

CAPÍTULO 7

EQUIPO BÁSICO NECESARIO PARA EL DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DE LA APS EN EL MODELO DE TELESALUD



Autores:

Myriam Leonor Torres Pérez

Leonardo Yunda Perlaza

Steve Rodríguez Guerrero

Es necesario tomar en consideración los elementos del capítulo anterior para desarrollar el presente capítulo y para hacer comprensibles los criterios con los que se decidirá, en cada caso, el equipo de Telesalud necesario para apoyar el cumplimiento de la Atención Primaria de Salud.

Antes de describir la metodología que seguiremos y los elementos de apoyo, es necesario enfatizar un poco en la estructura filosófica que define este capítulo: “la resolutivez”.

El objetivo fundamental de la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS), claramente definida en el capítulo 2, tiene una relación definitiva con la resolutivez, es decir lograr resolver las prioridades, sea por canalización, orientación y transporte o por prestación directa del servicio. Es aquí donde la modalidad de Telesalud se presenta como una excelente alternativa para conseguir esa resolutivez.

Cabe recordar que la capacidad resolutivez busca, como todos los elementos de APS, ser un guante que se ajusta a las necesidades específicas de la comunidad, el servicio y el país.

Para ilustrar varios contextos se emplearán los siguientes documentos como referencia: los lineamientos de APS de Bogotá, Valle, y Chocó. En este punto es fundamental revisar textualmente el planteamiento de cada uno de estos territorios, pues la definición específica de prioridades y necesidades tendrá que construirse en cada uno y luego veremos cómo se adaptan los desarrollos tecnológicos y administrativos para satisfacer dichas prioridades y necesidades surgiendo así la resolutivez.

Se inicia con los apartes del libro “Atención Primaria en Salud un camino hacia la equidad” publicado por la Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud, Angulo et al. (2012, p.39-70) que informa:



DESARROLLOS DE LA APS CON ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO

La instalación de la APS en Bogotá se hace con una perspectiva de universalidad de la salud en el largo plazo. En un primer momento, la prioridad es la población pobre perteneciente a los estratos 1 y 2 en todas las localidades de la ciudad; esto es, aproximadamente 2 500 000 - 3 000 000 personas. Este proceso de implementación empieza por los territorios de los estratos 1 y 2, con tres escenarios de acción: población con difícil acceso a los centros de atención de primer nivel desde donde operaban los equipos básicos de atención integral; población con mejor acceso a los centros de atención de primer nivel, pero cuyas dinámicas organizacionales y prácticas de trabajo estuvieran centradas en la enfermedad, y, en tercer lugar, los espacios de vida cotidiana de las personas (ámbitos de vida cotidiana), como la familia, el barrio, la escuela, el jardín infantil y el lugar de trabajo.

Se observa en otro aparte del mismo documento: :

... la propuesta del Complejo de Atención Primaria identifica al talento humano como el protagonista principal y lo organiza en dos equipos: el extramural, encargado de las acciones colectivas y algunas individuales que tienen altas externalidades, y el intramural, encargado de la atención en los servicios de salud. Igualmente, plantea los mecanismos de coordinación entre ambos equipos.

Este complejo propone la organización de los servicios de salud incorporando cambios sustanciales en lo administrativo y en lo asistencial, para dar respuesta a la demanda potencial y cumplir con los principios de la APS; para ello, Bogotá cuenta con los CAMI⁵, con algunos servicios especializados como ginecobstetricia, pediatría, odontología, nutrición, terapias y urgencias de primer nivel, con laboratorio clínico y radiología. Con estos servicios es posible resolver hasta un 80 % de los casos que recibe, y junto con el personal hospitalario especializado en las labores

5 CAMI: Centros de Atención Médica Integral.

de salud pública que realizan las acciones colectivas del PAB, complementa la acción proyectada del Equipo de Salud Familiar y Comunitaria.

Detrás de este Complejo de Atención Primaria existen las redes de servicios especializados, sean ellos ambulatorios u hospitalarios, programados o de urgencias, de atención o de apoyo. Entre las de apoyo se encuentran la de servicios farmacéuticos, la de vigilancia en salud, la de rehabilitación y la de ayudas diagnósticas. Sin el trabajo en redes de servicios no es posible responder a las necesidades de las personas enfermas. De allí que se cuente con una segunda estrategia de organización de redes de servicios, tanto en la red pública de las ESE adscritas y no adscritas a la SDS como con las demás Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) (Angulo et al., 2012, p. 39-70).

En el fragmento anterior se puede observar dos componentes: una alineación de los componentes filosóficos con los operativos respondiendo a tres escenarios de acción, una enumeración de contexto en el que se define la prioridad dentro de una población que pertenece a un estrato socioeconómico bajo, además una participación de instituciones de salud que complementan las acciones de un equipo de salud familiar y comunitario conformando una red de apoyo para el desarrollo de la estrategia.

Posteriormente en el mismo documento se detalla un poco más el modelo operativo:

ACCIONES Y RESULTADOS DEL PROGRAMA SALUD A SU CASA (2008 - 2011)

Entre 2004 y 2006, dentro del programa Salud a su Hogar, un microterritorio estaba conformado por un promedio de 800 - 1 000 familias, y a este se le asignaba un equipo básico de tiempo completo, conformado por dos promotores en salud, un auxiliar de enfermería y un técnico en saneamiento básico. El equipo base contaba con el apoyo de un profesional de medicina, un profesional de enfermería y un digitador, quienes tenían a su cargo, en promedio, cinco microterritorios.

Para 2006 se define desde el Plan de Atención Básica la conformación del Equipo del Ámbito Familiar, conformado por un profesional

de psicología, uno de odontología y uno de fisioterapia, además de un técnico en higiene oral. Este equipo complementario daba cobertura a toda la localidad.

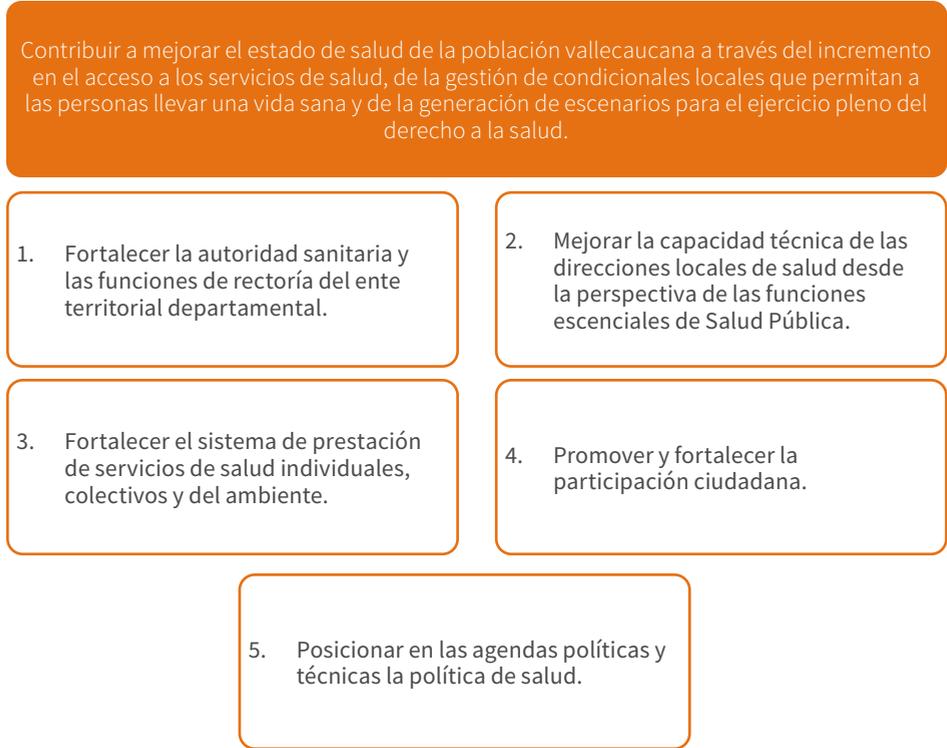
A partir de 2007 y en adelante, cada microterritorio se conforma con 1 200 familias, sin que se hayan realizado modificaciones en la constitución de los equipos básicos ni de profesionales del Ámbito Familiar, aunque en ese año ingresa el perfil de Ingeniería Ambiental, y en 2009 entra a ser parte del equipo el perfil de Nutricionista (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2007, 2009), que, en conjunto, deben realizar visitas domiciliarias para responder a las necesidades halladas entre las familias en condición de discapacidad, riesgo en salud mental, desplazamiento, seguridad alimentaria, ambiente, salud oral y pertenencia étnica (Secretaría Distrital de Salud, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011) (Angulo et al., 2012, p.39-70).

Se observa cómo el distrito enfocó su resolutividad hacia la integralidad de servicios en la red constituida para ello y al fortalecimiento no solo de los sistemas de información, sino que también cómo la articulación funcional por ciclo vital y grupos funcionales en los que se agregaron gradualmente en el tiempo, especialidades en salud con el fin de dar respuesta a los hallazgos encontrados entre las familias.

