



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2020

()

Por la cual se adoptan los “Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud” como estrategia del fortalecimiento del talento humano en salud.

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de las facultades legales, especialmente, las conferidas por los artículos 15 de la Ley 1438 de 2011, 16 de la Ley 1616 de 2013, 2 numeral 11 del Decreto 4107 de 2011, y,

CONSIDERANDO

Que la Ley 1164 de 2007 mediante la cual se dictaron disposiciones para el Talento Humano en Salud, al señalar como principio general el de “concertación”, indicó que se deben establecer espacios y mecanismos para propiciar acercamientos conceptuales y operativos que permitan definir líneas compartidas de acción, por parte de los diferentes actores que intervienen en la prestación de los servicios de salud.

Que en desarrollo de la citada Ley, se emitió la Política Nacional de Talento Humano a través de la cual se busca, entre otros aspectos, promover y articular acciones intersectoriales mediante la conformación de equipos multidisciplinarios para la salud (EMS) como una estrategia para fortalecer la coordinación y la capacidad resolutive de los servicios primarios, avanzar en el cuidado integral de la población y lograr una mayor integración de los servicios de salud con los territorios y comunidades atendidas, a través de una gestión que potencie las capacidades individuales de cada uno de sus integrantes y generen aprendizajes y sinergias en beneficio de los pacientes y comunidades.

Que, de otra parte, la Ley 1438 de 2011 estableció la implementación de la Atención Primaria en Salud y los equipos básicos de salud, como un concepto funcional y organizativo que permita facilitar el acceso a los servicios de salud en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud.

Que posteriormente, la Ley Estatutaria 1751 de 2015, destacó como elementos del derecho fundamental a la salud los de accesibilidad y aceptabilidad (art. 5°) así como la integralidad en la atención (art. 8°) y en su artículo 24 señaló que el Estado debe garantizar el mejoramiento del talento humano, y la disponibilidad de servicios de salud para toda la población en el territorio nacional, en especial, en las zonas marginadas o de baja densidad poblacional.

Que, por su parte, la Resolución 518 de 2015 mediante la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública, establece la conformación de Equipos de las Entidades Territoriales en Salud para la implementación del Plan de Intervenciones Colectivas en Salud Pública (PIC).

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los “Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud” como estrategia del fortalecimiento del talento humano en salud.”

Que también, mediante el Decreto 682 de 2018, por el cual se sustituyó el Capítulo 3 del Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto número 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, se establecieron las condiciones para la autorización de funcionamiento, habilitación y permanencia de las entidades responsables del aseguramiento en salud, quienes deben para garantizar un adecuado funcionamiento, cumplir y demostrar en la gestión integral del riesgo en salud, la integración de equipos de salud interdisciplinarios, así como, la disponibilidad de talento humano capacitado en gestión de riesgos, atención primaria en salud y medicina familiar.

Que, además la Resolución 2626 de 2019, modificada en sus artículos 9 y 10 por la Resolución 1147 de 2020, actualizó la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) e incluyó la conformación de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud (EMS) en el Modelo de Acción Integral Territorial –MAITE, como una de las acciones para superar barreras que interfieren con la garantía del derecho a la salud.

Que adicionalmente, a través de la Ley 1616 del 2013 se garantiza el ejercicio pleno del derecho a la Salud mental, entre otros aspectos, mediante la disposición de un equipo Interdisciplinario que fomente la prevención y atención integral e integrada de conformidad con el modelo de atención, guías y protocolos vigentes, a fin de garantizar el respeto de la dignidad y los Derechos Humanos de las personas, familias y colectivos sujetas de atención asegurando la integralidad y los estándares de calidad.

Que, en situaciones de emergencia sanitaria (Resoluciones 521 y 536, ambas de 2020), la Organización de Equipos para la Salud y adscripción de población según la localización geográfica, la concertación del Plan Integral de Cuidado Primario (PICP) y la articulación de acciones prioritarias en salud entre Entidades Adaptadas de Planes de Beneficio (EAPB), Instituciones Prestadoras de Salud y Entidades Territoriales de Salud (ETS) se ha revelado como un esquema necesario para garantizar la atención integral de todas las personas, familias y comunidades.

