

**GOBERNACION DE RISARALDA  
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL  
DIRECCION OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA**

**PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DE LA GESTION DE LOS ACTORES DEL  
SECTOR FRENTE A LAS ACCIONES DE PROTECCIÓN ESPECÍFICA, DETECCIÓN  
TEMPRANA Y ATENCION DE ENFERMEDADES DE INTERES EN SALUD PÚBLICA  
DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO**

**1. MARCO CONSTITUCIONAL REFERENTE.**

Los siguientes artículos de la Constitución Política de Colombia tienen relaciona con el programa a saber:

**Artículo 2.** Son fines esenciales del Estado: servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución; facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación; defender la independencia nacional, mantener la integridad territorial y asegurar la convivencia pacífica y la vigencia de un orden justo.

Las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en su vida, honra, bienes, creencias, y demás derechos y libertades, y para asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares.

**Artículo 5.** El Estado reconoce, sin discriminación alguna, la primacía de los derechos inalienables de la persona y ampara a la familia como institución básica de la sociedad.

**Artículo 42.** “...El Estado y la sociedad garantizan la protección integral de la familia”.

**Artículo 43.** “La mujer y el hombre tienen iguales derechos y oportunidades. La mujer no podrá ser sometida a ninguna clase de discriminación. Durante el embarazo y después del parto gozará de especial asistencia y protección del Estado”.

**Artículo 44.** Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos.

**Artículo 45.** El adolescente tiene derecho a la protección y a la formación integral.

**Artículo 46.** El Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria.

El Estado les garantizará los servicios de la seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia.

**Artículo 48.** La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley.

**Artículo 49.** La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.

Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.

## 2. MARCO LEGAL Y REGLAMENTARIO VIGENTE.

En el siguiente cuadro se relaciona la normatividad vigente aplicable al programa:

NORMOGRAMA			
NOMBRES Y APELLIDOS:	JUAN GUILLERMO RAMIREZ RAMIREZ	FECHA	ENERO 29 DE 2013
CARGO	PROFESIONAL ESPECIALIZADO CODIGO 219-29		
GRUPO FUNCIONAL/ MESA TÉCNICA	DIRECCIÓN OPERATIVA DE SALUD PÚBLICA - MESA DE GESTIÓN		
PROGRAMA/ PROCESO	SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE LA RESOLUCIÓN 412 Y 3384 DEL 2000 SOBRE DEMANDA INDUCIDA Y CUMPLIMIENTO DE GUÍAS DE ATENCIÓN DE EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO		

TIPO (Ley, Decreto, Resolución, acuerdo etc)	NORMA APLICABLE			ORIGEN			RELACION CON EL CONTENIDO			OBSERVACIONES
	Número	Año	Tema	INTERNA	EXTERNA	ENTIDAD EMISORA	TOTAL	PARCIAL	ARTICULOS	
Ley	100	1993	Sistema de Seguridad Social		X	Congreso de la República		X	165, 174, 176 Numeral 4.	
Ley	715	2001	Competencias y Recursos		X	Congreso de la República		X	Artículo 43 Números 43.1.2, 43.1.3, 43.1.5, 43.1.6, 43.3.5, 43.3.9	
Ley	1438	2011	Reforma SGSSS		X	Congreso de la República		X	Artículo 5 Modifica el Numeral 43.3.9 de la Ley 715 del 2001)	
Acuerdo	117	1998	Demanda Inducida		X	Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.	X			
Acuerdo	380	2007	ACO y Condon en el POS - Protección Específica		X	Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.		X	Artículo 3.	Modifica Resolución 412 de 2000
Acuerdo	395	2008	Diabetes Mellitus Tipo 2 e HTA		X	Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.		X	Artículos 1 y 2.	Modifica Resolución 412 de 2000
Acuerdo	29	2011	Plan Obligatorio de Salud		X	Comisión de Regulación en Salud		X	Artículos 12, 30,	Acciones relacionadas con la Resolución 412 del 2000 y otras normas técnicas que la complementan
Decreto	2357	1995	EPS Régimen Subsidiado		X	Ministerio de la Protección Social		X	Artículo 4, Literal J.	
Resolución	412	2000	Demanda Inducida		X	Ministerio de la Protección Social	X			
Resolución	3384	2000	Demanda Inducida		X	Ministerio de la Protección Social	X			
Resolución	4505	2012	Reporte Individual Demanda Inducida		X	Ministerio de Salud y Protección Social	X			Deroa a partir del 30 de Abril del 2013 la Resolución 3384 del 2000
Resolución	769	2007	Norma Técnica en Planificación Familiar		X	Ministerio de Salud y Protección Social		X		Modifica la Resolución 412 del 2000
Resolución	1973	2008	Modifica la Resolución 739 del 2009		X	Ministerio de Salud y Protección Social		X		Modifica la Resolución 412 del 2001
Resolución	2257	2011	Norma Técnica de ETV		X	Ministerio de Salud y Protección Social		X		Modifica la Resolución 412 del 2002
Resolución	4003	2008	Norma Técnica HTA y DM T 2		X	Ministerio de Salud y Protección Social		X		Modifica la Resolución 412 del 2003
Resolución	3442	2006	Norma Técnica ERC		X	Ministerio de Salud y Protección Social		X		Modifica la Resolución 412 del 2004

Para la vigencia 2013, el Ministerio de Salud y Protección Social tiene previsto ajustes al marco regulatorio del programa así:

- Programación de la acciones de protección específica, detección temprana y cumplimiento de guías de atención de obligatorio cumplimiento.
- Nuevo modelo de evaluación del cumplimiento de la Resolución 412 del 2000.
- Expedición de Guías de Atención Integral – GAI.

### 3. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL.

Para efectos del seguimiento a EPS se incluyen 12 EPS del contributivo, 4 EPS del subsidiado y 3 entidades responsables de regímenes de excepción.

De acuerdo a los análisis del Ministerio de Salud y Protección Social las principales conclusiones obtenidas del análisis nacional del sistema de seguimiento son:

El Ministerio de Salud y de la Protección Social, desde el 2001 al 2007 ha emitido seis documentos de análisis y evaluación del cumplimiento de estas actividades, que concluyendo que:

- ✓ Existen deficiencias en la recolección de información desde las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS),
- ✓ Existen dificultades en la contratación de servicios de baja complejidad en especial en los municipios de población dispersa.
- ✓ Existe una baja asistencia técnica, seguimiento y control realizado por las entidades territoriales a las empresas administradoras de planes de beneficios (EAPB).
- ✓ En los municipios de bajo número de afiliados por EPS, se encuentran bajos cumplimientos.
- ✓ En los municipios cabecera y ciudades capitales se encuentran los mejores cumplimientos.
- ✓ Las EPS con mejores cumplimientos se caracterizan por ser las de mayor número de afiliados o con presencia en un solo departamento.
- ✓ Se evidencia falta de continuidad en la recolección de datos.

Las dificultades invocadas por todos los actores para asegurar un cumplimiento óptimo, de acuerdo al Ministerio son:

- ✓ Falencias en los algoritmos relacionados con Vacunación.
- ✓ Falencias en los algoritmos de la consulta de primera vez de Crecimiento y Desarrollo.
- ✓ Tasas de fecundidad no se ajustan al comportamiento individual de las EPS.

El Ministerio de Salud y Protección Social realizó un análisis estadístico de la gestión adelantada por las Entidades Administradora de Planes de Beneficios, suministrando a Risaralda los resultados globales del Departamento de acuerdo a los criterios de calificación que se indican en la “Tabla 2” obtenida del documento nacional y que se corresponden con lo establecido en la Resolución 3384 del 2000.