Ahora si se revisan algunos apartes de la “Guía operativa de APS Valle 2011” publicada por la Secretaría Departamental de Salud del Valle y la Fundación para la Asesoría a Programas de Salud y Desarrollo Social (FUNDAPS), donde se parte de un conjunto de objetivos estratégicos del plan departamental de salud como se muestran en la Figura 6, se observa la articulación de las estrategias de la APS que permita lograr los resultados esperados para cada objetivo.



Figura 6. *Objetivos de política pública departamental en salud.*



Fuente: Guía operativa de APS Valle 2011, Secretaría Departamental de Salud del Valle y FUNDAPS (Gobernación del Valle del Cauca y FUNDAPS, 2011).

En la anterior formulación de objetivos del departamento del Valle del Cauca, se plantea el objetivo de fortalecer la red de servicios y profundiza a renglón seguido, que se entiende por reorientación de servicios y gestión local de la salud. Enfocando en estos componentes, se entiende una definición tácita de resolutiveidad.

Basado en los objetivos estratégicos de esta guía, desde el año 2016 el departamento del Valle logró (Secretaría de Salud Valle, 2020):

- La identificación de los territorios priorizados basado en la información del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) e identificación de los Territorios de Inclusión y Oportunidad Social (TIOS) en el que se vinculan cabildos indígenas y consejos comunitarios de negritudes.
- Rediseño de un instrumento para el diagnóstico y caracterización de familias.

- La identificación del estado de las diferentes EAPB subsidiadas y contributivas que pertenecen a los territorios priorizados de acuerdo con el rediseño de instrumento de identificación. Todo lo anterior con el fin de proporcionar un mecanismo de mejora con las entidades territoriales, los aseguradores y los prestadores de servicios.
- Se continúa con la implementación de la estrategia de APS en los cabildos indígenas del municipio con la caracterización de familias y la identificación de riesgos en salud, con su respectiva intervención.
- La conformación para el 2018 de equipos multidisciplinarios, en los que se cuentan con auxiliares de enfermería, auxiliares administrativos, profesionales sociales, técnicos del área de la salud y el profesional de la salud para los casos en que se requiera una mayor prioridad de atención debido a los casos de riesgo identificados en la población.
- El desarrollo de un aplicativo web que fue el elemento clave para realizar las caracterizaciones de la población, en la que se incluían matrices específicas que permitían brindar relevancia a poblaciones y características requeridas en la priorización tales como: mujeres mayores de 10 años, hombres mayores de 10 años, niños hasta los 9 años, 11 meses y 29 días, población en situaciones especiales, componente de salud mental y viviendas con riesgos.

Adicionalmente en este departamento se adelantó la ejecución de la estrategia de “Salud al Campo” con enfoque APS que implicaba el mejoramiento de las condiciones de salud de la población rural del municipio de Cali. Este tipo de estrategia al igual que la mencionada, implementó todo el componente de caracterización de esta población en conjunto con el uso de aplicativos webs que permitían adicionalmente la georreferenciación de esta población.

Los resultados de esta estrategia a 2019 deja en la zona urbana:

- 14 zonas priorizadas dentro del área urbana distribuidas entre los cuatro puntos cardinales del valle.
- 80 % de familias con riesgo en salud de estos territorios priorizados, intervenidas.
- 28 mesas intra e intersectoriales realizadas para intervenir condiciones y riesgos de salud.

- 28 jornadas de promoción y prevención en salud dentro de estas zonas.
- Cinco planes de IEC (Informar, Educar y Comunicar) de acuerdo con riesgos de salud de la comunidad.
- 14 equipos multidisciplinares constituidos por:
 - » Auxiliares de enfermería.
 - » Técnicos del área de la salud.
 - » Auxiliar administrativo.
 - » Profesional del área de la salud.
 - » Profesional social (por cada ESE).
 - » Profesional médico.

En la zona rural se llegó a un alcance de:

- Una zona rural priorizada.
- 14 equipos operativos multidisciplinares para realizar actividades de promoción y prevención en salud.
- El desarrollo de cinco planes educativos en salud. Estos planes educativos se basaron en talleres con la comunidad por cada territorio priorizado.

Gracias a los resultados obtenidos en esta estrategia de APS en el Valle, en la que cubrieron los componentes de comunidad, ya que en la estrategia “Pase a la Equidad en Salud” (Secretaría Departamental de Salud del Valle, 2020) se deja como reto para los años 2020 – 2023, la incorporación del 100 % en los entes territoriales de la región, la estrategia APS a partir del fortalecimiento de la gestión administrativa y financiera y la mejora de la inteligencia sanitaria mediante la aplicación de las TIC para el 2023, lo cual corresponde al fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y sanitaria de la región. Esto último, demuestra una clara implicación del fortalecimiento de las capacidades técnicas y tecnológicas de la red pública de salud del departamento del Valle del Cauca, con enfoque en la implementación de la historia clínica electrónica unificada en toda la red hospitalaria pública del Valle del Cauca.

Por su parte en el departamento del Chocó, deja una descripción del desarrollo de un modelo de atención integral a través de las Unidades Móviles de Salud (UMS) en el año 2009, que luego de acuerdo con las características propias de esta región, el modelo pasaría a ser un llamado “Salud casa a casa” basado en la estrategia de APS

en el 2012. A continuación, en la Figura 8 se muestra un aparte del Manual operativo de este valioso proyecto.

Figura 7. *Aportes del Manual operativo de unidades móviles de salud, Chocó – Colombia.*

1. GENERALIDADES DEL MODELO

Con la Ley 10 de 1990, la institucionalidad de la Salud en Colombia inicia un proceso de transición entre el Sistema Nacional de Salud y el actual Sistema De Salud, dado su avance en la búsqueda de estrategias como la atención primaria para la identificación, canalización, atención y control de las comunidades en respuesta a convenios internacionales como Alma Ata, Canadá 1978. Este ordenamiento involucra la prestación, la dirección y el control e inicia la articulación de los diversos actores sectoriales e intersectoriales y se constituye en un importante antecedente del desarrollo organizacional del Actual Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS.

La diferenciación de funciones y competencias hace aparecer en escena otros actores como entidades territoriales de dirección, vigilancia, control, gestión y manejo de recursos.

La Organización Mundial de la Salud - OMS define el sistema de salud como aquel que “comprende todas las organizaciones, las instituciones y los recursos que realizan acciones cuyo principal propósito es mejorar la salud”.

Es allí donde las entidades territoriales desde sus Secretarías de Salud como entes de direccionamiento vigilancia y control, en su rol articulador de actores comprometidos, son las llamadas a mantener una permanente construcción de escenarios comunitarios saludables.

Las situaciones previamente descritas y las características particulares del departamento del Chocó, caracterizado por ser un territorio/ población de incommensurables riquezas, con una identidad propia y con una disposición territorial, poblacional, étnica, cultural, epidemiológica y de acceso a servicios diferencial al resto del país, dado lo cual es menester proyectar alternativas muy

creativas que permitan, dentro del marco normativo y legal del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, implementar soluciones de atención efectiva y de rápido impacto, es así como la Organización Panamericana de la Salud, El Ministerio de la Protección Social, CAPRECOM y COHAN se proponen estrategias sostenibles y perdurables, congruentes con las características culturales y con las necesidades de la gente.

De ahí que “el acceso real y con calidad a los servicios de salud es la premisa del MODELO DE SALUD PARA EL DEPARTAMENTO DEL CHOCÓ, el cual prioriza de manera especial las poblaciones más vulnerables y participan con sentido de corresponsabilidad los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, por medio del desarrollo y prestación de servicios específicos que respondan a las necesidades de las poblaciones priorizadas a partir de su situación de salud y respetando su diversidad cultural y étnica”.

Todos estos tienen que ser impactados por una política de universalización de la vivencia de los derechos y el cumplimiento de la formación para la co-responsabilidad ciudadana en salud, lo cual requiere de una transformación cultural promovida y construida desde la estrategia Atención Primaria en Salud, con su actual propuesta de renovación para responder a los contextos reformadores de la región de las Américas.

La Atención Primaria en Salud renovada es la estrategia disponible, aplicable, cercana y efectiva que permite construir y desarrollar esa relación ente territorial y comunidades rurales del Chocó, apoyando su principal objetivo de “alcanzar el más alto nivel de salud física, mental y social, a partir de la identificación e intervención de los determinantes que afectan la salud, la promoción de factores protectores, la corresponsabilidad ciudadana y el acceso a servicios integrales de

Fuente: Manual operativo de Unidades Móviles de Salud, Chocó – Colombia, OPS – AECID, Ministerio de Protección Social, 2009 (OPS et al., 2009).

En el fragmento de la Figura 7 se observa una formulación similar a las anteriores; sin embargo, su formulación de capacidad resolutiva es bastante diferente, basándola en las siguientes estrategias:

- Identificación y caracterización de la población.
- Orientación de vida sana.
- Inducción a servicio.
- Unidad Móvil de Salud (UMS).

