Exclusiones

En la propuesta no se incluyen los servicios que no están definidos en la resolución 3280 de 2018. Tampoco se incluyen los relacionados con procedimientos intramurales diferentes a las consultas o actividades educativas individuales o grupales ejecutadas por los equipos de salud. La propuesta no incluye los gastos sobre apoyo logístico que soportan la operación

Se precisaron 5 unidades territoriales municipales con distribuciones diferentes de área de procedencia: (1) 18753_San Vicente Del Caguán (Caquetá); (2) 18756_Solano (Caquetá); (3) 52001_Pasto (Nariño); (4) 52835_San Andrés De Tumaco (Nariño); (5) 91001_Leticia (Amazonas)

Se organizaron dos guías con los servicios dirigidos a ambos grupos de interés. Se trabajaron dos guías porque la primera se preparó para el área urbana en la que no hay dificultades en el reclutamiento de los perfiles y la segunda se preparó para el área rural concentrando los servicios profesionales en el médico y la enfermera. Ambas están incluidas en la Nota Técnica.

En ambas guías se incluye el perfil de Gestor comunitario como talento humano que se encarga de apoyar la demanda inducida y la educación grupal, así como la función de contacto entre el equipo de salud y la comunidad.

Se concertaron supuestos sobre (1) tiempos de prestación de servicios, de gestión administrativa, de gestión relacionada con el entrenamiento de los equipos y gestión relacionada con imprevistos e incapacidades; (2) distribución del trabajo intramural y extramural ajustado por área de residencia; (3) gestión relacionada con la educación grupal incluyendo perfiles, cantidad de personas, cantidad de ciclos y de jornadas por ciclo vital; (4) Asignaciones salariales incluyendo las prestaciones y la seguridad social

Supuestos de la Nota técnica

Supuestos de la Nota técnica

No.	Concepto	Valor	Unidad
1	Meses año	12	Mes
2	días hábiles año	255	Días
3	Tiempo vacaciones	15	días hábiles/año
4	Minutos hora	60	minutos
5	Tiempo completo RH	192	Horas/mes
6	Horas por día	8	Horas
7	Horas de la semana	48	Horas
8	Consulta inicial (Tiempo)	30	minutos
9	Consulta seguimiento (Tiempo)	20	minutos
10	Visita domiciliaria para caracterización inicial	50	minutos
11	Visita domiciliaria para caracterización seguimiento y Demanda Inducida	30	minutos
12	Tiempo Demanda Inducida (Llamada telefónica)	10	minutos
13	Cantidad de llamadas D. Inducida	3	llamadas
14	Tiempo actividad educativa grupal directa	90	minutos
15	Cantidad de personas que reciben actividad educativa grupal	15	personas
16	Tiempo de preparación y convocatoria de actividad educativa grupal	16	Horas
17	Tiempo de auditoría de una historia clínica	25	minutos
18	% de Registros clínicos para auditoría	15%	Porcentaje
19	Tiempo administrativo RH operativo	9%	Porcentaje
20	Tiempo entrenamiento RH operativo, táctico y estratégico	6%	Porcentaje
21	Tiempo administrativo RH táctico / operativo (Enfermeras Profesionales)	40%	Porcentaje
22	Tiempo imprevistos e incapacidades	8	días hábiles/año
23	Tiempo adicional por servicio (desplazamiento) Zona Urbana	10	minutos
24	Tiempo adicional por servicio (desplazamiento) Zona Rural centro poblado	20	minutos
25	Tiempo adicional por servicio (desplazamiento) Zona Rural dispersa	40	minutos
26	Proporción atención domiciliaria Urb (con relación al total de la población)	10%	Porcentaje
27	Proporción atención domiciliaria Rur CP (con relación al total de la población)	30%	Porcentaje
28	Proporción atención domiciliaria Rur D (con relación al total de la población)	70%	Porcentaje