**Umrales, puntaje y calificación del resultado final por EAPB, Municipio y Departamento**

PUNTAJE DEL RESULTADO	CALIFICACION DE RESULTADO FINAL	RESULTADO FINAL
4	OPTIMO	90% - 100%
3	ACEPTABLE	80% - 89%
2	DEFICIENTE	79% - 50%
1	MUY DEFICIENTE	Menos del 50%

El análisis se realizó mediante la construcción de tres escenarios de acuerdo a los siguientes lineamientos:

#### Escenarios de análisis

CONDICIONES PARA EL CALCULO Y ASIGNACION DE PUNTAJE	ESCENARIO 1	ESCENARIO 2	ESCENARIO 3
Número de Actividades calificadas	63 y 25	25	21
Forma de cálculo	Se asigna puntaje por Municipio y según este puntaje se asigna calificación al Departamento	Se suman las programaciones y ejecuciones de todos los Municipios para obtener el puntaje por Departamento	Se suman las programaciones y ejecuciones de todos los Municipios para obtener el puntaje por Departamento
Meta programática por actividades relacionadas con la tasa de fecundidad	Se mantiene la reportada por la EPS	Se mantiene la reportada por la EPS	Se disminuye al 50% de lo programado por la EPS

Al Departamento se le suministraron los resultados consolidados de los escenarios 2 y 3 así:

#### ESCENARIO 2

Departamento	Régimen	2008	2009	2010	2011	2012
RISARALDA	CONTRIBUTIVO	ACEPTABLE	ACEPTABLE	ACEPTABLE	ACEPTABLE	ACEPTABLE
	EXCEPCION	DEFICIENTE	DEFICIENTE	DEFICIENTE	ACEPTABLE	DEFICIENTE
	SUBSIDIADO	DEFICIENTE	DEFICIENTE	DEFICIENTE	DEFICIENTE	DEFICIENTE

#### ESCENARIO 3

Departamento	Régimen	2008	2009	2010	2011	2012
RISARALDA	CONTRIBUTIVO	OPTIMO	OPTIMO	OPTIMO	OPTIMO	OPTIMO
	EXCEPCION	DEFICIENTE	DEFICIENTE	DEFICIENTE	DEFICIENTE	DEFICIENTE
	SUBSIDIADO	DEFICIENTE	DEFICIENTE	DEFICIENTE	DEFICIENTE	DEFICIENTE

Como se puede observar, el mejor desempeño es atribuible a las EPS del Régimen Contributivo, lo que puede deberse a que en su mayoría su población afiliada se encuentra en el área metropolitana y por fuera de ella en los municipios cabecera.

En lo corrido del 2012, los resultados de la evaluación por municipio que se adelanta en forma trimestral, pone en evidencia unos cumplimientos deficientes para la mayoría de las Empresas Sociales del Estado tanto para el contributivo como para el régimen subsidiado.

Otros aspectos que afectan los resultados departamentales son:

- Grandes debilidades en la fuente de la información del reporte – RIPS-.
- Reporte de actividades que no corresponden a la finalidad – P y P – dando resultados que superan hasta 2 y 3 veces lo programado para el año.
- Al interior de los programas se identifican incoherencias entre los resultados de los diferentes indicadores trazadores lo que indica una baja adherencia a la guía de manejo y/o debilidades en la captura de la información.

Otro aspecto que ha sido objeto de intervención por parte de la Secretaría es la verificación de adherencia a guías de manejo establecidas para los eventos de interés en salud pública. En el año 2011, bajo la coordinación del Profesional Especializado de la Red de Servicios se hizo verificación de adherencia a algunos eventos encontrándose con resultados muy desalentadores, los cuales para la vigencia 2012 se ratifican para 5 eventos elegidos: Dengue, Malaria, Sífilis Congénita y Gestacional, Rabia. En el siguiente cuadro se muestran los resultados en forma consolidada para las 14 Empresas Sociales del Estado que hicieron parte del universo objeto de evaluación:

EVENTO	PROMEDIO DEPARTAMENTAL	VALORES EXTREMOS
<b>MALARIA</b>	53.50%	73.2% - 29.3%
<b>DENGUE</b>	56.70%	69.49% - 39.43%
<b>ACCIDENTE RABICO</b>	43.00%	73.5% - 3.9%
<b>SIFILIS CONGENITA</b>	46.80%	83.3% - 12.5%
<b>SIFILIS GESTACIONAL</b>	59.60%	93.3% - 36.0%

Es de advertir que el mejor porcentaje obtenido para la sífilis gestacional coincide con la intensificación de las acciones de la Secretaría tendientes a mejorar el desempeño de los prestadores en este sentido. Igual tarea adelantó el programa de Zoonosis para el caso de Rabia, pero con resultados muy inferiores.

Al comparar los diferentes componentes del manejo clínico se observa:

ASPECTO AUDITADO	MALARIA	DENGUE	ACCIDENTE RABICO	SIFILIS CONGENITA	SIFILIS GESTACIONAL
DIAGNOSTICO	36.40%	53.45%	73.50%	83.30%	47.70%
CLASIFICACION DEL CASO	49.90%	56.20%			
TRATAMIENTO	67.70%	70.31%	51.60%	12.50%	63.00%
ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA	60.10%	46.77%	3.09%	44.40%	68.10%
<b>PROMEDIO GLOBAL</b>	<b>53.50%</b>	<b>56.70%</b>	<b>43.00%</b>	<b>46.80%</b>	<b>59.60%</b>

Si la formulación y adopción de guías de manejo clínico busca el mejoramiento de la calidad en la atención, estos resultados sugieren problemas en este sentido, pero también en el adecuado registro de los eventos asociados al manejo médico y de enfermería en la historia clínica como puede ser el caso de Rabia y Malaria.

En general, el “programa” encuentra un panorama de debilidades, siendo necesario hacer una aproximación a los diferentes actores para evaluar las potencialidades existentes identificando fortalezas y oportunidades

El reporte individual a implementarse en el 2013 para el seguimiento a la demanda inducida se puede considerar como una oportunidad para el mejoramiento del seguimiento, pero para los prestadores y por ende para las EAPB se harán más evidentes las debilidades en la captura de la información así como en sus estrategias para inducir la demanda con consecuencias de carácter económico para ambos ante el no logro de las metas previstas, siendo particularmente grande el impacto sobre las Empresas Sociales del Estado que deban cubrir población dispersa.

## 4. MARCO CONCEPTUAL

La búsqueda de un cambio positivo en la salud de la población a partir de la reducción de la morbilidad y mortalidad por causas evitables, bajo el esquema del Sistema General de Seguridad Social en salud, requiere del concurso unificado de las acciones del Estado, EPS, Entidades Adaptadas y Transformadas..., en el desarrollo de las actividades de prevención y control..., mediante el diseño e implementación de estrategias para inducir la demanda de los servicios de protección específica y de detección temprana.

Las entidades administradoras de planes de beneficios y entes territoriales tienen dentro de sus responsabilidades la administración del riesgo en salud de su población afiliada o de su responsabilidad respectivamente, “procurando disminuir la ocurrencia de eventos previsibles de enfermedad o de eventos de enfermedad sin atención.

### 4.1 MORTALIDAD Y MORBILIDAD EVITABLE

El concepto de mortalidad evitable desde 1952, consideró que “el control o eliminación de un evento que actúa como causa de muerte puede llevar a la desaparición de las defunciones relacionadas con ella”. Para mediados de los años 70 evolucionó como un indicador que permitía “medir la calidad y efectividad de los servicios sanitarios, así como su evaluación y monitorización”<sup>1</sup>. Posteriormente, y como resultado de diversas investigaciones, el concepto evolucionó planteando que es aquella “mortalidad que puede ser evitada por intervención médica «los casos de muerte por procesos que disponen de tratamiento o medidas de prevención y que podrían haberse evitado si el sistema sanitario hubiera actuado correctamente en todos sus pasos»<sup>2</sup>, reconociendo que el momento de morir es multicausal: “Las variaciones en el momento de morir son el reflejo del efecto de diferentes determinantes biológicos, ambientales y psicosociales, que influyen sobre el proceso vital. Dichos factores están sujetos a su vez a su propia dinámica histórica, se articulan de manera diferente y responden en grado variable a los avances tecnológicos”.