Que, para materializar lo expuesto, es preciso desarrollar e implementar una estrategia fundamentada en la Atención Primaria en Salud (APS) centrada en las personas, las familias y las comunidades, para coordinar las acciones sectoriales e intersectoriales entre los diversos actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, asegurando la cobertura y acceso para el goce efectivo del derecho fundamental de la salud y el alcance de la salud universal, optimizando la disponibilidad, eficiencia y resolutivez del talento humano del sector salud, y orientado a la obtención de mejores resultados en salud.

Que de conformidad con lo anterior, y con el fin de garantizar la prestación, acceso, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios de salud según las necesidades y requerimientos de la población, en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), se requiere adoptar los “lineamientos técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la salud” que hacen parte integral de ésta resolución.

En mérito de lo expuesto,

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los “Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud” como estrategia del fortalecimiento del talento humano en salud.”

RESUELVE

Artículo 1. Objeto. Adoptar los “Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud” como estrategia para el fortalecimiento y gestión del talento humano en el sistema de salud, previstos en el Anexo Técnico que forma parte de este acto administrativo. Con base en los mismos, las entidades territoriales, en sus diferentes ámbitos, definirán los requisitos óptimos para su desarrollo y articulación, con el propósito de orientar desde su ejercicio de gobernanza, la garantía del derecho fundamental a la salud de toda la población de su territorio.

Artículo 2. Ambito de aplicación. Los lineamientos que se adoptan mediante la presente resolución se encuentran dirigidos a las secretarías de salud departamentales, distritales y municipales o las entidades que hagan sus veces, a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, a los prestadores de servicios de salud y al talento humano en salud.

Parágrafo. Estos lineamientos deberán ser adaptados por los regímenes especiales y de excepción atendiendo a las condiciones específicas de las población afiliada a los mismos.

Artículo 3. Vigencia. La presente resolución rige a partir de su publicación.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá D. C., a los

FERNANDO RUIZ GÓMEZ
Ministro de Salud y Protección Social

Aprobó:
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios.
Director de Desarrollo del Talento Humano en Salud
Director de Prestación de Servicios y Atención Primaria
Directora de Promoción y Prevención
Directora Jurídica

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los “Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud” como estrategia del fortalecimiento del talento humano en salud.”

ANEXO TÉCNICO

LINEAMIENTOS TÉCNICOS ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE EQUIPOS MULTIDISCIPLINARIOS PARA LA SALUD

PRESENTACIÓN 5

CAPÍTULO 1. CONTEXTO 8

CAPÍTULO 2. REFERENTES CONCEPTUALES14

 2.1 Equipo Multidisciplinario para la Salud (EMS)14

 2.2 Referente Teórico de los EMS15

 CAPÍTULO 3. ALCANCE DE LOS LINEAMIENTOS.18

CAPÍTULO 4. OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS18

CAPÍTULO 5. PROPÓSITO19

CAPÍTULO 6. FUNCIONAMIENTO Y ORGANIZACIÓN DE LOS EMS19

 6.1 Funcionamiento de los EMS.....22

 6.1.1 Funcionamiento operativo22

 6.1.2 Funciones esenciales de los EMS35

 6.2 Organización de los EMS.....41

 6.2.1 Composición de los EMS.....41

 6.2.2 Número de EMS por ámbito territorial49

CAPÍTULO 7. METAS E INDICADORES DE LOS LINEAMIENTOS51

CAPÍTULO 8. PROGRESIVIDAD EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS LINEAMIENTOS.....53

CAPÍTULO 9. REFERENTES CONCEPTUALES NACIONALES E INTERNACIONALES56

 9.1 Referenciación internacional56

 9.2 Referenciación nacional.....65

CAPÍTULO 10. ESTRUCTURA GENERAL DEL PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO PARA EMS DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD69

Bibliografía.....71

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

ANM: Academia Nacional de Medicina

APS: Atención Primaria en Salud

ASIS: Análisis de Situación de Salud

EIP: Educación Interprofesional

EMS: Equipo Multidisciplinario de Salud

EAPB: Entidad Administradora de Planes de Beneficios

ET: Entidad Territorial

DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística

DTS: Dirección Territorial de Salud

IPS: Institución Prestadora de Servicios de Salud

MAITE: Modelo de Acción Integral Territorial

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los “Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud” como estrategia del fortalecimiento del talento humano en salud.”

MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social
OMS/OPS: Organización Mundial de la Salud / Organización Panamericana de Salud
PB: Plan de Beneficios
PAIS: Política de Atención Integral en Salud
PCI: Práctica Colaborativa Interprofesional
PIC: Plan de Intervenciones Colectivas
PICPS: Plan Integral de Cuidado Primario de la Salud
ReTHUS: Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud
RIAS: Rutas Integrales de Atención en Salud
RIPS: Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud
RIPSS: Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud
SENA: Servicio Nacional de Aprendizaje
SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud.
SISPI: Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural.
SISPRO: Sistema Integral de Información de la Protección Social.
SOGCS: Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud.
SUH: Sistema Único de Habilitación en Salud.
THS: Talento Humano en Salud
UPC: Unidad de Pago por Capitación

PRESENTACIÓN

El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) adopta estos lineamientos con el fin de fortalecer la prestación de los servicios de salud y el talento humano que participa en el cuidado y gestión de la salud¹ y orientar la organización y el funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud (EMS) tanto en los Prestadores de Servicios de Salud², como al interior de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y las Entidades Territoriales (ET). El desarrollo de estos lineamientos y particularmente el trabajo colaborativo que requiere el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en articulación con otros sectores, conlleva no solo a la organización de equipos al interior de cada entidad del SGSSS, con sus funciones particulares, sino también, a la interoperabilidad de todos los equipos que hagan presencia en un territorio específico, con la gobernanza y direccionamiento de las ET considerando los Planes Territoriales de Salud (PTS), para gestionar con mayor eficiencia al personal disponible del sector salud y articular los esfuerzos institucionales e intersectoriales, con el fin de obtener mejores resultados en salud.

La Ley 1751 de 2015, estatutaria del derecho fundamental a la salud, hace propicio este desarrollo a través de aspectos como la naturaleza del derecho (art. 2º), sus elementos

¹ Considerando la naturaleza intersectorial del cuidado de la salud, en la conformación de EMS se contempla a diferentes perfiles necesarios, y no solamente a los inscritos en el Registro de Talento Humano en Salud (ReTHUS)

² Actualmente, y en desarrollo de la Resolución 1441 de 2016, los prestadores de servicios de salud se están organizando en Redes Integrales de Prestación de Servicios de Salud (RIPSS) con el liderazgo de las EAPB. Las RIPSS son el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud u organizaciones funcionales de servicios de salud, públicos, privados o mixtos, ubicados en un ámbito territorial definido, con una organización funcional que comprende un componente primario y un componente complementario, bajo los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad, e incluyen procesos y mecanismos requeridos para la operación y gestión de la prestación de servicios de salud, con el fin de garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud, y la atención oportuna, continua, integral y resolutive, contando con los recursos humanos, técnicos, financieros, físicos y de información, para garantizar la gestión adecuada de la atención así como también, mejorar los resultados en salud (Resolución 144 de 2016. MSPSP).

Continuación de la resolución *“Por la cual se adoptan los “Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud” como estrategia del fortalecimiento del talento humano en salud.”*

y principios (art. 6°), entre los que debe destacarse tanto la aceptabilidad como la accesibilidad, y sin duda alguna, teniendo en cuenta el de determinantes sociales en salud, que se incorpora en la misma (arts. 9 y 20), y la concepción de integralidad a la cual se alude en el artículo 8° *ib.* En el contexto de la Ley 1438 de 2011, de la Política Nacional de THS de 2018, de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y de su modelo operativo, el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) definido en la Resolución 2626 de 2019, y las normas que lo modifiquen, la conformación de EMS es una herramienta para operativizar la garantía del derecho fundamental a la salud de todas las personas, familias y comunidades, integrada a la prestación de los servicios de salud, al modelo de aseguramiento y los demás componentes de la política sanitaria actual, con el fin de optimizar el talento humano disponible, fortalecer la coordinación y la capacidad resolutoria de los servicios de salud, y en particular de la atención primaria en salud.

Bajo este marco normativo y de política, la organización del talento humano de los diferentes actores del SGSSS en EMS, está orientado a promover el cuidado integral de las personas y familias, en atención a las prioridades en salud de los diferentes territorios y comunidades atendidas, especialmente en zonas rurales y rurales dispersas, a través de una gestión que potencie además las capacidades individuales de cada uno de los integrantes de los equipos, propiciando aprendizajes y sinergias en beneficio de la población.