Supuestos de la Nota técnica

No.	Concepto	Valor	Unidad
29	Gastos adicionales por desplazamiento Urb (Transporte)	10%	Porcentaje
30	Gastos adicionales por desplazamiento Rur CP(Transporte)	20%	Porcentaje
31	Gastos adicionales por desplazamiento Rur D (Transporte)	40%	Porcentaje
32	Factor salarial para pasivo y aportes de seguridad social	40,26%	Porcentaje
33	Salario mínimo	1.000.000	Pesos
34	Subsidio de transporte básico	117.172	pesos
35	Asignación proyectada según el salario mínimo del Médico general	4	N/A
36	Asignación proyectada según el salario mínimo del Médico especialista	9	N/A
37	Asignación proyectada según el salario mínimo del Odontología	4	N/A
38	Asignación proyectada según el salario mínimo del Auditor	4,5	N/A
39	Asignación proyectada según el salario mínimo del Enfermería profesional	3	N/A
40	Asignación proyectada según el salario mínimo del Nutricionista	3	N/A
41	Asignación proyectada según el salario mínimo del Psicología	3	N/A
42	Asignación proyectada según el salario mínimo del Fisioterapeuta	3	N/A
43	Asignación proyectada según el salario mínimo del Trabajador Social	3	N/A
44	Asignación proyectada según el salario mínimo del Auxiliar enfermería	1,8	N/A
45	Asignación proyectada según el salario mínimo del Técnico en auxiliar Salud Oral	1,8	N/A
46	Asignación proyectada según el salario mínimo del Promotor de salud	1,8	N/A
47	Asignación proyectada según el salario mínimo del Gestor comunitario	1,5	N/A
48	UPC Subsidiado	964.807	pesos
49	UPC Contributivo	1.109.221	pesos
50	Tasa de fecundidad general (2021) (NV/1000 MEF) DANE	45,4	nacimientos / MEF
51	% fracaso de la consulta preconcepcional	20%	Porcentaje
52	% éxito de la consulta preconcepcional	80%	Porcentaje
53	% Esperado de seguimiento adicional al control 1 de c. preconcepcional	25%	Porcentaje
54	% Esperado de seguimiento adicional por especialista al control 2 por m. general	10%	Porcentaje
55	% esperado de demanda espontanea de IVE (Se sugiere % Abortos por año)	5%	Porcentaje
56	Tasa de fecundidad general (2021) (NV/1000 MEF) DANE agregando IVE	47,8	embarazos / MEF
57	% esperado de frecuencia de solicitud de eco trasvaginal en IVE	5%	Porcentaje
58	% esperado de frecuencia de solicitud de fracción Beta GCH en IVE	5%	Porcentaje
59	% esperado de nulíparas para CPN	15%	Porcentaje
60	Consultas para CPN nulíparas	7	consultas
61	Consultas para CPN múltiparas	10	consultas