Bajo esta perspectiva de multicausalidad, Taucher agrupó las defunciones en 5 grupos de intervenciones de acuerdo al modo de control así:

GRUPO	DESCRIPCIÓN
Grupo A.	Causas evitables por vacunación o tratamiento preventivo: conjunto de situaciones vulnerables a medidas preventivas como inmunizaciones, vigilancia epidemiológica, educación para la salud y protección específica de sujetos en riesgo.
Grupo B.	Causas evitables por diagnóstico o tratamiento médico precoz: incluye defunciones debidas a enfermedades que pudieran responder a los servicios médicos.
Grupo C	Causas evitables por saneamiento ambiental, vulnerables a control, prevención y erradicación de factores ambientales de riesgo.
Grupo D	Causas evitables por medidas mixtas. Situaciones que pudieran responder a la combinación de servicios médicos y acciones de tipo socioeconómico estrechamente relacionadas con las condiciones del desarrollo social.
Grupo E	Causas difícilmente evitables. Aquellas patologías invulnerables a las tecnologías y los conocimientos disponibles.
Grupo I	Causas mal definidas
Grupo J.	Otras causas

<sup>1</sup> <http://www.proyectomedeia.org/mortalidad-evitable.html>

<sup>2</sup> 1. Gispert R, Barés MA, Puigdefàbregas A. La mortalidad evitable: lista de consenso para la actualización del indicador en España. Gac Sanit. 2006;20:184-193.



En el cuadro anterior se identifican actividades de prevención y control de la morbilidad evitable que, han sido propuestas para el diseño y seguimiento de las políticas públicas en materia de salud pública.

El Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, en sus considerandos, plantea el concepto de “Servicios de Protección Específica y de Detección Temprana” bajo el cual parece agrupar un conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones a ser ofrecidos por parte de las Entidades Responsables de Pago –ERP<sup>3</sup>- a su población afiliada.

#### 4.2 PROTECCION ESPECÍFICA.

Por Protección Específica se entiende la aplicación de acciones y/o tecnologías (conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones según la Resolución 412 del 2000) que permitan y logren evitar la aparición inicial de la enfermedad mediante la protección frente al riesgo, y que son:

- Vacunación según el esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones.
- Atención Preventiva en Salud Bucal.
- Atención del Parto.
- Atención del Recién Nacido.
- Atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres.

#### 4.3 DETECCION TEMPRANA.

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

- Detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en menores de 10 años.
- Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven, comprendido como tal la persona entre los 10 y 29 años.
- Detección temprana de las alteraciones del embarazo.
- Detección temprana de las alteraciones del adulto mayor de 45 años.
- Detección temprana del cáncer de cuello uterino.
- Detección temprana del cáncer de seno.
- Detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual.

**LAS ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES DE LOS SERVICIOS DE PROTECCION ESPECIFICA Y DETECCION TEMPRANA SE ENCUENTRAN DEFINIDOS MEDIANTE NORMA TECNICA QUE ESTABLECE SU OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO DEBIENDO SER DESARROLLADAS EN FORMA SECUENCIAL Y SISTEMÁTICA EN LA POBLACION**

---

<sup>3</sup> A diferencia del Acuerdo 117 que habla de EAPB, para el presente documento se utiliza el concepto de Entidad Responsable de Pago, asumiendo la obligación de las Direcciones de Salud Local y Departamental de brindar este tipo de servicios a la población que se encuentra bajo su responsabilidad, según se desprende de la Resolución 4505 del 2012.

#### 4.4 ENFERMEDADES DE INTERES EN SALUD PÚBLICA.

Son aquellas enfermedades que presentan un alto impacto en la salud colectiva y ameritan una atención y seguimiento especial. Responden a los siguientes criterios:

- a. Enfermedades Infecciosas cuyo tratamiento requiere seguimiento estricto y secuencial en el manejo de quimioterapia, para evitar el desarrollo de quimiorresistencias, con grave impacto sobre la colectividad. Estas son la tuberculosis pulmonar y extrapulmonar, la lepra y la Leishmaniasis cutánea y visceral.
- b. Enfermedades de alta prevalencia que de no recibir control y seguimiento constante y adecuado constituyen un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades de mayor gravedad, secuelas irreversibles, invalidez y muerte prematura. Estas son: Bajo peso al nacer, alteraciones asociadas a la desnutrición, IRA, EDA, asma bronquial, síndrome convulsivo, fiebre reumática, vicios de refracción, estrabismo, catarata, hipertensión arterial, hemorragias asociadas al embarazo, maltrato, diabetes juvenil y del adulto, lesiones preneoplásicas de cuello uterino.
- c. Enfermedades de alta transmisibilidad y poder epidémico que requieren de una acción eficaz para su control. Son enfermedades que exceden con frecuencia o gravedad el comportamiento regular (brote/epidemia), y requieren de atención inmediata para evitar su propagación, disminuir su avance, reducir secuelas y evitar la mortalidad. Estas son: Cólera, meningitis meningococcica, enfermedades de transmisión sexual, malaria, dengue, fiebre amarilla, y otras que se definan por el Ministerio (Artículo 8º del Acuerdo 117).

#### 4.5 DEMANDA INDUCIDA.

Reconocido que la población no demanda habitualmente los servicios de protección específica y detección temprana, se requiera que la ERP diseñe estrategias para inducir su demanda. Se entiende, entonces, por demanda inducida “la acción de organizar, incentivar y orientar a la población hacia la utilización de los servicios de protección específica y detección temprana y la adhesión a los programas de control”<sup>4</sup>.

También se entiende por demanda inducida: “las acciones encaminadas a informar y educar a la población afiliada, a fin de dar cumplimiento a las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana establecidas en las normas técnicas”<sup>5</sup> y guías de atención.

---

<sup>4</sup> Artículo 2, Acuerdo 117.

<sup>5</sup> Artículo 5, Resolución 412 de 2000.

## 5. LINEAMIENTOS TECNICO ADMINISTRATIVOS.

El marco normativo establece dos elementos técnicos básicos:

- Norma técnica.
- Guía de Atención.

Ambas herramientas diseñadas para la gestión del riesgo tienen las siguientes similitudes y diferencias:

<b>NORMA TECNICA</b>	<b>GUIA DE ATENCION</b>
Documento adoptado por el Ministerio, como fruto de la acuerdo/consenso o estudio técnico científico de las autoridades académicas.	Documento adoptado por el Ministerio, como fruto de la acuerdo/consenso o estudio técnico científico de las autoridades académicas.
Establece actividades, procedimientos e intervenciones de obligatorio cumplimiento	Establece actividades, procedimientos e intervenciones a seguir.
Orden secuencial y sistemático de las actividades, procedimientos e intervenciones.	Orden secuencial y sistemático de las actividades, procedimientos e intervenciones.
Se establecen para las acciones de protección específica y detección temprana.	Enfermedades de interés en salud pública que incluyen los eventos de salud transmitidos por vectores.

Para efectos del programa, las diferentes normas técnicas y guías de atención, debidamente adoptadas por acto administrativo son aplicables así:

- Para los afiliados a la Seguridad Social, aplican las actividades, procedimientos e intervenciones descritos en la guía o norma técnica debidamente incluidos en el plan obligatorio de salud según lo prescrito en el Artículo 12 del Acuerdo 29 de la Comisión de Regulación en Salud de la CRES que dice: "...cubre todas las atenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, protección específica y detección temprana adoptadas mediante las Resoluciones 412 de 2000, 3442 de 2006, 4003, 0769 y 1973 de 2008, 2257 de 2011 expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y Acuerdos 380 del 2007 y 395 del 2008 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.
- Para la población vinculada aplican la totalidad de las actividades, procedimientos e intervenciones descritos en la guía o norma técnica de cada evento.