Es necesario resaltar la conceptualización de lo que es la Unidad Móvil de Salud como una propuesta interesante presentada por este departamento, el cual se llevó a cabo en el 2009; sin embargo, no continuó con su servicio, debido a situaciones de sostenibilidad financiera tal como lo informa (Moreno, 2020) en su disertación de tesis *“Apreciaciones, alcances y limitaciones de las APS en Quibdó-Chocó”*. Se revisa un aparte de la descripción de la UMS presentada en la Figura 9..



Figura 8. Descripción de UMS.

MANUAL OPERATIVO DE LAS UNIDADES MÓVILES DE SALUD



La elección de los Gestores de vida sana en cada comunidad se realiza de la siguiente forma:

- **Representante de la Comunidad Afrocolombiana:** La selección se realiza a través del Concejo Comunitario.
- **Representante de la Comunidad indígena:** La selección se realiza a través del Cabildo, quien hace la designación.

Los gestores de vida sana deberán ejercer liderazgo y autoridad en la comunidad, que garantice tanto la participación en las acciones de las UMS como la promoción de conductas de vida sana.

Este grupo de apoyo a las UMS, será capacitado en: Microscopia, Programas de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad, Protección a la Misión Médica, Derecho Internacional Humanitario, Primeros Auxilios, Sistemas de Información.

Se considera que este equipo de apoyo se encuentra en contacto directo y permanente con las personas y sus comunidades, interpreta el contexto de la enfermedad y potencializa el contacto con las personas como una oportunidad para prevenir la enfermedad y promocionar la salud. Así mismo, identifica a la población de riesgo y es parte de la red comunitaria. Por lo anterior su trabajo es continuo y permanente, y su centro de atención es la comunidad. Se consideran por lo tanto los primeros agentes del sistema.

4.2. UNIDAD MÓVIL DE SALUD

La Unidad Móvil de Salud (UMS) es un equipo interdisciplinario con la capacidad de desplazamiento, conformado por profesionales de la salud, auxiliares de salud y personal logístico que de manera coordinada hacen presencia en las comunidades para ofrecer servicios básicos

de salud con enfoque de APS, a las comunidades alejadas del Chocó.

4.2.1. MISIÓN DE LA UNIDAD MÓVIL

La misión de la Unidad Móvil de Salud es servir a la comunidad, garantizando la prestación de un servicio de salud integral, coherente con la realidad socio-cultural y epidemiológica de la población de la región; convocando en esta intervención el concurso de otros organismos que posibiliten la atención complementaria a acciones de registro, aseguramiento y saneamiento básico logrando la satisfacción de los usuarios.

4.2.2. ALCANCE DE LA ATENCIÓN EN LA UNIDAD MÓVIL

El alcance de la intervención de la Unidad comprende a toda la población de la comunidad que demande el acceso al servicio prestado, a la cual se le atenderá y se le definirá si la prestación a la patología puede realizarla el mismo equipo o si debe ser remitido a un nivel mayor de complejidad.

4.2.3. SUSTENTO LEGAL

En cumplimiento del decreto 1011 de 2006, las UMS de CAPRECOM deben ser habilitadas como unidades extramurales adscritas a las IPS o unidades fijas, elaborando los correspondientes Planes de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad.

4.2.4. PLANEACIÓN DEL MONTAJE Y DESARROLLO DE LA UNIDAD MÓVIL

Para garantizar el adecuado funcionamiento de la unidad móvil se debe tener en cuenta el cumplimiento de las siguientes acciones:

Se destaca de esta propuesta, el concepto de interdisciplinariedad como equipo de colaboradores que no solo se encargan de las labores asistenciales, sino que también son consideradas las profesiones administrativas; puesto que apoyan las labores logísticas necesarias para brindar este tipo de servicios entre los que se cuenta con personas propias de la comunidad como líderes sociales. Además, se observa su misión, su alcance y su sustento legal, que permitió ayudar en el desarrollo de APS en esta región durante el 2009.

Finalmente, una de las intervenciones más recientes de la implementación de forma indirecta de la APS, fue desarrollada en el marco de la emergencia mundial en el año 2020 debido a la pandemia por SARS-COV-2 en Colombia (World Bank Group, 2020), en el que se desarrolla un “plan de contingencia que recoge los elementos claves de la APS como la acción intersectorial y la participación social”.

En el desarrollo de APS en Colombia durante este periodo de emergencia, permitió la creación de un amplio marco normativo en respuesta a esta situación, tanto para el sector salud como para otros sectores; sin embargo, estas medidas no brindaban precisión del valor de la APS en emergencia. Si bien este conjunto normativo fue implementado a nivel nacional gracias a la capacidad local, develó una diferencia de la capacidad de ejecución de las estrategias de prevención, mitigación y control que hubieran facilitado mejor el control de la epidemia. Por otro lado, si bien este conjunto de elementos normativos que cobijaban: medidas sanitarias, de emergencia económica, social y ecológica y de orden público; ayudaron a las autoridades en el control de pandemia y fortalecieron las acciones intersectoriales, la participación social, comunitaria y ciudadana estuvo al margen de estos diseños, dejando solo visible la percepción y ayuda en el diseño a los gremios de mayor interés.

Desde lo tecnológico, el Estado colombiano expidió un conjunto de normas que dieron paso a mejorar el flujo de cajas de las instituciones y la adquisición de equipos tecnológicos e insumos críticos para atender la emergencia, lo que deja un reto importante, la realización de un estudio que determine el impacto en los municipios de menor desarrollo, acerca de estas decisiones.

“La situación de emergencia vivida abrió una ventana de oportunidad para pasar de una gestión del riesgo individual y domiciliaria a una estrategia de intervención de clústeres y en poblaciones selectas, orientando el seguimiento a poblaciones no afectadas, pero con riesgo, con estrategias comunitarias de análisis, monitoreo e intervención, centradas en los fundamentos de la APS” (World Bank Group, 2020).

Desde lo tecnológico se presentaron soluciones innovadoras como *apps* en Salud como: *CoronApp*, visor de datos estadísticos abierto en tiempo real, Telesalud, diagnóstico molecular y secuenciación genética de virus, uso de drones para el monitoreo de conglomerados humanos, entre otras soluciones tal como se observan los ejemplos en la Figura 10.

Figura 9. Ejemplos de aplicaciones móviles y visores de salud pública como desarrollo de innovaciones durante la pandemia por virus SARS-COV-2 en Colombia.



Fuente: <https://coronaviruscolombia.gov.co/Covid19/aislamiento-saludable/coronapp.html> <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/visor-de-indicadores-en-salud-p%C3%BABlica>

Como conclusión, en el estudio de caso sobre el rol de la Atención Primaria en Salud en la pandemia por SARS-COV-2 en Colombia, se identificó cómo “la pandemia ha revelado la necesidad de aprovechar las oportunidades que la estrategia de la APS ofrece para mejorar la cobertura, el acceso, la calidad y calidez de la atención y la eficiencia, eficacia y efectividad del sistema de salud colombiano” (World Bank Group, 2020).

Estas experiencias de casos en las que se tomaron algunos de los desarrollos de APS existentes en el país, han tenido el objetivo de ambientar la importancia

de la variabilidad del rol a desempeñar por los equipos extramurales o quienes hagan sus veces. Así que se podría entonces resumir que los EBAPS (Equipos Básicos de Atención Primaria en Salud) fluctúan entre la canalización para el servicio y la prestación directa del mismo; a mayor aislamiento se requiere mayor prestación directa, a mayor accesibilidad se convierten en equipos más de supervisión y análisis.

Uno de los factores que dificulta la calificación única de la capacidad resolutoria de los EBAPS desde un enfoque de sistema sanitario es el aspecto financiero, que precisamente en el libro “Medidas de Producto y Producción en Atención Primaria”, el autor (Ortún et al., 1999, p.69), menciona en su libro:

Las hipótesis de trabajo de Carey et al. (1995) eran las de la existencia de diferencias notables en la práctica clínica para el tratamiento de los dolores de espalda, planteándose cómo podían estas afectar al resultado (outcome) y los costes de la asistencia implicada. El dolor de espalda, además de constituir la primera causa de visita médica a la A.P. en los EE.UU., supone unos costes asistenciales de 25 billones de dólares. Este problema de salud, con tasas de hospitalización reducidas (3,5 % para la muestra y sin diferencias significativas entre tipologías de médicos) genera unos costes asistenciales derivados básicamente de la medicación, las radiografías, las tomografías computarizadas y las resonancias magnéticas. Los resultados 54 fueron evaluados en este estudio a partir del estado funcional de los pacientes, su capacidad laboral, el uso de servicios sanitarios y la satisfacción con la asistencia recibida. El estudio, que muestra la multidimensionalidad del concepto de calidad, concluye que los resultados en términos de restablecimiento del estado funcional, plena capacidad para el trabajo y recuperación total de los dolores de espalda fueron similares en los pacientes tratados por los seis grupos de médicos estudiados. Pese a ello, la A.P. resultaba menos cara debido al menor coste de la asistencia sanitaria que suponía. En el estudio los quiroprácticos realizan un mayor gasto debido a una mayor utilización de radiografías y visitas “de oficina”, que superan un menor coste por visita. Los ortopedas, en cambio, mostraban un mayor coste por visita, junto con el uso de más procedimientos diagnósticos y fisioterapia. En este caso, parece que la asistencia extrahospitalaria más relevante, era aquella ofrecida por los médicos generales, y en especial la de aquellos que trabajaban en Health Maintenance Organizations (HMO).