Supuestos de la Nota técnica

No.	Concepto	Valor	Unidad
62	Tiempo para atención de parto	24	horas
63	% de Partos sin CPN	5%	Porcentaje
64	% de Partos en primer nivel	80%	Porcentaje
65	Tiempo para atención del puerperio inmediato	48	horas
66	% esperado de emergencias obstétricas (Hemorragia, HIE y sepsis)	4%	Porcentaje
67	% esperado de RN con complicaciones al nacimiento	5%	Porcentaje
68	% Anemia en menor de 2 años	10%	Porcentaje
69	% Relaciones sexuales sin protección (>12a)	10%	Porcentaje
70	% antecedente de transfusiones entre 22 y 50 años	5%	Porcentaje
71	% Positividad de pruebas de embarazo	40%	Porcentaje
72	% RCV de 18 a 28 años ponderado por nivel de riesgo	10%	Porcentaje
73	% de RRHH administrativo estratégico (Con relación al RH misional)	2%	Porcentaje
74	% de RRHH administrativo táctico (Con relación al RH misional)	5%	Porcentaje
75	% de RRHH administrativo Operativo (Con relación al RH misional)	10%	Porcentaje
76	Asignación proyectada según el salario mínimo del RRHH administrativo estratégico	9	N/A
77	Asignación proyectada según el salario mínimo del RRHH administrativo táctico	3,5	N/A
78	Asignación proyectada según el salario mínimo del RRHH administrativo Operativo	1,4	N/A
79	Densidad Familiar	2,97	Personas por hogar
80	Cantidad de grupos definidos en primera infancia	14	Grupos
81	Cantidad de grupos definidos en infancia	6	Grupos
82	Cantidad de grupos definidos en adolescencia	6	Grupos
83	Cantidad de grupos definidos en juventud	11	Grupos
84	Cantidad de grupos definidos en adultez	7	Grupos
85	Cantidad de grupos definidos en vejez	8	Grupos
86	Cantidad de ciclos educativos por momento de curso de vida	2	Ciclos
87	Cantidad de sesiones por ciclo educativo en primera infancia (Distribuido en el equipo)	4	Sesiones/año
88	Cantidad de sesiones por ciclo educativo en infancia (Distribuido en el equipo)	4	Sesiones/año
89	Cantidad de sesiones por ciclo educativo en adolescencia (Distribuido en el equipo)	4	Sesiones/año
90	Cantidad de sesiones por ciclo educativo en juventud (Distribuido en el equipo)	3	Sesiones/año
91	Cantidad de sesiones por ciclo educativo en adultez (Distribuido en el equipo)	3	Sesiones/año
92	Cantidad de sesiones por ciclo educativo en vejez (Distribuido en el equipo)	3	Sesiones/año

Metodología

Para la elaboración de la Nota técnica se organizó una hoja de cálculo para cada uno de los cinco municipios, cada hoja de cálculo cierra con las frecuencias de los servicios y los tiempos estimados para que el talento humano pueda ejecutarlos según la programación. Las cinco hojas de cálculo se suman para obtener un estimado de la totalidad de lo que se necesita para esta formulación del proyecto.



Resumen de la nota técnica

Fuente: Nota técnica equipo Objetivo 4. 2022

No.	Perfiles	TOTAL Horas mes sin Promotores de salud	TOTAL horas VISITAS FAMILIARES	Horas mes por perfil	Tiempo administrativo RH operativo	Tiempo entrenamiento RH operativo, táctico y estratégico	Tiempo administrativo RH táctico / operativo (Enfermeras Profesionales)	Cantidad de RRHH por perfil sin vacaciones ni imprevistos	Tiempo vacaciones en horas proporcional por mes	Tiempo imprevistos e incapacidades en horas proporcional por mes	Cantidad de RRHH por perfil con vacaciones e imprevistos	Asignación Salarial mensual por cada Trabajador	Asignación mensual de la totalidad de Trabajadores	Cantidad de afiliados por cada tipo de trabajador del equipo 3280			
RRHH	Perfiles	Misional	1	Médico general	73352,2	0,0	73352,2	6602	4401		439,3	4393	2343	474,4	5.610.240	2.661.700.256	1.618
			2	Médico especialista GO	869,9	0,0	869,9	78	52		5,2	52	28	5,6	12.623.040	71.021.441	136.466
			3	Médico especialista Pediatría	837,7	0,0	837,7	75	50		5,0	50	27	5,4	12.623.040	68.390.325	141.716
			4	Odontología	60868,9	0,0	60868,9	5478	3652		364,6	3646	1944	393,7	5.610.240	2.208.723.375	1.950
			5	Auditor	7775,8	0,0	7775,8	700	467		46,6	466	248	50,3	6.311.520	317.428.136	15.266
			6	Enfermería profesional	53955,2	0,0	53955,2		3237	21582	410,3	4103	2188	443,0	4.207.680	1.864.212.356	1.733
			7	Nutricionista	2009,4	0,0	2009,4	181	121		12,0	120	64	13,0	4.207.680	54.684.584	59.078
			8	Psicología	1698,9	0,0	1698,9	153	102		10,2	102	54	11,0	4.207.680	46.235.142	69.875
			9	Fisioterapeuta	1126,6	0,0	1126,6	101	68		6,7	67	36	7,3	4.207.680	30.660.642	105.369
			10	Trabajador Social	1501,4	0,0	1501,4	135	90		9,0	90	48	9,7	4.207.680	40.861.327	79.064
			11	Auxiliar enfermería	36648,2	0,0	36648,2	3298	2199		219,5	2195	1171	237,0	2.524.608	598.426.197	3.239
			12	Auxiliar Salud Oral	51740,5	0,0	51740,5	4657	3104		309,9	3099	1653	334,7	2.524.608	844.868.895	2.294
			13	Promotor de salud	9047,9	59653,3	68701,2	6183	4122		411,5	4115	2195	444,4	2.524.608	1.121.818.452	1.728
			14	Gestor comunitario	45648,2	0,0	45648,2	4108	2739		273,4	2734	1458	295,2	2.103.840	621.156.607	2.601
		Total por servicio o momento de	347081	59653	406734	31750	24404	21582	2523	25233	13458	2725		10.550.187.736	83,0%		
	Apoyo	15	RRHH administrativo estratégico			10463		628		58	578	308	62	12.623.040	787.395.125		
		16	RRHH administrativo táctico			26158		1569		144	1444	770	156	4.908.960	765.537.671		
17		RRHH administrativo Operativo			52316		3139		289	2888	1540	312	1.963.584	612.430.137			
	total Apoyo			88937		5336		491	4910	2619	530		2.165.362.933	17,0%			
													Valor nómina mes	12.715.550.669			
													Valor nómina año	152.586.608.028			
													Cantidad de afiliados	767.805			
													Valor por afiliado	198.731			
													% UPC Subsidiado	20,6%			
													% UPC contributivo	17,9%			