En el Anexo No 3 se hace una relación de las actividades, procedimientos e intervenciones descritos en las normas técnicas y su inclusión o no en el POS.

### 5.1 DETERMINACION DE LOS RIESGOS POBLACIONALES.

Cada ERP debe establecer los mecanismos para identificar los riesgos de su población, así como desarrollar estrategias para promover el uso de los servicios de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública.

Es igualmente responsabilidad de cada ERP:

- Realizar la identificación de los riesgos del ambiente que inciden sobre la salud de su población”.
- Notificar oportunamente la presencia de casos de enfermedades de interés en salud pública.
- Coordinar acciones conjuntamente con las Direcciones de Salud en el Plan de Intervenciones Colectivas.

Es facultativo de cada ERP priorizar la atención de otras enfermedades de interés en salud pública, de acuerdo con los perfiles epidemiológicos de su población y las metas de salud pública territoriales.

## 5.2 DE LA PRESTACION DE SERVICIOS PARA DEMANDA INDUCIDA.

### 5.2.1 RED DE SERVICIOS.

Todas las EPS y otras ERP, tienen la obligación de contar como parte de la red asistencial, con una red de prestadores de servicios debidamente acreditada, propia o contratada, pública o privada que garantice las atenciones en salud contenidas en el Acuerdo 117 y por ende la Resolución 412 del 2000, las que los modifiquen o adicionen.

Toda ERP debe garantizar, EN EL MUNICIPIO DE RESIDENCIA DEL AFILIADO, la totalidad de las actividades, procedimientos e intervenciones contenidos en las normas técnicas de obligatorio cumplimiento y en las guías de atención, a través de la red prestadora de servicios que cumpla los requisitos esenciales para la prestación de los mismos<sup>6</sup>.

Las EPS deberán diseñar estrategias de prestación de servicios que garanticen el acceso de la población afiliada, con oportunidad y calidad, a las actividades, procedimientos e intervenciones contenidos en las normas técnicas y guías de atención.<sup>7</sup>

Las EPS, entidades adaptadas y transformadas, deben presentar ante las entidades territoriales de salud, el listado de IPS con las cuales contratará la prestación de los servicios de los que habla el Acuerdo 117. La DTS procederá a la verificación del cumplimiento de los requisitos esenciales, que garanticen la atención a la población de su área de influencia.<sup>8</sup>

Las EPS, Entidades Adaptadas y de Excepción, deben entregar al momento de la afiliación, el listado de las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud con su dirección y teléfono, indicando las diferentes actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento que las mismas prestan.<sup>9</sup>

<sup>6</sup> Artículo 11, Resolución 412 del 2000.

<sup>7</sup> Artículo 10, Resolución 3384 del 2000. Modifica el parágrafo del Artículo 11 de la Resolución 412 de 2000.

<sup>8</sup> Artículo 9, Acuerdo 117 del CNSSS.

<sup>9</sup> Artículo 12, Resolución 412 del 2000.

### 5.2.2 COPAGOS Y CUOTAS MODERADORAS.

No podrán aplicarse copagos ni cuotas moderadoras a las actividades, procedimientos e intervenciones contenidas en las normas técnicas y guías de atención a que se refiere la Resolución 412 del 2000<sup>10</sup>.

### 5.2.3 TRASLADOS ENTRE REGIMENES Y EPS.

Las EPS, entidades adaptadas y de excepción deben garantizar la continuidad de las acciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento, cuando por cualquier motivo un afiliado cambie de un régimen a otro o cuando se produzca un traslado entre EAPB, para lo cual la información relacionada con las actividades de protección específica y detección temprana realizadas al afiliado y su núcleo familiar debe ser suministrada entre ambas entidades.

## 5.3 INFORMACION SOBRE LAS ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS Y ACTIVIDADES DE DEMANDA INDUCIDA.

### 5.3.1 FICHA INDIVIDUAL.

Las EAPB deben mantener una ficha actualizada, en la cual conste la información de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento, realizadas a cada uno de sus afiliados.<sup>11</sup>

A la fecha, no se cuenta con un estándar nacional para la ficha individual.

### 5.3.2 REGISTRO INDIVIDUAL

La Resolución 4505 del 2012 estableció la creación del Registro por Persona de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las Enfermedades de Interés en Salud Pública de Obligatorio Cumplimiento sobre el cual se establecen las siguientes obligaciones o responsabilidades:

#### A. Prestadores de Servicios de Salud<sup>12</sup>:

- Capacitar al personal en el registro y soporte clínico de las actividades de protección específica, detección temprana y la aplicación de las guías de atención integral de las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento.
- Recolectar y reportar a las Administradoras de Planes de Beneficios, Direcciones Locales y Departamentales de Salud, según corresponda, el registro por persona.

#### B. Entidades Administradoras de Planes de Beneficios<sup>13</sup>:

<sup>10</sup> Artículo 13, Resolución 412 del 2000.

<sup>11</sup> Artículo 10, Acuerdo 117 del CNSSS.

<sup>12</sup> Artículo 7º, Resolución 4505 del 2012.

<sup>13</sup> Artículo 6º, Resolución 4505 del 2012.

- Recolectar y consolidar el registro por persona remitido por los prestadores de servicios de su red de servicios.
- Reportar al Ministerio el consolidado del registro por persona.
- Realizar asistencia técnica, capacitación, monitoreo y retroalimentación a las IPS de su red de servicios sobre el registro por persona.
- Verificar la veracidad de la información reportada por las IPS de su red de servicios.

C. Direcciones Locales de Salud<sup>14</sup>:

- Recolectar y consolidar el registro por persona remitido por los prestadores de servicios de su red de servicios.
- Reportar a las Dirección Departamental el consolidado del registro por persona de las IPS de su red de servicios.
- Realizar asistencia técnica, capacitación, monitoreo y retroalimentación a las IPS de su red de servicios sobre el registro por persona.
- Verificar la veracidad de la información reportada por las IPS de su red de servicios.

D. Dirección Departamental de Salud<sup>15</sup>:

- Recolectar y consolidar el registro por persona remitido por los prestadores de servicios de su red de servicios y de las Direcciones Locales de Salud de su Departamento.
- Reportar al Ministerio de Salud y Protección Social el consolidado del registro por persona de las IPS de su red de servicios y Direcciones Locales de Salud.
- Realizar asistencia técnica, capacitación, monitoreo y retroalimentación a las EPAB, Direcciones Locales de Salud e IPS de su red de servicios sobre el registro por persona.
- Verificar la veracidad de la información reportada por las Direcciones Locales de Salud o IPS de su red de servicios.

Las características del registro por persona se establecen en el Anexo Técnico de la Resolución 4505 del 2012 la cual se adjunta como Anexo No 3 al presente documento.

El flujo de la información, en el Departamento de Risaralda, debe ajustarse a los siguientes plazos:

TRIMESTRE A INFORMAR	REPORTE DE IPS A LAS DIRECCIONES LOCALES	REPORTE DE IPS CONTRATADAS DIRECTAMENTE POR EL DEPARTAMENTO Y DIRECCIONES LOCALES A LA SECRETARIA DE SALUD
Trimestre 1 Enero a Marzo	Hasta el día 10 del mes de Abril	Hasta el día 15 del mes de Abril
Trimestre 2 Abril a Junio	Hasta el día 10 del mes de Julio	Hasta el día 15 del Mes de Julio

<sup>14</sup> Artículo 5º, Resolución 4505 del 2012.

<sup>15</sup> Artículo 4º, Resolución 4505 del 2012.