Es de anotar que enfocado desde satisfacción del usuario se observaron resultados iguales en los distintos modelos y fue necesario incluir variables financieras para poder hacer factor diferenciador. Quizá si preguntáramos en nuestro medio al ciudadano común qué prefiere, nos encontraríamos con que se prefiere la atención especializada y los exámenes complementarios, preferiblemente de cierta complejidad por encima de las atenciones en puestos de salud con recursos básicos. Incluso pareciera que, para un sector importante de nuestra población, la percepción de valor (terapéutico) está estrechamente ligada con la percepción de costo (económico).

Probablemente nosotros como comunidad colombiana tendemos a identificar la Atención Primaria en Salud como una “atención de pobres para pobres”, y ese es un factor de rechazo que resulta muy relevante para la implementación de una estrategia que debe ser “socialmente aceptable”.

Así llegamos al aporte clave de la Telesalud a la Atención Primaria, al convertirse en una tecnología apropiada que permite el acceso del profesional generalista, al conocimiento y concepto del especialista, que empodera al generalista y lo mantiene dentro del proceso de cuidado y atención especializada como proveedor del servicio y no opacado o remplazado (mal remplazado usualmente).

Permite, además que el usuario de los servicios aumente la percepción de valor de las acciones terapéuticas (como ya dijimos, tan vinculadas a la percepción de costo) a través del uso de recursos tecnológicos, a menudo costosos y mediante el concepto de un especialista que, en la enorme mayoría de los casos, goza de más credibilidad en la comunidad que el médico general.

Así pues, la Telesalud aporta resolutivez y reconocimiento; es una realidad de facto que nuestra idiosincrasia reclama ejercicios de abogacía o publicidad que atraigan a la comunidad usuaria para que se interese, en este orden de ideas, la Telesalud tiene la potencialidad de convertirse en gancho para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud y adicionalmente aportar a la seguridad del paciente, a la reducción de barreras de acceso y a la sostenibilidad financiera y disminución de gastos del bolsillo del usuario.

Pero todo lo antes mencionado debe ser ajustado al contexto de la realidad tecnológica y financiera de nuestro país, y son en esos aspectos que se profundizarán en el transcurso de los diferentes capítulos siguientes.

7.1. LOS EQUIPOS DE APS COMO UNIDAD BÁSICA DE TRABAJO DESDE LA ORIENTACIÓN DE LA OPS/OMS

Los equipos de APS, son equipos multidisciplinarios que permiten aportar en conocimientos y se articulan en un conjunto de desarrollo de actitudes para el trabajo en equipo.

En la descripción por parte de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2008, p.10-12) la conformación de estos equipos se caracteriza por:

- El desempeño es el objetivo principal, el equipo sigue siendo un medio no el fin.
- La creación de una ética de desempeño del equipo por parte de los gerentes fortalece el trabajo de los propios equipos.
- Existe una tendencia cultural hacia el individualismo que no debería entorpecer el desempeño del equipo.
- La disciplina dentro del equipo y la organización crea las condiciones para el desempeño del equipo.
- El desempeño del equipo está asociado con la calidad y la integralidad de sus respuestas en un ámbito cambiante como es la salud.

Dentro de las propuestas de equipos de APS, se presentan tres tipos de conformaciones en las que se incluyen:

- Equipo multidisciplinar
- Equipo interdisciplinar
- Equipo transdisciplinar

» **Del equipo multidisciplinar:**

El equipo multidisciplinario aporta desde las diferentes disciplinas diversas propuestas de apoyo que aumentan la creatividad del grupo, ayudando a la innovación y potenciando la apertura de pensamiento de sus miembros dando respuestas integrales. Es importante considerar que, si bien este tipo de grupo a lo largo del tiempo puede ser variable en la cantidad de sus integrantes, se debe considerar estrategias de retención y permanencia que permitan que una proporción de sus miembros permanezcan estables dentro del grupo.

» **Del equipo interdisciplinario:**

En este equipo se reúnen las diferentes disciplinas que aportan con sus técnicas, sus conocimientos y aplicaciones prácticas para interactuar entre sí y así brindar una solución integral a las problemáticas en la realidad.

» **Del equipo transdisciplinar:**

Conformado por disciplinas que salen del contexto de la salud, que precisamente tienen otros recursos que operan como nexos analíticos. Por ejemplo, la lógica computacional, la matemática, las telecomunicaciones y demás.

EQUIPOS DE SALUD

Tal como lo presenta la OPS en su documento denominado “*Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: estrategias para el desarrollo de los equipos de APS*”, donde realiza la definición de los equipos de salud, reconoce que estos son equipos que asumen:

Objetivos comunes y que se establecen entre ellos vínculos funcionales que posibiliten un desarrollo armónico y un conjunto de tareas, basándose en la división funcional del trabajo y de las responsabilidades compartidas de acuerdo con la capacitación técnica de los profesionales de salud que lo integran, en lugar de basarse en una línea jerárquica vertical.

El trabajo en equipo es un proceso dinámico, abierto y participativo en la construcción técnica, política y social del cambio del trabajo en salud para la aplicación de un nuevo modelo de atención, el trabajo interdisciplinario y la participación comunitaria facilitan la definición, desarrollo y evaluación de competencias de atención integral de salud a nivel local, produciendo una renovación e integración de capacidades clínicas y de salud pública en los equipos de salud (OPS, 2008, p. 10-12).

7.2. LA COMPOSICIÓN DE LOS EQUIPOS EN APS

“La composición de un equipo de atención primaria (EAP) debe ajustarse a las características concretas del sistema y la comunidad que atiende” (OPS, 2008, p. 10-12). Los equipos APS deben mantener una estructura de organización y funcionamiento claros para brindar soluciones de salud al individuo, a su familia y a la comunidad a la que pertenece.

En el mismo texto de la OPS (2008), se encuentra los siguientes criterios de reconocimiento del trabajo en equipo:

- Comunicación intrínseca del trabajo.
- Proyecto asistencial común.
- Diferencias técnicas entre trabajos especializados.
- Argumentación de la desigualdad de los trabajos especializados.
- Especificidad de los trabajos especializados.
- Flexibilidad en la división del trabajo.
- Autonomía técnica de carácter independiente.

En general la conformación de equipos APS están constituidos por el médico y la enfermera de la familia, a quienes se les brinda apoyo desde las particularidades de los servicios de salud y de otras profesiones que conforman el equipo APS. De acuerdo con los ejemplos de la conformación de los equipos en diferentes contextos geográficos como Cuba, Brasil y Costa Rica, se puede identificar la agregación al equipo de profesiones como: dentistas, agentes comunitarios, auxiliares administrativos y trabajadores sociales que apoyen la labor del equipo, adicional un profesional especializado dependiendo de las características de la población, quien da razón que tipo de especialidad es de mayor necesidad.

7.3. DISPOSITIVO BÁSICO DE TELESALUD: MOCHILA TECNOLÓGICA DE TELEMEDICINA PARA APS

Los equipos multidisciplinarios son fundamentales para el enfoque de la APS, es así como estos requieren "...de una combinación correcta de profesionales, sino también de una definición adecuada de funciones y responsabilidades, de una distribución geográfica equitativa, y de una capacitación que maximice su contribución a los resultados de salud y a la satisfacción de los trabajadores de salud y de los usuarios" tal como lo refiere (OPS, 2008, p.10-12).

El trabajo del recurso humano de los EBAPS se desarrolla en una modalidad extramural, directamente en las comunidades y por ello requiere de instrumentos que les permitan la realización de valoración en salud desde los diferentes perfiles profesionales, tecnólogos o técnicos.

Es necesario que los EPABS utilicen la capacidad tecnológica y científica para establecer una red que incluya autoridades regionales y locales de salud, comunidades académicas, centros de investigación y universidades de las regiones. Es importante mencionar que, en muchos departamentos y regiones apartadas y desprotegidas de Colombia, la Telesalud es un punto de partida para abordar las problemáticas de salud de estas comunidades.