La financiación de la Resolución 3280 de 2018 proviene de la fracción de la UPC destinada para estos servicios incluidos en el Plan Básico de Salud.

Otra potencial fuente son los recursos del Plan de Intervenciones Colectivas que pueden financiar a los Gestores Comunitarios

Estimación financiera sobre el costo del Talento Humano para prestar los servicios incluidos en la Rutas Integrales de Atención de la Resolución 3280 de 2018

SERVICIOS	Cantidad de Talento Humano por Municipio y Total					Total Talento Humano
	18753_ San Vicente del Caguán	18756_ Solano	52001_ Pasto	52835_ San Andrés de Tumaco	91001_ Leticia	
Médico general	31,5	6,6	246,9	158,7	30,9	474,4
Médico especialista GO	0,3	0,0	3,8	1,1	0,4	5,6
Médico especialista Pediatría	0,3	0,0	3,6	1,0	0,4	5,4
Odontología	29,9	7,0	193,4	141,3	22,2	393,7
Auditor	3,7	0,9	24,2	18,6	3,0	50,3
Enfermería profesional	32,1	7,1	220,3	154,3	29,4	443,0
Nutricionista	0,7	0,1	8,7	2,5	1,0	13,0
Psicología	0,6	0,1	7,4	2,1	0,9	11,0
Fisioterapeuta	0,4	0,0	4,9	1,4	0,6	7,3
Trabajador Social	0,5	0,1	6,5	1,8	0,8	9,7
Auxiliar enfermería	22,9	6,2	92,2	104,7	11,0	237,0
Auxiliar Salud Oral	25,7	6,1	163,0	121,6	18,3	334,7
Promotor de salud	33,7	8,1	209,6	160,6	32,4	444,4
Gestor comunitario	27,0	7,1	122,0	124,3	14,9	295,2
Total por servicio o momento de atención	182,2	49,2	1.306,6	993,9	166,2	2.724,8
RRHH administrativo estratégico	4,2	1,1	29,9	22,7	3,8	62,4
RRHH administrativo tactico	10,4	2,8	74,8	56,9	9,5	155,9
RRHH administrativo Operativo	20,9	5,6	149,6	113,8	19,0	311,9
Total TH administrativo	35,5	9,6	254,3	193,4	32,3	530,2