TRIMESTRE A INFORMAR	REPORTE DE IPS A LAS DIRECCIONES LOCALES	REPORTE DE IPS CONTRATADAS DIRECTAMENTE POR EL DEPARTAMENTO Y DIRECCIONES LOCALES A LA SECRETARÍA DE SALUD
Trimestre 3 Julio a Septiembre	Hasta el día 10 del mes de Octubre	Hasta el día 15 del mes Octubre
Trimestre 4 Octubre a Diciembre	Hasta el día 10 del mes de Enero del siguiente año.	Hasta el día 15 del mes de Enero del siguiente año.

Cada Dirección Local de Salud establecerá el plazo máximo, dentro de los 10 primeros días del mes de reporte, para que sus prestadores hagan el reporte obligatorio.

La Secretaría Departamental de Salud recopilará los diferentes reportes y procederá a validarlos acorde con los lineamientos del SISPRO solicitando a cada entidad reportante el ajuste de los registros que no se ajusten a los requerimientos durante los 7 días siguientes, y recibirá ajustes hasta el día 27 del mes haciendo el cierre para la consolidación y cargue al SISPRO – el último día hábil de cada mes.

### 5.3 PROGRAMACION DE ACTIVIDADES DE DEMANDA INDUCIDA.

A la fecha, el Ministerio de Salud y Protección Social ha establecido que el modelo de programación establecido por la Resolución 3384 del 2000, será aplicado hasta el cuarto trimestre del 2012, quedando el primer trimestre del 2013 dedicado a los ajustes necesarios de los sistemas de información a fin de cumplir con el reporte trimestral por parte de los prestadores, direcciones de salud y entidades administradoras de planes de beneficios y por parte del Ministerio el establecimiento de los nuevos criterios de programación de las actividades de protección específica y detección temprana.

### 5.4 EVALUACIÓN DE LA GESTION DE LAS ACCIONES DE DEMANDA INDUCIDA.

La evaluación tiene dos alcances:

- Verificar el logro de las metas de cumplimiento programadas.
- Verificar la veracidad de los registros por persona reportados.

Durante los meses siguientes al reporte, la Secretaría, realizará la verificación de la veracidad de la información reportada por las IPS y Direcciones de Salud seleccionando una muestra aleatoria (o según lo establezca el nivel nacional) de los registros clínicos relacionados con el reporte individual y procediendo a la auditoría en la IPS correspondiente. Para ello se articularán los diferentes profesionales asignados a los programas relacionados con las actividades, procedimientos e intervenciones definidas en el Anexo Técnico de la Resolución 4505 del 2012 con el equipo verificador de adherencia a guías de manejo que cubrirá los programas que carezcan de profesionales auditores (médico – enfermera).

La información así obtenida se recopilará y consolidará por parte de la coordinación del programa buscando dar cuenta de los objetivos propuestos dentro del modelo de evaluación que establezca el Ministerio, o en su defecto, los planteados en el presente programa.

Los resultados retroalimentarán a los diferentes programas, las IPS y Direcciones de Salud.

En el caso de encontrar que la información reportada no es coincidente con los registros clínicos, se hará la notificación a la Superintendencia Nacional de Salud e interventoría de los contratos (según corresponda) acorde con el procedimiento que se establezca para este efecto.



## OBJETIVOS DEL PROGRAMA

La Resolución 3384 del 2000 establece un Sistema de Fortalecimiento de la Gestión de las Aseguradoras frente a las Acciones de Protección Específica, Detección Temprana y Atención de Enfermedades de Interés en Salud Pública” con los siguientes objetivos<sup>16</sup>:

**OBJETIVO GENERAL:** Contribuir al fortalecimiento y perfeccionamiento de la gestión de las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado, en relación con las acciones de protección específica, detección precoz y atención de enfermedades de interés en salud pública establecidas en el Acuerdo 117, mediante el monitoreo permanente de indicadores trazadores, de tal forma que sea posible la orientación de la asistencia técnica, la aplicación oportuna de acciones de control y la adecuada atención de la población asegurada.

### OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Verificar el desarrollo de la red de servicios para ofrecer las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica, detección temprana y aplicación de las guías de atención integral de las patologías de interés en salud pública.
- Favorecer el logro de coberturas de las intervenciones establecidas en el Acuerdo 117, en consonancia con las metas establecidas por el Sistema.
- Impulsar el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios para el desarrollo de las actividades, procedimientos e intervenciones incluidas en el Acuerdo 117, en función de las condiciones mínimas de calidad establecidas en las normas técnicas y guías de atención para las enfermedades de interés en salud pública.

---

<sup>16</sup> Anexo 5 – 2000, Resolución 3384 del 2000.

## METAS.

Las metas del programa para la vigencia 2012 – 2015 son:

Descripción	Indicador	Línea de Base	2012	2013	2014	2015
Caracterización de la Red de Servicios para los Servicios de Demanda Inducida	% de caracterización de la Red de Servicios del Departamento según la disponibilidad de servicios para demanda inducida	0%	0%	50%	75%	100%
Monitoreo Trimestral del Cumplimiento de la Programación de las acciones de Demanda Inducida por EAPB	No de Actas/informes de monitoreo trimestral de cumplimiento por EAPB con cobertura en Risaralda al año	4/año	4/año	4/año	4/año	4/año
Verificación de la adherencia a guías de manejo por parte de las ESE e IPS de la Red de Servicios contratada	No de eventos de interés en salud pública con verificación anual de adherencia a la guía de manejo	2	5	11	11	11
Verificación de la adherencia a protocolos de vigilancia epidemiológica por parte de las ESE e IPS de la Red de Servicios del Departamento	No de eventos de interés en salud Pública con protocolo de vigilancia objeto de verificación de adherencia	2	5	11	11	11

**ACUERDO 117 DE 1998 DEL CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.** Establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Dentro de las acciones de demanda inducida relacionadas con las Direcciones Departamentales de Salud se indican:

- Las EPS, Entidades Adaptadas y Transformadas y las Administradoras de Régimen Subsidiado, deben presentar ante las entidades territoriales de salud, el listado de IPS con las cuales contratará la prestación de los servicios de protección específica, detección temprana y aplicación de las guías de atención integral de obligatorio cumplimiento.<sup>17</sup>
- Verificar que la programación anual de las acciones de demanda inducida se encuentren ajustados a las prioridades territoriales en materia de salud pública.<sup>18</sup>
- Las Direcciones Seccionales de Salud, verificarán por lo menos una vez al año, el cumplimiento de los contenidos del Acuerdo 117 y las demás normas que lo complementen<sup>19</sup>. Al respecto se identifican los siguientes aspectos objeto de vigilancia:

<sup>17</sup> Artículo 9, Acuerdo 117 de 1998.

<sup>18</sup> Artículo 14, Acuerdo 117 de 1998.

<sup>19</sup> Artículo 18, Acuerdo 117 de 1998.