Es así como, el componente de la Telesalud, la telemedicina como modalidad de servicio en Colombia, es una tarea compleja en donde se requiere la cooperación de diversos actores para cofinanciar la adquisición de equipos, la conectividad e internet, el alquiler de la plataforma y los honorarios de los médicos especializados para garantizar acceso a todas las especialidades básicas que el hospital o IPS debe tener. El aumento de la capacidad resolutoria cobra gran importancia en los equipos de atención extramural, ya que los EPABS articulan toda la estrategia de APS con el apoyo de las herramientas dadas por la Telesalud y telemedicina.

Para lo anterior, se propone la implementación de la **Mochila de la Telesalud**, que está conformada por un conjunto de herramientas tecnológicas adecuadas y móviles que permiten al equipo humano en terreno articular baja y alta complejidad y responder en salud ambiental a la población de referencia bajo su responsabilidad.

Como equipamiento de apoyo a los EBAPS se propone la herramienta tecnológica denominada Mochila de la Telesalud. Un modelo de ejemplo de este tipo de producto es como se presenta en la Figura 11.

Esta propuesta de mochila está constituida por dispositivos biomédicos portables, los cuales deben contar con un respaldo en energía haciendo uso de baterías de alto rendimiento y uso de sistemas de telecomunicaciones de cobertura personal (PAN) como, por ejemplo: Bluetooth; que brindan conectividad de corto alcance por un bajo consumo. Además, en la *tablet* se debe presentar una interfaz amigable que permita hacer la recopilación de toda la información biométrica del paciente y que permita desarrollar cálculos básicos como: índice de masa corporal, curvas de crecimiento, entre otros que permitan ayudar en el análisis de casos a los profesionales que hacen parte de este equipo de APS.

Figura 10. Mochila de Telesalud para APS.

Fuente: Autores.

Luego mediante mecanismos de intercambio entre los sistemas de información de salud de la institución a la que pertenece la comunidad, se realiza la sincronización con la historia clínica electrónica de los pacientes. Finalmente, se debe contar con elementos estratégicos que permitan respaldar los datos recopilados por el equipo, así que, en este sentido, la forma más simple de realizar esta actividad es empleando discos duros externos o pendrive USB de alta capacidad de almacenamiento.

Características de la mochila:

- Equipo provisionado con dispositivos tecnológicos biomédicos portables con soporte para desarrollo de telemedicina para realizar controles puerta a puerta.

- Sistema de conexión en línea para que el trabajador de la salud de campo pueda conectarse fácilmente con un equipo de expertos para realizar consultas a distancia.
- Disponibilidad para trabajar con panel solar incluso en el rincón más remoto en ausencia de electricidad con soporte de batería en línea / fuera de línea.
- Capacidad de proporcionar una detección inmediata de signos vitales y 20 parámetros básicos de sangre y orina.
- Análisis de salud de la comunidad en tiempo real y sistema de soporte para decisiones inteligentes.
- Sistema de registro médico electrónico compatible con los acuerdos de seguridad de la información (HIPAA).

7.4. INTEROPERABILIDAD DEL MODELO

Los cambios requeridos en la oferta de servicios tienen por objetivo cambiar de un modelo de atención pasando de un modelo centrado en la enfermedad a un modelo centrado en la salud. Este último busca preservar la salud de la población y evitar las enfermedades, así el desarrollo de acciones de promoción, mantenimiento en la salud, acciones de salud pública y las intervenciones intersectoriales hacen parte de las acciones claves que forman parte de este modelo. Para el logro de estas acciones se presenta el concepto de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), precisamente busca la articulación de equipos multidisciplinarios que permitan llevar a una salud integral, con el apoyo de un equipo de recurso humano profesional que tenga un conjunto de competencias generales en salud y que permita atender a la mayoría de las necesidades que demanda la población. Ahora es debido que contener un concepto de competencias amplias en un conjunto reducido de profesionales

pertenecientes a un equipo de APS, es requerido que la incorporación de servicios tecnológicos para que los profesionales de estos equipos cuenten con los servicios complementarios en un modelo en línea, que permita atender a las necesidades de la población en el momento que requiera el equipo.

Basado en este tipo de estrategia multisectorial en la siguiente tabla, se observan los cambios significativos que llevan de un modelo “pasado” de servicios de salud a un modelo “futuro” de servicios de salud.

Tabla 4. *La transformación del cuidado de la salud*

El "pasado" de los servicios de salud	El "futuro" de los servicios de salud
<ul style="list-style-type: none"> • Énfasis en el tratamiento de la enfermedad 	<ul style="list-style-type: none"> • Énfasis en la promoción y la preservación de la salud
<ul style="list-style-type: none"> • Responsable por pacientes individuales 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabilidad por la salud de población definidas
<ul style="list-style-type: none"> • Énfasis en el cuidado agudo 	<ul style="list-style-type: none"> • Énfasis en el continuo del cuidado en el lugar más apropiado
<ul style="list-style-type: none"> • Atención a problemas específicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado integral
<ul style="list-style-type: none"> • La meta es el llenado de camas 	<ul style="list-style-type: none"> • La meta es proveer el cuidado en el lugar más apropiado
<ul style="list-style-type: none"> • El personal de salud, los hospitales y las aseguradoras de salud trabajan por separado 	<ul style="list-style-type: none"> • Los servicios de salud trabajan de "forma integrada"
<ul style="list-style-type: none"> • Predominio hospitalario 	<ul style="list-style-type: none"> • Predominio de ambulatorio
<ul style="list-style-type: none"> • Predominio de especialistas 	<ul style="list-style-type: none"> • Predominio de generalistas
<ul style="list-style-type: none"> • Predominio de médicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Incorporación de otro tipo de personal de salud
<ul style="list-style-type: none"> • Práctica individual 	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo en equipos multidisciplinarios
<ul style="list-style-type: none"> • Gestores coordinan servicios 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestores buscan activamente la garantía y el mejoramiento continuo de la calidad
<ul style="list-style-type: none"> • Dominio profesional 	<ul style="list-style-type: none"> • Participación comunitaria
<ul style="list-style-type: none"> • Las personas son receptores pasivos de los servicios 	<ul style="list-style-type: none"> • Auto-cuidado y auto-gestión de la salud / enfermedad
<ul style="list-style-type: none"> • Responsabilidad exclusiva del sector salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabilidad compartida con otros sectores de la economía

Fuentes: Modificado de Shortell S, Kaluzny A (1997) Organization theory and health services management. in: Shortell S Kaluzny A., and Associates. Essentials of health care management. Delmar Publishers; y Filerman G. (1994). Health: the emerging context of management, In: Taylor R, Taylor S, editors. The AUPHA manual of health services management. Gaithersurg, Maryland: Aspen Publishers, Inc.

Ahora una propuesta de interoperabilidad se presenta el modelo que se presenta en la Figura 11:

Figura 11 . *Propuesta de interoperabilidad de modelo propuesto.*



Fuente: Autores.

Tal como se muestra la Figura 11, ilustra como los recursos humanos son el capital más importante que posee una Red Integrada de Servicios de Salud, razón por la que se requiere contar con una serie de profesionales con competencias pertinentes conforme a las necesidades de salud de la población.

La interoperabilidad del modelo detalla una reorientación de servicios en donde a través de las alianzas con la comunidad y el empoderamiento de los agentes comunitarios, los forjadores actúan y priorizan intervenciones en los diversos territorios del país con el apoyo de los diversos profesionales y especialistas, que de acuerdo con una metodología de priorización se enfoquen en actividades de telemedicina para lograr el objetivo de proteger el derecho a la salud teniendo como soporte a las IPS y las redes temáticas controladas.

El modelo de atención contempla los laboratorios y otros paraclínicos como tecnologías apropiadas en el marco del desarrollo tecnológico. Privilegiando el proceso clínico para la toma de decisiones sobre el procedimiento administrativo, ajustando este último, con ayuda de sistemas a la necesidad asistencial. En el apoyo diagnóstico se reconocen tres procesos:

1. Orden
2. Toma
3. Lectura

El cuarto es la interpretación en conjunto entre laboratorio y personal médico. El ordenamiento es el inicio del proceso, y se entiende por ordenados los procedimientos establecidos en las guías de salud pública siempre y cuando se identifique el cumplimiento de los criterios de la guía. Se reconocen protocolos de pruebas como una necesidad del paciente enfilando a todo el personal, incluyendo el personal no médico en este objetivo para las condiciones de interés en salud pública.

En vista de lo anterior, en condiciones y patologías prioritarias, la orden previa del médico no es necesaria, al igual que si se presenta ordenamiento múltiple o antes de la periodicidad establecida deberá justificarse el motivo de este.

De otro lado, en las patologías no prioritarias el iniciador del proceso será el médico, y en este caso deberá minimizarse el contacto administrativo del paciente enviando por medio electrónico las ordenes al laboratorio o a los procesos administrativos a los que haya lugar como remisiones y autorizaciones.

EL PROCESO DE TOMA

Deberá analizarse la ruta diagnóstica de acuerdo con cuatro criterios:

1. El tipo de paciente.
2. El tipo de muestra.
3. El área geográfica de residencia, trabajo o estudio del paciente donde se tomará la muestra.
4. La oportunidad y precisión requerida para la lectura de la prueba frente a la decisión diagnóstica y terapéutica a tomar.