Total Población a atender por municipio y general	53.716	11.749	393.010	257.326	52.004	767.805
--	---------------	---------------	----------------	----------------	---------------	----------------

Viabilidad de la propuesta

Teniendo en cuenta que:

La población para atender en los cinco municipios seleccionados son 767.805 personas, según proyecciones DANE para el 2022 (Cuadro 2)

Que esta propuesta solo tiene en cuenta el talento humano que se necesita (Ver Cuadro 2) sin incluir los servicios de apoyo y los gastos relacionados con la logística de la operación,

- Se logra documentar que el valor anual calculado (152.586.608.028 pesos M/Cte), aún con estas exclusiones, representa el **20,6% de la UPC del régimen subsidiado y el 17,9% del régimen contributivo**, situación considerada altamente favorable entendiendo que los servicios incluidos le apuntan a prevenir, detectar de forma precoz y resolver oportunamente los riesgos en salud con más alta incidencia y prevalencia de la población colombiana, **es decir el 80% de lo que debe resolver el sistema actual**.

Mecanismos para la constitución de los equipos de trabajo



1. Analizar la oferta (pública y privada) con que se cuenta en el territorio para la potencial demanda establecida en la Nota Técnica para definir cuáles y cuantos servicios faltaría ajustar en la oferta actual



2. Censar los profesionales y técnicos disponibles en las unidades territoriales y su peso en la capacidad instalada que se necesitaría para la demanda esperada



3. Discriminar al talento humano entre los que ya están vinculados a la Red y los que laboran en otros tipos de prestadores de servicios documentando si los servicios que prestan hacen parte de la R3280-2018



4. Precisar la cantidad y tipo de talento humano que falta reclutar para prestar la totalidad de los servicios



5. Organizar al talento humano por poblaciones asignadas distribuyéndolos según criterios territoriales y no seleccionándoles cohortes de riesgo específicas, se sugiere empezar con el cubrimiento urbano y seguir completando los equipos hasta llegar a la totalidad de la zona rural en 6 meses



6. La distribución deberá tener en cuenta la cantidad de personas a asignar por perfil de talento humano según la nota técnica

Mecanismos para la constitución de los equipos de trabajo



7. En el reclutamiento del talento humano deberá tenerse en cuenta:

- En lo posible **utilizar talento humano de las unidades territoriales** a atender
- Su **disponibilidad para trasladarse a zonas rurales** dispersas por varios días
- **El perfil de trato humanizado asegurado** por la capacidad de atender a personas pobres vulnerables con enfoque de género
- Su **capacidad de educar** a las personas de la comunidad
- **Si hay etnias de interés asegurar** que entre los gestores se seleccionen de forma que sirvan para transmitir la información, realizar la educación y comunicar la información relacionada con la conservación de la salud por ciclo vital y por condición de riesgo obstétrico y perinatal



8. Organizar las guías educativas para la actualización y formación del talento humano según perfil, servicios y cohortes de interés a atender



9. Evaluar el desempeño de forma trimestral e incluir: (1) el éxito de su formación, (2) la ejecución de la programación según la Nota Técnica y (3) el éxito en los logros en salud