- a. Verificar que cuenten como parte de la red asistencial, con una red de prestadores debidamente acreditada, propia o contratada, pública o privada que garantice las atenciones en salud contenidas en el Acuerdo 117.
- b. Verificar que los usuarios, al momento de la afiliación, reciban el listado de IPS que conforman la red y los servicios que prestan, así como cualquier modificación en la misma.
- c. Verificar que las IPS contratadas por la EPS se encuentren debidamente habilitadas.
- d. Verificar que cada EPS mantenga una ficha actualizada, en la cual conste la información de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento, realizadas a cada usuario.
- e. Verificar que la EPS haya establecido los mecanismos necesarios para identificar los riesgos en su población afiliada, con el fin de direccionar las acciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento.
- f. Verificar el desarrollo de estrategias para promover en sus afiliados la utilización de los servicios de protección específica y demanda inducida, así como facilitar el acceso a los programas permanentes de atención de las enfermedades de interés en salud pública.
- g. Verificar que las EPS realicen la identificación de los riesgos del ambiente que inciden sobre la salud de su población afiliada, notifiquen oportunamente la presencia de casos de enfermedades objeto de vigilancia en salud pública.
- h. Monitorear el proceso de coordinación de acciones a realizar conjuntamente con las autoridades locales, en el ámbito del plan de intervenciones colectivas.
- i. Dar traslado a la Superintendencia de Salud de las supuestas irregularidades que se hubieren detectado en las verificaciones correspondientes

**RESOLUCION 412 DEL 2000 y 4505 del 2012.** Ambas normas se sustentan en el Acuerdo 117, por lo que de su lectura se plantean las siguientes funciones, actividades y tareas complementarias:

- a. Verificar que las EPS y Entidades Adaptadas no dejen de efectuar las actividades, procedimientos e intervenciones establecidas en las normas técnicas establecidas por el Ministerio de Salud.<sup>20</sup>
- b. Verificar que en el municipio de residencia del afiliado, al EPS garantice la prestación de la totalidad de las actividades, procedimientos e intervenciones contenidos en las normas técnicas de obligatorio cumplimiento y en las guías de atención, a través de la red prestadora que cumpla los requisitos esenciales para la prestación de los mismos.<sup>21</sup> En el evento en que la red de prestadores de servicios de salud del municipio de residencia del afiliado, no pueda prestar la totalidad de los servicios establecidos en las normas técnicas y guías de atención,

<sup>20</sup> Parágrafo Único, Artículo 3º, Resolución 412/2000.

<sup>21</sup> Artículo 11, Resolución 412/2000.

- las EPS deben asumir los gastos del desplazamiento a que hubiere lugar para la prestación de los mismos.
- c. Verificar que no se estén aplicando copagos o cuotas moderadoras a las actividades, procedimientos e intervenciones contenidas en las normas técnicas y guías de atención establecidas en la Resolución 412.<sup>22</sup>
  - d. Verificar que para efectos de los traslados, se haga el traslado de la totalidad de la información relacionada con las actividades de detección temprana y protección específica realizadas al afiliado y a su núcleo familiar.<sup>23</sup>
  - e. Recolectar y consolidar el registro por persona de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las Enfermedades de Interés en Salud Pública de obligatorio cumplimiento, remitidas por las Direcciones Municipales de Salud o Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), de su red de servicios.
  - f. Reportar al Ministerio de Salud y de Protección Social, el registro por persona de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral de las Enfermedades de Interés en Salud Pública de obligatorio cumplimiento, según el anexo técnico que hace parte de la Resolución 004505 del 2012, dentro de los 30 días calendario siguientes al vencimiento del respectivo trimestre: Enero a Marzo, hasta el 30 de Abril; Abril a Junio, hasta el 31 de Julio; Julio a Septiembre, hasta el 31 de Octubre; Octubre a Diciembre, hasta 31 de Enero del año siguiente.
  - g. Responder por la oportunidad, cobertura y calidad de la información reportada.
  - h. Realizar la asistencia técnica, capacitación, monitoreo y retroalimentación a las Direcciones Municipales de Salud, Empresas Administradoras de Planes de Beneficios incluidas las de régimen de excepción de salud e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, que tienen a su cargo la atención de personas que no se encuentran afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, según corresponda a su competencia.
  - i. Realizar la verificación de la veracidad de la información reportada por las Direcciones Municipales de Salud o a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, de su red de servicios.

**LEY 715 DEL 2001.** Su artículo 43 establece para la Dirección Departamental de Salud las siguientes competencias:

43.1.2. Adoptar, difundir, implantar, ejecutar y evaluar, en el ámbito departamental las normas, políticas, estrategias, planes, programas y proyectos del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que formule y expida la Nación o en armonía con éstas.

43.1.3. Prestar asistencia técnica y asesoría a los municipios e instituciones públicas que prestan servicios de salud, en su jurisdicción.

43.1.5. Vigilar y controlar el cumplimiento de las políticas y normas técnicas, científicas y administrativas que expida el Ministerio de Salud, así como las actividades que desarrollan los municipios de su jurisdicción, para garantizar el logro de las metas del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sin perjuicio de las funciones de inspección y vigilancia atribuidas a las demás autoridades competentes.

---

<sup>22</sup> Artículo 13, Resolución 412/2000.

<sup>23</sup> Artículo 14, Resolución 412/2000.

43.1.6. Adoptar, implementar, administrar y coordinar la operación en su territorio del sistema integral de información en salud, así como generar y reportar la información requerida por el Sistema.

43.3.9. Coordinar, supervisar y controlar las acciones de salud pública que realicen en su jurisdicción las Entidades Promotoras de Salud, las demás entidades que administran el régimen subsidiado, las entidades transformadas y adaptadas y aquellas que hacen parte de los regímenes especiales, así como las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud e instituciones relacionadas.

**LEY 1438 DEL 2011.** Su artículo 114. OBLIGACIÓN DE REPORTAR indica: “Es una obligación de las Entidades Promotoras de Salud, los prestadores de servicios de salud, de las direcciones territoriales de salud, las empresas farmacéuticas, las cajas de compensación, las administradoras de riesgos profesionales y los demás agentes del sistema, proveer la información solicitada de forma confiable, oportuna y clara dentro de los plazos que se establezcan en el reglamento, con el objetivo de elaborar los indicadores. Es deber de los ciudadanos proveer información veraz y oportuna”.

## ANEXO 1

### ANTECEDENTES NORMATIVOS

Fueron normas previas de importancia para el diseño del presente programas las siguientes:

- **Acuerdo 23 del CNSSS.** En su artículo 25º establece las acciones de promoción, educación, prevención de la enfermedad y protección específica.
- **Acuerdo 30 del CNSSS.** Establece el no cobro de copagos y cuotas moderadoras a los servicios de promoción y prevención, programas de control en atención materno infantil y programas de control en atención de las enfermedades transmisibles
- **Acuerdo 33 del CNSSS.** Por el cual se fijan los criterios de utilización, distribución y manejo de los recursos de la subcuenta de promoción de la salud, mediante el diseño y ejecución de planes de prevención de la enfermedad.
- **Acuerdo 49 del CNSSS.** En su Artículo 1º modificó y adicionó el plan de beneficios del POSS establecido en el Acuerdo 23.
- **Acuerdo 56 del CNSSS.** Modifica parcialmente el Acuerdo 23 indicando, en su Artículo 3º, LOS PLANES Y PROGRAMAS DE PROMOCION Y PREVENCION: que es obligación de las Administradoras del Régimen Subsidiado, con cargo a la Unidad de Pago por Capitación, adelantar las actividades de promoción y prevención definidas en el artículo 4o. del Acuerdo No. 33, artículo 1o. del Acuerdo 49 del CNSSS y el artículo 6o. de la Resolución No. 3997/96 del Ministerio de Salud o en las normas que los adicionen o modifiquen.
- **Acuerdo 61 del CNSSS.** Prohíbe el cobro de de copagos al control prenatal, la atención del parto y sus complicaciones y a la atención del niño durante el primer año de vida en el Régimen Subsidiado..
- **Acuerdo 62 del CNSSS.** Modifica el Artículo 3º del Acuerdo 56 que quedó así:

“ARTICULO 3º.- DE LOS PLANES Y PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN: Es obligación de las Administradoras del Régimen Subsidiado, con cargo a la Unidad de Pago por Capitación, adelantar las actividades de promoción y prevención definidas, en el artículo 4º del Acuerdo N° 33, artículo 1º del Acuerdo No. 49 del CNSSS y el artículo 6º de la Resolución No. 3997/96 del Ministerio de Salud o en las normas que los adicionen o modifiquen.

Las Dirección Seccional de Salud o la entidad que haga sus veces, en coordinación con la Dirección de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud, verificará el cumplimiento de esta obligación.