La implementación de los EMS, para llegar a ser universal, deberá llevarse a cabo de manera paulatina, partiendo de la organización del talento humano que ya está vinculado a las diferentes entidades del SGSSS (IPS, EAPB y ET) y progresivamente se deberá ir fortaleciendo a través de acciones de formación de sus integrantes, así como de la incorporación de nuevos perfiles, en respuesta a los procesos de planificación del THS que se adelanten en el territorio, de acuerdo con las necesidades de salud y de atención de la población³.

Las directrices que se definen están dirigidas a la conformación de EMS, los cuales integran los siguientes esquemas de organización del talento humano en el Sistema General de Seguridad Social en Salud:

- a) Equipos multidisciplinarios y básicos, a los cuales se refieren los artículos 13, 15 y 16 de la Ley 1438 de 2011.

En el contexto de la PAIS, la presente reglamentación desarrolla los conceptos funcionales y organizativos que sobre la organización del talento humano en salud define dicha Ley, y que en su artículo 13, *“implementación de la Atención Primaria en Salud”*, incluye como uno de los elementos necesarios, al *“Talento humano organizado en Equipos Multidisciplinarios, motivado, suficiente y cualificado”*, y en sus artículos 15 y 16, refiere a los *“Equipos básicos de salud”* para *“facilitar el acceso a los servicios de salud en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS)”*. En este sentido, los presentes Lineamientos Técnicos permiten desarrollar las funciones definidas para dichos equipos en la Ley 1438 de 2011,

³ Estos lineamientos aplican para la organización de los EMS relacionados en todas las normas que los incluyan, como las Resoluciones 521 y 536 de 2020, que hacen referencia a procedimientos de atención domiciliaria y plan de expansión y reasignación del THS durante la pandemia por COVID-19.

Continuación de la resolución "Por la cual se adoptan los "Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud" como estrategia del fortalecimiento del talento humano en salud."

fortaleciendo su desempeño y articulación en el SGSSS, a través de procesos de reorganización, fortalecimiento y adecuación progresiva del talento humano, en los cuales se destaca el trabajo colaborativo y la educación interprofesional en salud (EIP).

- b) Equipos interdisciplinarios mencionados en el artículo 18 de la Ley 1616 del 2013 sobre salud mental.
- c) Organización del Talento Humano de las Entidades Territoriales de Salud para la implementación del Plan de Intervenciones Colectivas en Salud Pública (PIC), de acuerdo con las Resoluciones 518 de 2015, 3280 de 2018 y las normas que la modifiquen.
- d) Equipos de las EAPB para la gestión integral del riesgo en salud, de acuerdo con el artículo 2.5.2.3.3.1 del Decreto 682 de 2018.

En su parte inicial, este documento presenta un breve contexto que enmarca la propuesta y los referentes conceptuales. Posteriormente, define el alcance, resaltando la presentación de directrices dirigidas a los actores del SGSSS, para garantizar la organización progresiva del Talento Humano que participa en el cuidado y gestión de la salud en EMS. Traza los objetivos para continuar con el despliegue de los dos ejes fundamentales de los lineamientos: i) la organización y ii) el funcionamiento; en el marco de un proceso previo de planificación territorial.

En cuanto a la organización de los EMS, el documento precisa criterios para su composición y la definición del número de equipos, según el ámbito territorial correspondiente. Expone referentes generales que son susceptibles de adaptación por parte de las EAPB, prestadores de servicios de salud y Entidades Territoriales, considerando los requerimientos de los procesos de atención, el análisis de la situación de salud y las características diferenciales de la población, soportada en evidencias objetivas y verificables. Como parte de los EMS, los lineamientos definen la conformación de grupos nucleares y grupos transversales que combinan diversos perfiles de profesionales, técnicos, tecnólogos y especialistas, con la incorporación del rol de los gestores comunitarios en salud en todos los ámbitos territoriales.

Con respecto al funcionamiento, hace referencia a diez (10) acciones que se deben desarrollar para el trabajo en equipo: 1) la definición de roles, 2) la inducción, re-inducción y formación continua, 3) la definición de aspectos comunes y toma de decisiones, 4) la auto-organización y auto-gestión, 5) el fortalecimiento de vínculos, 6) el trabajo colaborativo, 7) la definición e implementación de mecanismos para los flujos de información y comunicación entre los integrantes del equipo, 8) la generación de espacios y tiempos de encuentro, 9) el fortalecimiento de atributos compartidos, y 10) el soporte administrativo y de infraestructura mínima requerida para el funcionamiento de los EMS.