Servicios complementarios y apoyo logístico

SERVICIOS	Cantidad de Talento Humano por Municipio y Total					Total Talento Humano
	18753_ San Vicente del Caguán	18756_ Solano	52001_ Pasto	52835_ San Andrés de Tumaco	91001_ Leticia	
Antígeno superficie hepatitis B	4.637	928	41.325	23.487	4.481	74.858
Prueba Rápida para Hepatitis C	1.612	309	16.890	8.410	1.514	28.735
Prueba de embarazo	276	55	2.335	1.413	272	4.350
Tamizaje para detección temprana de cáncer de cuello uterino	14.322	2.522	157.168	76.147	13.540	263.700
Mamografía	2.567	422	39.136	15.510	2.360	59.995
Tamizaje ca de próstata (PSA)	1.836	357	19.671	9.159	1.557	32.580
Tamizaje ca de colon (Sangre oculta)	6.253	1.132	82.614	34.778	5.558	130.335
Glicemia en ayunas	15.831	3.057	160.768	80.960	14.754	275.368
Perfil lipídico	13.698	2.623	144.162	70.174	12.635	243.290
Creatinina	13.698	2.623	144.162	70.174	12.635	243.290
Hemoclasificación	2.808	571	21.855	14.193	2.788	42.214
Hematocrito y Hemoglobina	1.587	357	9.504	7.601	1.609	20.658
Hemograma	2.882	586	22.434	14.570	2.862	43.334
Hemoparásitos (en zonas endémicas)	1.517	309	11.809	7.670	1.507	22.811
IgG G toxoplasma	1.490	303	11.598	7.533	1.480	22.404
IgG M toxoplasma	643	131	5.008	3.253	639	9.674
IgG G rubéola	1.490	303	11.598	7.533	1.480	22.404
IgG G varicela	1.490	303	11.598	7.533	1.480	22.404
Prueba treponémica rápida para sífilis	6.521	1.348	54.377	32.761	6.368	101.375
Parcial de orina	14.341	2.754	149.170	73.427	13.274	252.964
Urocultivo con concentración mínima inhibitoria (CMI)	1.490	303	11.598	7.533	1.480	22.404
VIH (prueba rápida), con asesoría pre y pos-test	6.006	1.243	50.370	30.159	5.857	93.635
Ecografía	2.035	414	15.844	10.290	2.021	30.604
Eco transvaginal	37	8	291	189	37	563
Fracciones Beta de gonadotropina coriónica humana	37	8	291	189	37	563
Antibiograma	643	131	5.008	3.253	639	9.674
Tamización para estreptococo del grupo B con cultivo rectal y vaginal	643	131	5.008	3.253	639	9.674
TSH neonatal	542	110	4.218	2.739	538	8.147

- Aunque la propuesta no incluye los valores de procedimientos diferentes a las consultas o actividades educativas definidas en la resolución 3280 de 2018. En el cuadro se relacionan los servicios complementarios adicionales no costeados en la presente propuesta.
- EL apoyo logístico deberá incluir los gastos de mantenimiento de infraestructura, transporte, impuestos, seguros, servicios públicos, también se debe considerar el apoyo necesario del sistema de información y la dotación del talento humano.

Gestión descentralizada de salud pública para territorios prioritarios de la OPS/OMS

Alianza Académica

en el marco de la Responsabilidad Social



OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas



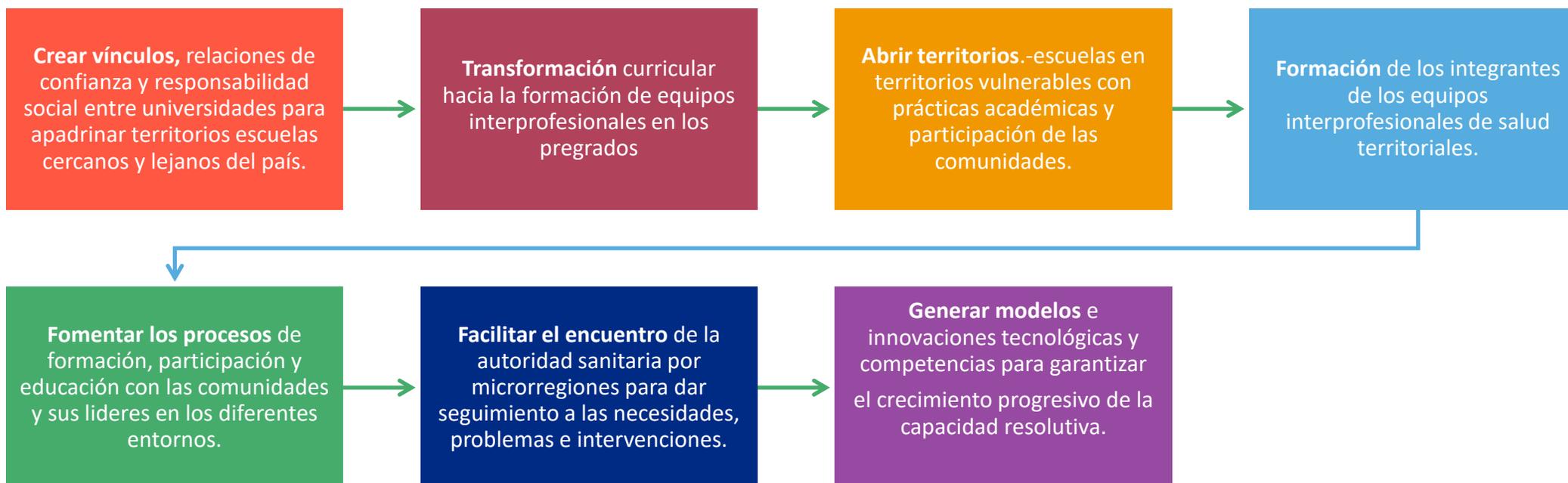
**ALIANZA
CADEMICA
NACIONAL**
Presente y futuro de la Salud Pública