Para este propósito las Administradoras del Régimen Subsidiado deberán presentar un reporte trimestral de las actividades adelantadas. Dicho reporte se elaborará en el formato único establecido por el Ministerio de Salud para los regímenes contributivo y subsidiado. De las irregularidades encontradas debe darse informe a la Superintendencia de Salud.”

- **ACUERDO 72 DEL CNSSS.** Define el plan de beneficios del Regimen Subsidiado y dice:

*“La cobertura de riesgos y servicios a que tienen derecho los afiliados al Régimen Subsidiado es la siguiente:*

*A. Atención básica del primer nivel: Acciones de promoción y educación: Comprende las acciones de educación en derechos y deberes en el Sistema*

*General de Seguridad Social en Salud y las acciones de promoción de la salud dirigidas al individuo y a la familia según el perfil epidemiológico de los afiliados, con el objeto de mantener la salud, promover estilos de vida saludables y fomentar el autocuidado y la solidaridad. Incluye el suministro del material educativo.*

*Los contenidos de las acciones de promoción y educación deberán orientarse en forma individual, familiar o grupal a :*

- 1. Promover la salud integral en los niños, niñas y adolescentes.*
- 2. Promover la salud sexual y reproductiva.*
- 3. Promover la salud en la tercera edad.*
- 4. Promover la convivencia pacífica con énfasis en el ámbito intrafamiliar.*
- 5. Desestimular la exposición al tabaco, al alcohol y a las sustancias psicoactivas.*
- 6. Promover las condiciones sanitarias del ambiente intradomiciliario.*
  - 7. Incrementar el conocimiento de los afiliados en los derechos y deberes, en el uso adecuado de los servicios de salud, y en la conformación de organizaciones y alianzas de usuarios.*

*B. Acciones de prevención de la enfermedad y protección específica: Están dirigidas a los afiliados de manera obligatoria, podrán ser de tipo individual, familiar y grupal y se orientan a mantener la salud, a prevenir o a detectar precozmente las enfermedades. La prestación de los servicios incluye los diferentes insumos.*

*En las actividades de prevención se deben incluir las definidas en el artículo 6o. de la Resolución No. 03997 del 30 de octubre de 1996, por la cual se establecen las actividades y los procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción y Prevención en el SGSSS.”*

*ARTICULO 7.- De los planes y programas de promoción y prevención: Es obligación de las Administradoras del Régimen Subsidiado, con cargo a la Unidad de Pago por Capitación, adelantar las actividades de promoción y prevención definidas, en el artículo 4° del Acuerdo N° 33 del CNSSS, el artículo 1° del presente Acuerdo y el artículo 6° de la Resolución No. 3997/96 del Ministerio de Salud o en las normas que los adicionen o modifiquen.*

*Las entidades territoriales, en coordinación con la Dirección de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud, verificarán el cumplimiento de esta obligación. Para este propósito las Administradoras del Régimen Subsidiado deberán presentar un reporte trimestral de las actividades adelantadas. Dicho reporte se elaborará en el formato único establecido por el Ministerio de Salud para los regímenes contributivo y subsidiado. De las irregularidades encontradas debe darse informe a la Superintendencia de Salud.*

*PARAGRAFO 1.- La Dirección General de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud definirá los procedimientos y forma de recolección y revisión de la información de que trata este artículo.*

*PARAGRAFO 2.- Las Administradora del Régimen Subsidiado deberán asignar por lo menos el 10% del total de la UPC-S para financiar las actividades de Promoción y Prevención.*



*Las entidades territoriales verificarán el cumplimiento de establecido en el presente artículo. En el evento de incumplimiento, por parte de las ARS, la entidad territorial descontará en los pagos siguientes los valores no ejecutados por concepto de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y los reintegrará a la Subcuenta de Solidaridad del FOSYGA.*

*Los recursos de que trata el presente artículo, serán administrados a través de una cuenta de destinación específica dentro de la Subcuenta de Solidaridad denominada: Promoción y Prevención Régimen Subsidiado”.*

- **ACUERDO 114 DEL CNSSS.** Establece condiciones de operación del régimen subsidiado y en especial:

*ARTICULO 3°.- PORCENTAJE MÍNIMO DE LA UPC-S DESTINADO A PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. Las Administradoras del Régimen Subsidiado deberán destinar como mínimo de los ingresos por concepto de UPC-S, el setenta y cinco por ciento (75%) para financiar la prestación de servicios de salud de su población afiliada al régimen subsidiado y el diez por ciento (10%) para financiar las acciones de promoción y prevención de esta población.*

....

*De conformidad con el procedimiento que defina el Ministerio de Salud, las ARS, deberán girar dentro de los dos (2) meses siguientes a la terminación del contrato de aseguramiento, a los Fondos Seccionales, Distritales o Locales de Salud, el monto correspondiente a los recursos no ejecutados del 10% de la UPC-S, que según lo definido en el presente artículo, deberá destinarse a actividades de Promoción y Prevención. El reintegro de los recursos anteriormente señalados se efectuará sin perjuicio de las sanciones a que haya lugar, de conformidad con el numeral 5° del artículo 230 de la Ley 100 de 1993.*

- **ACUERDO 117 del CNSSS.** Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública.
- **ACUERDO 125 del CNSSS.** Por medio del cual se establece el periodo de transición para la aplicación del Acuerdo 117 y se dictan otras disposiciones. Las otras disposiciones modifican los artículos 13, 14 y 19 del Acuerdo 117.
- **ACUERDO 158 del CNSSS.** Por el cual se modifica el artículo 3°- del Acuerdo 114 del CNSSS. El Artículo 1° dice:

*PARAGRAFO : Hasta tanto no entre en vigencia el Acuerdo 117 del CNSSS, las ARS deberán destinar el diez por ciento (10%) de los recursos de la UPC - S, para la financiación de las actividades de Promoción y Prevención y aplicarán hasta el 31 de Marzo del año 2.000, el Acuerdo 33/96, y la Resolución 3997 para la programación, ejecución y reporte de las mismas.*

- **ACUERDO 229 del CNSSS.** Por el cual se define la proporción de UPC - S que se destinará para la financiación de las acciones de promoción y prevención para el Régimen Subsidiado a cargo de las entidades territoriales y las Administradoras del Régimen Subsidiado y se dictan otras disposiciones.
- **ACUERDO 244 del CNSSS.** Por medio del cual se definen la forma y las condiciones de operación del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Deroga expresamente los Acuerdos 41, 95, 104, 111, 114, el artículo 21 del Acuerdo 117, 128, 131, 145, 164, 166, 176, 177, 207 y 230.



- **ACUERDO 249 del CNSSS.** Por el cual se precisa la financiación de algunas actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida del POS-S. Aclara que se financia con cargo a la UPC-S.
- **ACUERDO 260 del CNSSS.** Por el cual se define el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Relacionado con el tema:

*Artículo 6º. Servicios sujetos al cobro de cuotas moderadoras. Parágrafo 2º. Si el usuario está inscrito o se somete a las prescripciones regulares de un programa especial de atención integral para patologías específicas, en el cual dicho usuario debe seguir un plan rutinario de actividades de control, no habrá lugar a cobro de cuotas moderadoras en dichos servicios.*

*Artículo 7º. Servicios sujetos al cobro de copagos. Deberán aplicarse copagos a todos los servicios contenidos en el plan obligatorio de salud, con excepción de:*

- 1. Servicios de promoción y prevención.*
- 2. Programas de control en atención materno infantil.*
- 3. Programas de control en atención de las enfermedades transmisibles.*

- **ACUERDO 306 del CNSSS.** Por medio del cual se define el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado. Indica:

*Artículo 2º. Contenidos del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado. POSS.*