De acuerdo con estos criterios, y en la búsqueda de garantizar la adherencia del paciente y el servicio al proceso diagnóstico se deberá escoger el tipo de muestra a tomar y el medio de transporte, preservación y procesamiento. Desde el punto de vista de la reorientación de servicios se deberá definir el ajuste a tecnologías apropiadas.

Se reconocen cuatro alternativas para laboratorio y dos para imágenes y otros:

- a.** Laboratorio
- b.** Muestra fresca para transporte inmediato
- c.** Muestra fresca para transporte diferido
- d.** Muestra seca
- e.** Prueba rápida

En las dos primeras pueden o no incorporarse dos técnicas como son el centrifugado y la refrigeración. Para cada tipo de muestra debe precisarse las condiciones de preparación del paciente y las alternativas de toma de muestra: preparación, preservación y transporte.

- a.** Imágenes y otros
- b.** Facilitación de acceso en IPS fija
- c.** Movilización a territorios de equipos móviles

De nuevo, para cada tipo de prueba debe precisarse las condiciones de preparación del paciente y las alternativas técnicas y sus limitaciones. El modelo no puede ser definido sin la definición de prioridades por zona y microzona, partiendo por supuesto de la normatividad vigente. Se debe garantizar la no pérdida de oportunidades diagnósticas y terapéuticas.

Para ilustrarlo se toma el siguiente ejemplo:

El país, el departamento y el municipio ha definido como prioritario el control prenatal con captación en el primer trimestre, se han identificado un número de barreras de las cuales para este ejemplo solo tomaremos el componente de laboratorio. Definida la prioridad nos remitimos a la normatividad respectiva. Como primera barrera debemos hacer disponible la prueba casera de embarazo como prueba de tamizaje.

Para ello se dota a los forjadores y a los actores comunitarios de pruebas rápidas de bajo costo, con el compromiso que el paciente al que se le facilite el acceso ingrese al programa de control prenatal o de planificación familiar.

Como segunda barrera, se observa la tardía identificación de los riesgos gestacionales debida a las condiciones de la paciente, su falta de tiempo o renuencia a desplazarse de su área de residencia al sitio de toma de muestra, o las dificultades operativas de tiempo y coincidencia de horarios para la toma de muestras.

Para ello, dotamos a los forjadores de herramientas que permita ser resolutivos en la toma de muestras, cuentan con cuatro herramientas fundamentales:

- 1.** Visita casa a casa, con identificación de necesidades de laboratorio pendientes (puede incluir o no toma de muestra).
- 2.** Toma de muestras por concentración en puesto de salud (puede incluir centrifugado y refrigeración o procesamiento si así se define).
- 3.** Agendamiento de brigadas de toma de muestras especiales en territorio.
- 4.** Agendamiento de atención en la IPS para toma de muestras (puede o no incluir subsidio de transporte o ubicación en hogar de paso).

Por regla general, el paciente del ejemplo deberá desplazarse al control; sin embargo, podría tratarse de una paciente con orden de reposo absoluto, en cuyo caso las decisiones de ruta diagnóstica deben cambiar para proteger a la paciente.

Las muestras que no logremos transportar oportunamente al área geográfica para la realización de pruebas debemos considerar la posibilidad de reorientarlas; por ejemplo, se puede considerar la prueba de VIH en papel de filtro con muestra seca, o el centrifugado de la muestra con separación de suero para diferir el envío, con la adecuada refrigeración, esta alternativa implica desarrollar competencias en los forjadores e infraestructura en las comunidades y puestos de salud. Así como sistemas de transporte de muestras eficientes y seguras.

Cuando ocurre que además de la oportunidad de muestra muy diferida requerimos oportunidad en la lectura, como sería el caso de una paciente con preeclampsia u otra manifestación de la hipertensión inducida por el embarazo. El dato de proteinuria es urgente y puede ser obtenido por una prueba rápida y el adecuado entrenamiento en su lectura.

Así nos queda una ruta diagnóstica que se ajusta y apropia al tipo de paciente en su área geográfica y al tipo de muestra, entendido este como la situación específica a la que responde:

- Prueba de embarazo: prueba rápida: a cargo de forjadores.
- Hemoclasificación, VDRL, VIH, CMV, otras de química: suero centrifugado y refrigerado transportado: tomado por forjadores y leído en laboratorio central.
- Proteinuria: prueba rápida: a cargo de forjadores en la toma: profesionales del equipo definen conducta.
- VIH intraparto: prueba rápida: a cargo del equipo que atiende el parto: el mismo equipo decide el inicio del protocolo de reducción de transmisión vertical.
- VIH aislado: papel de filtro: tomado por forjadores: leído en laboratorio central.
- Citología vaginal: muestra fresca en casa montada en lámina para transporte: por forjadores: leído por citotecnólogo.
- Frotis: muestra en lámina como Gram y posterior confirmación de resultado, si se cumple tiempo de transporte: tomado por forjadores: leído en laboratorio central.
- Hb-Hcto: si hay posibilidad de transporte inmediato muestra refrigerada de lo contrario prueba rápida si se trata de prueba rápida leída y reportada por forjadores, si se transporta tomada por forjadores y leída en laboratorio central: la decisión clínica siempre será tomada por el equipo profesional.
- Prueba de tolerancia: siempre que se pueda citar a laboratorio hacerlo, si por área geográfica no es posible, hacer por sueros separados y refrigerados: en el primer caso tomada y leída en IPS, en el segundo caso los sueros serán tomados centrifugados y refrigerados por forjadores y una vez trasladados a laboratorio central se revisaran los valores desde la central.
- Coombs muestra fresca: siempre citar si se logra tomar en territorio para trasladar una muestra antes de 1 hora podrá por telemedicina orientarse la decisión de uso de anti D.
- Pruebas de maduración pulmonar, siempre citar hogar de paso.
- El uroanálisis será citado y en caso de duda diagnóstica en zona de difícil acceso se definirá tratamiento empírico privilegiando la opción de evitar el trabajo de parto prematuro.
- Viabilidad fetal: se dispondrá de doppler fetal para la evaluación comunitaria de viabilidad fetal en manos de los agentes locales.
- Ecografía básica 1, 2 y 3 trimestre: agendar desplazamiento de ecógrafo.
- Ecografía alta complejidad: garantizar cumplimiento de cita (subsidio de transporte).

No sobra aclarar que toda decisión clínica depende del equipo profesional encargado del paciente. Y que el nombre de Telesalud - telemedicina evoca la permanente supervisión de los casos de riesgo por los profesionales tratantes e interconsultantes.

Para efectos de definir el modelo de atención, un ejemplo concreto en “*Palmira avanza*”, del Hospital Raúl Orejuela Bueno, analiza, dentro de la estrategia en apoyo diagnóstico, las variables fundamentales contempladas en las rutas diagnósticas. Privilegiando el proceso clínico mediante la toma de decisiones del procedimiento administrativo y asistencial.

Este modelo es de particular importancia, ya que crea una red de atención en la ciudad de Palmira - Valle del Cauca, con puestos de salud propios, así como atención personalizada con ayuda de los forjadores y profesionales de todas las áreas de la salud, de manera integral.

Esta alternativa implica desarrollar competencias en los forjadores, sistemas de transporte de muestras eficientes y seguras, e infraestructura en las comunidades y puestos de salud, red que se estructura de acuerdo con el área geográfica y necesidades de la comunidad implementando una ruta diagnóstica que se ajusta y apropia al tipo de paciente según la situación específica y condiciones.

Si la condición del paciente lo requiere, podrá ser referido a otra institución de la red o completar su tratamiento mediante el programa de atención domiciliaria, y se efectuará el seguimiento que requiera creando cultura de promoción de la salud y prevención de la enfermedad dentro de la red de servicios ambulatorios.

Para garantizar la continuidad de la atención, la información clínica de cada paciente se consigna en un Sistema de Información Integrado, al cual tienen acceso en línea tanto las áreas asistenciales hospitalarias como las ambulatorias.

7.5. UNA PROPUESTA DE LOS EQUIPOS BÁSICOS Y ESPECIALIZADOS PARA LA DINAMIZACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE APS INCORPORANDO EL MODELO DE TELESALUD

En cumplimiento de la Ley 1438 de 2011, se reconoce la importancia e impacto positivo que sobre las condiciones de salud y la calidad en la prestación de servicios de salud, toma este modelo de prestación de servicios de salud y define las proporciones de población a ser cobijadas bajo la estrategia de la Atención Primaria en Salud.

Los equipos básicos de salud son estructuras funcionales y organizativas que permiten facilitar el acceso a los servicios de salud en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud.

Son funciones de los equipos básicos de salud, las siguientes:

- a.** Realizar el diagnóstico familiar de acuerdo con la ficha unificada que define el Ministerio de Salud y Protección Social.
- b.** Identificación de riesgo individual, familiar y comunitario de los usuarios por edad, sexo, raza y etnia.