**Fragmentación, comportamiento
competitivo, e incipientes
procesos de alianza solidarias
para lograr objetivos comunes.**

Alianza académica

Ruta del cambio estratégico

Generar una alianza académica nacional basada en los activos presentes para:



Transformación curricular hacia la formación de equipos interprofesionales en los pregrados

- **Dialogo de saberes** entre las diferentes profesiones para innovación en prácticas y desarrollo de problemas interprofesionales.
- **Selección de territorio** escuela (microregiones). De acuerdo a variables como: capacidad geográfica, disponibilidad de recursos.
- **Sensibilización de la comunidad** y establecimientos de acuerdos y compromisos.
- **Sensibilización a los estudiantes** de todas las profesiones para comprender y trabajar con territorios y personas vulnerables.
- **Flexibilización** de las normas de habilitación.

Generar modelos e innovaciones tecnológicas y competencias para garantizar el crecimiento progresivo de la capacidad resolutive.



Diseño y aprobación del modelo de atención para territorios vulnerables.



Definición de infraestructura básica



Escenarios diferenciados de equipos interprofesionales territoriales según complejidad y composición urbano-rural



Estudio de costos para inversión y mantenimiento



Definición de recursos tecnológicos e insumos estratégicos para la capacidad de resolución según necesidades

Propiciar adaptaciones curriculares

para facilitar el trabajo interprofesional y mejorar competencias para mejorar la capacidad resolución en territorios vulnerables

- Decisión institucional de apoyo a la propuesta.
- Sensibilización de directivos y docentes
- **Revisión de planes de estudios** curriculares e identificación de espacios comunes
- **Sensibilización a los estudiantes** de todas las profesiones.
- **Definir las competencias** para todos los profesionales que garanticen su capacidad de resolución.
- **Reflexionar sobre la posibilidad** de abrir el servicio social obligatorio para los médicos como un requisito para ingresar a un segundo y tercer periodo académico de la Residencia de medicina familiar.
- **Aplicación de incentivos** nacionales a universidades inscritas en estos cambios
 - Salarial
 - Intercambio
 - Privilegiar la selección del rural
 - Facilitar el acceso a la formación posgradual

Fomentar los procesos de formación, participación y educación para la salud con las comunidades y sus líderes en los diferentes entornos.

- **Involucrar la comunidad** en los procesos de resolución de problemas relacionados con los determinantes sociales de la salud, calidad de vida y del cuidado del proceso salud-enfermedad teniendo en cuenta la diversidad y la interculturalidad.
- **Interpretación y uso de información** de redes sociales.
- **Uso estratégico de emisoras** comunitarias y televisión regional.
- **Técnicas innovadoras** para promover la protección de la vida
- **Diálogo de saberes** en entornos comunitarios



Gracias