*A. Acciones para Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad.*

*La cobertura incluye las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública, según normas mencionadas en el artículo 1º del presente Acuerdo y comprende los diferentes insumos necesarios para el cumplimiento de las normas de calidad, según normas y guías adoptadas mediante Resolución 412 del 2000, 3384 de 2000 y la 968 de 2002 o las normas que las adicionen, modifiquen y sustituyan, con las exclusiones señaladas en el artículo 3º de la Resolución 3384 de 2000. La cobertura de servicios incluye la colposcopia con biopsia y estudio anatomopatológico con coloraciones de rutina, para la detección precoz del Cáncer Cervicouterino.*

- **ACUERDO 380 del CNSSS.** Por medio del cual se incluyen medicamentos anticonceptivos hormonales y el condón masculino en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado.
- **ACUERDO 395 DE 2008.** Por medio del cual se incluyen servicios ambulatorios especializados en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado para la atención de pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 e Hipertensión Arterial y se ajusta el valor de la UPC en el Régimen Subsidiado para el año 2008.
- **ACUERDO 415 del CNSSS.** Por medio del cual se modifica la forma y condiciones de operación del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Deroga expresamente los Acuerdos 77, 244, 253, 258, 267, 273, 294, 300, 303, 304, 307, 330, 331, 343, 346 y 39.
- **ACUERDO 003 DE LA CRES.** Por el cual se aclaran y se actualizan integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado. Específicamente estableció:

*ARTÍCULO 8. GUÍAS DE ATENCIÓN. Para orientar la aplicación eficiente del Plan Obligatorio de Salud. y la provisión efectiva de las prestaciones que lo componen, se aprueba la elaboración y adopción de Guías de Atención o manejo Integral de*

condiciones médicas o patologías, conforme las prioridades identificadas o en su defecto comenzando por el tratamiento de alto costo o de enfermedades catastróficas o ruinosas, y para aquellas enfermedades más prevalentes y de mayor costo efectividad en su manejo. Para las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida son de obligatorio cumplimiento los protocolos de manejo definidos en la normatividad vigente.

*PARÁGRAFO. Para efectos de lo establecido en este artículo y en el contexto del Plan Obligatorio de Salud, una Guía de Atención Integral es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento, que tienen como objetivo la Protección Específica, la Detección Temprana y la Atención de las Enfermedades de interés en Salud Pública. En ella se definen los pasos mínimos a seguir y el orden secuencial lógico de éstos, el nivel de complejidad y el personal de salud calificado que debe atenderlos, teniendo en cuenta las condiciones de elegibilidad del paciente de acuerdo con variables de género, edad, condiciones de salud, expectativas laborales y de vida, como también de los resultados en términos de calidad y cantidad de vida ganada, con la mejor utilización de los recursos y tecnologías a un costo financiable por el Sistema General de Seguridad Social en Salud y por los afiliados al mismo.*

**ARTÍCULO 58. ACCIONES PARA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD.** *En el POSC la cobertura incluye las actividades, procedimientos e intervenciones descritas en el siguiente artículo necesarias para la protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública, según el conjunto de Normas Técnicas y Guías de Atención adoptadas mediante Acuerdo 117 de 1998, resoluciones 412 de 2000 y 3442 de 2006, teniendo en cuenta lo establecido en el Acuerdo 229 y en las resoluciones 3384 de 2000 y 968 de 2002, con las exclusiones señaladas en el artículo 3° de la Resolución 3384 de 2000.*

**ARTÍCULO 73. ACCIONES PARA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD.** *En el POSS, esquema de subsidios completos, la cobertura incluye las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública, según el conjunto de Normas Técnicas y Guías de Atención adoptadas mediante Acuerdo 117 de 1998, resoluciones 412 de 2000 y 3442 de 2006, teniendo en cuenta lo establecido en el Acuerdo 229 y en las Resoluciones 3384 de 2000 y 968 de 2002 o las normas que las adicionen, modifiquen o sustituyan, con las exclusiones señaladas en el artículo 3° de la Resolución 3384 de 2000.*

*La cobertura de servicios incluye:*

- a. La colposcopia con biopsia y estudio anatomopatológico con coloraciones de rutina, para la detección precoz del Cáncer Cervicouterino.*
- b. La esterilización quirúrgica femenina.*
- c. La vasectomía o esterilización masculina, como método definitivo de planificación familiar.*

- **ACUERDO 29 de la CRES.** Dice expresamente:

**ARTÍCULO 12. PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD.** De conformidad con la estrategia de Atención Primaria en Salud -APS- el Plan Obligatorio de Salud cubre todas las atenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, protección específica y detección temprana y adoptadas mediante las Resoluciones 412 y 3384 de 2000, 3442 de 2006 y 0769 y 1973 de 2008 del Ministerio de Salud y Protección Social.

**PARÁGRAFO.** Si alguna de las normas o guías referidas en el presente Artículo son modificadas de tal forma que se incluyan tecnologías en salud, requieren aprobación expresa de la Comisión de Regulación en Salud para ser incluidas dentro de los contenidos del Plan Obligatorio de Salud.

- **RESOLUCIÓN 3997 DE 1996:** Por la cual se establecen las actividades y los procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).
- **RESOLUCION 412 DE 2000:** Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de las enfermedades de interés en salud pública. Deroga la Resolución 3997 de 1996.
- **RESOLUCIÓN 1078 del 2000.** Por la cual se modifica la Resolución 412 del 25 de febrero de 2000 en sus artículos 11 y 13.
- **RESOLUCION 1745 DE 2000:** Por la cual se modifica la fecha de entrada en vigencia de la Resolución 412 de 2000 que establece las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y adopta las Normas Técnicas y Guías de Atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.
- **RESOLUCION 3384 DEL 2000.** Por la cual se modifican las Resoluciones 412 y 1745 de 2000 y se deroga la Resolución 1078 de 2000.
- **RESOLUCION 3443 DE 2006:** Por la cual se adoptan las Guías de Práctica Clínica basadas en evidencia para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con VIH / SIDA y Enfermedad Renal Crónica y las recomendaciones de los Modelos de Gestión Programática en VIH/SIDA y de Prevención y Control de la Enfermedad Renal Crónica.
- **RESOLUCION 425 DEL 2008.** El literal a, Numeral 1, Artículo 17, Título IV establece dentro las actividades, procedimientos e intervenciones del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas la “Difusión y promoción de las políticas públicas, modelos, normas técnicas y guías de atención integral.
- **RESOLUCION 459 DEL 2012.** Protocolo y modelo de atención integral a víctimas de violencia sexual.
- **RESOLUCION 4505 DEL 2012.** Por la cual se establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento.
- **DECRETO 1485 DE 1994.** El Artículo 2º, literal b. dentro de las responsabilidades de las Entidades Promotoras de Salud establece el “administrar el riesgo en salud de sus afiliados, procurando disminuir la ocurrencia de eventos previsible de enfermedad o de eventos de enfermedad sin atención, evitando en todo caso la discriminación de personas con altos riesgos o enfermedades costosas en el Sistema”.

- **DECRETO 1804 DE 1999.** Para las Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado –hoy Entidades Promotoras de Salud del Subsidiado – es una obligación, según el Artículo 4º, Numeral 3º del decreto “administrar el riesgo en salud de sus afiliados, como aseguradoras y administradoras que son, procurando disminuir la ocurrencia de eventos previsibles de enfermedad o de eventos de enfermedad sin atención, evitando en todo caso la discriminación de personas con altos riesgos o enfermedades costosas”.
- **Circular Conjunta 069 – 16** Ministerio de Salud y Superintendencia de Salud Formato único para reporte de actividades de promoción y prevención. (Sustituida por la Circular Conjunta 018/074 de 1998.
- **Circular Conjunta 018 – 074** de 1998 de la Superintendencia de Salud y Ministerio de Salud. Formato único para reporte de actividades de promoción y prevención. Se ordenó su presentación trimestral y presentado al mes siguiente de concluido el trimestre.

## ANEXO 2

### GLOSARIO DE TERMINOS