- c.** Informar sobre el portafolio de servicios de la protección social en salud a las familias de acuerdo con sus necesidades y con las políticas y reglamentación de dichos servicios.
- d.** Promover la afiliación al sistema, la identificación plena de las familias, de manera que al identificar una persona no afiliada al sistema se inicie el trámite de afiliación para que pueda acceder a los servicios de protección social.
- e.** Inducir la demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y aquellos que ocasionen un alto impacto en salud pública.
- f.** Facilitar la prestación de los servicios básicos de salud, educación, prevención, tratamiento y rehabilitación.
- g.** Suministrar la información que sirva de insumo para la elaboración de la historia clínica.

Un modelo incorporado dentro de algunos entes territoriales es el de definir un Equipo Básico de Atención Primaria en Salud (EBAPS) en los respectivos municipios y los perfiles básicos de sus integrantes para una cobertura mínima de un EBAPS por una cantidad de habitantes en zona urbana y otra cantidad de habitantes por zona rural, y la presencia de al menos un EBAPS en cada sitio de concentración urbano y rural. Cada grupo poblacional por estimación georreferenciada definirá un área geográfica debidamente delimitada.

Los EBAPS garantizarán la plena caracterización y monitoreo permanente del estado sociosanitario y ambiental de su área y población, en la apuesta de la administración municipal/departamental por la protección y atención a la totalidad de la población del municipio/departamento. De tal manera que, habida cuenta de la libre elección y los múltiples estados de afiliación, se declara explícitamente la atención sin barreras dentro del área geográfica y población asignada, exigiéndose si la actualización y verificación del estado de afiliación.

Esta atención primaria incluye todo el paquete de promoción y prevención (gestión del riesgo), vigilancia epidemiológica, enfermedades de interés en salud pública y recuperación básica de la salud, igualmente la articulación por continuidad e integralidad con acciones de recuperación de la salud especializadas o complejas con el

apoyo de la Telesalud. Igualmente, para garantizar la articulación de las actividades se dispondrán y financiarán medios de comunicación telefónica y virtual, y de cruce de información clínica y de riesgos que permitirán gerenciar las acciones específicas sectoriales o intersectoriales que sean necesarias.

Los EBAPS se constituyen como un recurso humano valioso que permanece en la comunidad, con acción en el área asignada y permite el acceso en las comunidades a los servicios de promoción, protección y atención que entrega a los individuos, familias y comunidad. Cada EBAPS tiene asignado una zona o microzona de referencia.

El proceso de dinamización de la estrategia contempla tres áreas temáticas: dinámica de la intervención, paquete de servicios y gestión local por la salud. Son temáticas relacionadas entre sí y de aplicación práctica en los territorios por parte de los equipos APS en coordinación con las ESE, direcciones locales de salud, EPS y otros para el abordaje de las poblaciones objeto de su cobertura. Adicionalmente la estrategia contempla un abordaje etnocultural para población indígena.

7.6. TIPOLOGÍAS PROPUESTAS DE CONFORMACIÓN DE LOS EBAPS

Un EBAPS puede presentar diferentes tipologías de conformación que se proponen a continuación:

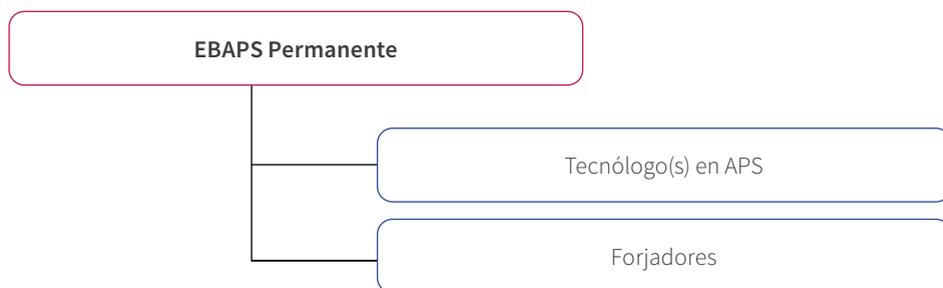
1. EBAPS permanente por zona o microzona: estos son equipos permanentes de acción sobre la zona o microzona poblacional. Este EBAPS deberá

garantizar la plena caracterización, el monitoreo permanente del estado socio-sanitario y ambiental de su área o población, y las actividades educativas de prevención y promoción. Este equipo deberá permanecer en la comunidad, en donde idealmente deberá residir en el área asignada.

Está compuesto fundamentalmente por el siguiente equipo de profesionales tal como se describe en la Figura 12:

- » Tecnólogo en gestión comunitaria en salud, APS o promoción de la salud: aquel que lidera y dinamiza la estrategia de APS con directrices de los responsables de los entes territoriales (secretarios de salud municipales, departamentales y gerentes de las IPS, ESE). Intervienen en los aspectos ambientales, sociales y la apuesta de Telesalud.
- » Forjadores: quien tiene competencias disciplinares muy puntuales de apoyo al equipo asistencial y de gestión en APS. Desde el punto de vista asistencial, los auxiliares de enfermería, auxiliares de odontología, higienistas, etc. Desde el punto de vista de gestión en APS, los técnicos en salud pública, los técnicos ambientales y otros que bajo la dirección del tecnólogo en APS, apoyarán la caracterización sociodemográfica, de la vida familiar, de la situación de salud de los integrantes de la familia y del riesgo individual de accidentalidad. Estos forjadores y su cantidad estarán sujetos al número de habitantes por zona o microzona.

Figura 12. Propuesta de la composición de los EBAPS permanente.



Fuente: Autores.

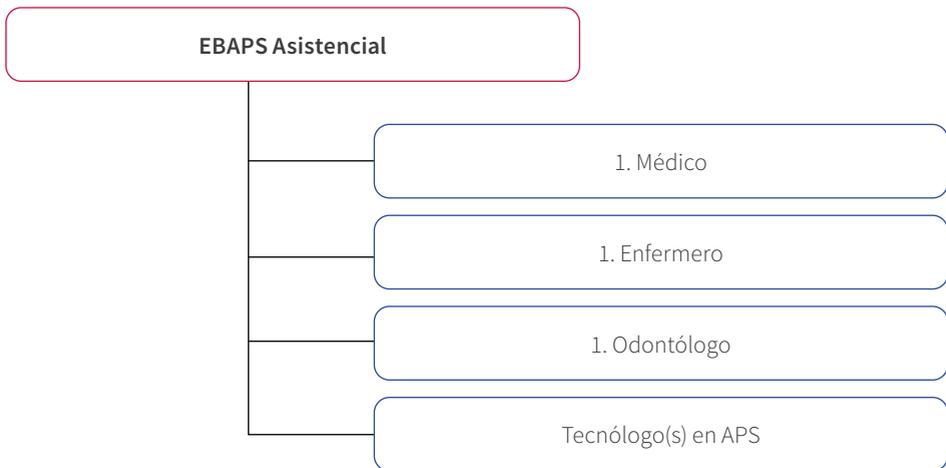
2. EBAPS asistencial (intramural/extramural) por zona o microzona: por la complejidad de muchas zonas del territorio colombiano, no siempre es factible la contratación de personal asistencial con total disponibilidad de tiempo, pero es factible un equipo de profesionales de la salud, que bajo un esquema de

agendas y de visitas, realicen las labores asistenciales en la zona o microzona. Este EBAPS deberá garantizar la asistencia sanitaria básica.

Un esquema donde se relacionan los colaboradores participantes es el que se muestra en la Figura 13.

- » Médico general: responsable de las labores asistenciales dentro del EBAPS.
- » Odontólogo: el profesional en odontología, en simultáneo con el médico realiza las acciones de salud oral posibles de realizar en casa o por puesto de salud para cada uno de los integrantes de las familias (valoración, control de placa bacteriana y fluorización). Una vez realizada las actividades y según las necesidades detectadas en la valoración en salud oral, se definirá con el equipo un día para realizar las acciones de Atención en Salud Oral pendientes (detartraje, exodoncias, sellantes y obturaciones).
- » Enfermero: asistente de las labores asistenciales dentro del EBAPS.
- » Tecnólogo en gestión comunitaria en salud, APS o promoción de la salud.
- » Forjadores.

Figura 13. Propuesta de la composición de los EBAPS asistencial.

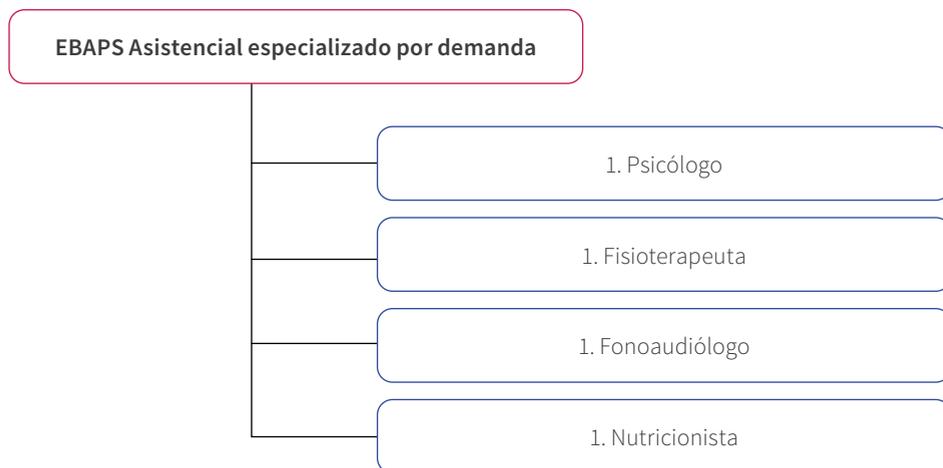


Fuente: Autores.

- 3.** EBAPS asistencial especializado por demanda (intramural/extramural): a partir de las caracterizaciones y el desarrollo asistencial básico, en ocasiones se hace necesario el apoyo de personal de la salud de carácter asistencial especializado por demanda. De acuerdo con el tipo de especialidades requeridas, se hace indispensable la acción por brigadas de este tipo de especialistas.

Está compuesto adicionalmente al EBAPS asistencial tal como se muestra en la Figura 14:

Figura 14. Propuesta de la composición de los EBAPS asistencial especializado por demanda.



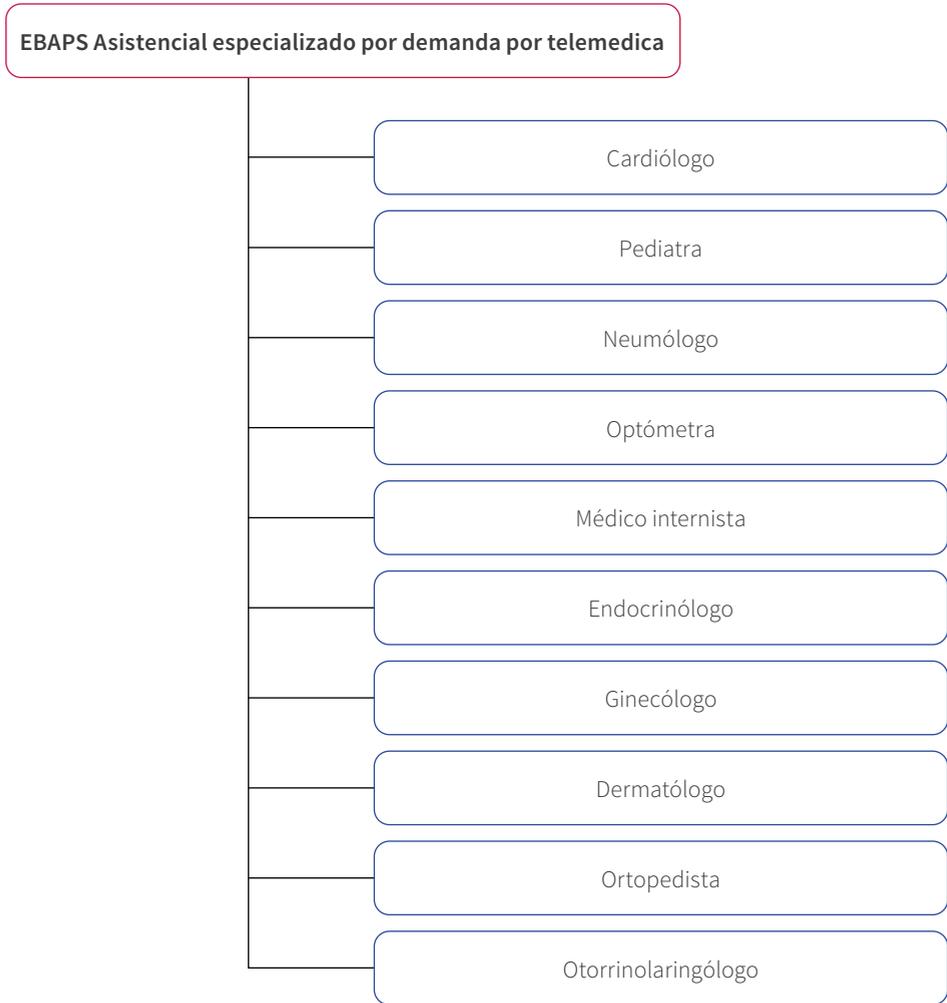
Fuente: Autores.

En algunos casos, y dependiendo del ente territorial, algunos de estos especialistas podrán ser parte del EBAPS asistencial permanente, como puede suceder con el psicólogo y el nutricionista.

4. EBAPS asistencial especializado por demanda bajo la modalidad de Telesalud - telemedicina (intramural/extramural): se hace necesario la incursión de especialidades y subespecialidades médico quirúrgicas por demanda, en un primer nivel de atención que se logra con el apoyo de la Telesalud – telemedicina para especialidades de mayor complejidad. En caso que este primer nivel de atención no pueda desarrollarse con el apoyo de esta modalidad de servicio, quedará como última opción el traslado a zonas en donde se encuentre las instituciones prestadoras de salud con niveles altos de complejidad.

Adicionalmente como se muestra en la Figura 15, los EBAPS asistencial especializado por demanda se puede hacer necesario la intervención de:

Figura 15. Propuesta de la composición de los EBAPS asistencial especializado por demanda por Telesalud – Telemedicina.



Fuente: propia.

Cada EBAPS debe garantizar la plena caracterización y monitoreo permanente del estado sociosanitario y ambiental de su área y población, y planifica:

- a.** Aseguramiento continuo
- b.** Detección temprana
- c.** Protección específica

- d.** Acciones intersectoriales
- e.** Participación social
- f.** Conocimiento del plan y verificación del cumplimiento
- g.** Inspección, vigilancia y control
- h.** Monitoreo a la población asignada que facilite la gestión y cumpla con los planes de intervención.

Esa caracterización inicial recae sobre el líder comunitario o trabajador social y el monitoreo del estado de los individuos de la zona o microzona para ser remitido al EBAPS respectivo.

Nota: este esquema es simplemente una propuesta, que de acuerdo con las condiciones del municipio y de la disponibilidad de recursos, es factible la conformación diferente de los EBAPS.



REFERENCIAS

Angulo, E., Arévalo, I., Barajas, J., Ortiz, J., Caro, I., Gómez, I., Hernández, G., Molina, M., Naranjo, C., Picón, A., Ruiz, L., Santacruz, M., Zapata, A., García, D., Gonzáles, M., Meneses, C., Molina, N., Patiño, J., ... Sotelo, N. (2012). *Atención Primaria en Salud: un camino hacia la equidad* (1. ed., pp. 39 - 70). Corporación para la Salud Popular Grupo Guillermo Fergusson.

Gobernación del Valle del Cauca y Fundación para la Asesoría a Programas de Salud y Desarrollo Social [FUNDAPS]. (2011). *APS 2011 - Valle del Cauca: estrategia de Atención Primaria en el marco de la Política Pública de Salud del Valle del Cauca* (1. ed., pp. 7 - 23). Secretaría Departamental de Salud y FUNDAPS.

Moreno, D. (2020). *Apreciaciones, alcances y limitaciones de la APS en Quibdó-Chocó Colombia, 2009 -2018* [Tesis de Maestría, Universidad de Antioquia] https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/16608/1/MorenoDanny_2020_APSQuibdo-Choco.pdf

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2008). *Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: estrategias para el desarrollo de los equipos de APS* (1. ed., pp. 10 - 12). Organización Panamericana de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud [OPS], Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo [AECID], Ministerio de Protección Social, Dasa salud Chocó, Cooperativa de Hospitales de Antioquia [COHAN] y Caprecom. (2009). *Manual operativo de las unidades móviles de salud Chocó-Colombia* (1. ed., pp. 6-24). Organización Panamericana de la Salud.

Ortún, V., Sánchez, J. y Casado, D. (1999). *Medidas de producto y eficiencia en atención primaria* (1. ed., pp. 69). Fundación BBV.

Secretaría de Salud Valle. (2020). *Informe consolidado de la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) año 2019 en zona urbana y zona rural del municipio de Santiago de Cali* (pp. 1-18). Gobernación del Valle.

Secretaría Departamental de Salud del Valle. (2020). *Plan Territorial de Salud 2020-2023 PASE a la equidad en salud* (pp. 86 - 88). Gobernación del Valle.

World Bank Group. (2020). *Estudio de caso sobre el rol de la Atención Primaria en Salud en la pandemia por SARS-COV-2 en Colombia* [E-book] (1. ed.). World Bank Group. <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/35022/Case-Study-on-the-Role-of-Primary-Health-Care-in-the-SARS-COV-2-Pandemic-in-Colombia-SP.pdf?sequence=4&isAllowed=y>