En el apartado sobre funcionamiento, se enuncian las principales acciones claves a cargo del EMS de los prestadores de servicios de salud, relacionadas con el liderazgo en la planeación, implementación, seguimiento y evaluación de Planes Integrales de

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los “Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud” como estrategia del fortalecimiento del talento humano en salud.”

Cuidado Primario (PICP)⁴ de la población de un territorio. Adicionalmente, se presentan las competencias específicas de los EMS de las EAPB para liderar la gestión del riesgo individual en salud y las de los EMS de las Entidades Territoriales (ET) para liderar la gestión del riesgo colectivo en el territorio, en el contexto del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC).

Finalmente, se incluyen las metas e indicadores de los lineamientos, y en el marco de la progresividad, el documento plantea tres etapas: el alistamiento, la implementación y el seguimiento; así como, un apartado de información complementaria, relacionado con la recopilación de referentes y experiencias nacionales e internacionales sobre equipos de salud.

La implementación de estos lineamientos se debe armonizar con las normas que sean complementarias, como las rutas integrales de atención en salud –RIAS (Resolución 3280 de 2018, modificada por la Resolución 276 de 2019), el sistema obligatorio de garantía de calidad en salud –SOGCS (Decreto 1011 de 2006), incluyendo el sistema único de habilitación en salud –SUH (Resolución 3100 de 2019) y el PIC (Resolución 518 de 2015), entre otras.

Este documento se podrá actualizar, de acuerdo con la definición de herramientas metodológicos y operativos para apoyar la organización y funcionamiento de los EMS de los diferentes actores del SGSSS.

CAPÍTULO 1. CONTEXTO

Ciertos estudios (Restrepo & Ortiz, 2017) así como los datos con que cuenta el MSPS señalan que el Talento Humano en Salud⁵ disponible en el país para el 2019 era de 769.492⁶ personas, de los cuales 356.092 corresponden a profesionales y especialistas (46,4%) y 441.400 a auxiliares, técnicos y tecnólogos (53,6%). Del total de profesionales, 70.042 corresponden a enfermería y 116.140 a profesionales de medicina; mientras que del total de auxiliares, 294,025 corresponden a auxiliares de enfermería y 2.549 auxiliares en salud pública.

Entre el 2015 al 2020, la densidad de profesionales de enfermería aumentó de 11,5 x 10.000 habitantes a 14,5 x 10.000 habitantes, mientras que la densidad de médicos

⁴ El Plan Integral de Cuidado Primario (PICP) se define como una herramienta operativa y sistemática que permite identificar, planear, implementar, monitorear y evaluar las acciones individuales, colectivas y poblacionales en salud para el cuidado personal, familiar y comunitario de la salud, durante los momentos del curso de vida y en los diferentes entornos de vida cotidiana.

⁵ De acuerdo al artículo 1 de la Ley 1164 de 2007 “Por Talento Humano en Salud se entiende todo el personal que interviene en la promoción, educación, información de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad de todos los habitantes del territorio nacional dentro de la estructura organizacional de la prestación de los servicios de salud”. Adicional, y como ya se precisó anteriormente, en los EMS pueden participar otros perfiles, considerando la naturaleza intersectorial del cuidado de la salud.

⁶De la disponibilidad total, no todos están trabajando en el sector salud y de los que están en el sector, no todos se desempeñan en áreas o actividades asistenciales. El dato incluye a todos los perfiles que se encuentran en el país, independientemente de que ejerzan o no su ocupación o profesión y del tipo área en la que se desempeñen: clínica, asistencial, docente, investigación, administrativa, entre otras.

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los “Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud” como estrategia del fortalecimiento del talento humano en salud.”

pasó 19,5 x 10.000 habitantes a 24,1 x 10.000 habitantes ⁷; cifras similares a las del cono sur (14,8 x 10.000 habitantes), pero inferiores a las reportadas por Estados Unidos (111 x 10.000 habitantes) y Canadá (106,4 x 10.000 Habitantes) (Cassiani, Hoyos, & Barreto, 2018), existiendo grandes diferencias entre ámbitos territoriales, y a nivel urbano específicamente, entre las ciudades capitales y los municipios pequeños. Mientras las ciudades con mayor tamaño, que concentran el 20% del total de la población, tienen una densidad promedio de 22 enfermeras o enfermeros y 41,8 médicos por cada diez mil habitantes, los municipios pequeños, que concentran el 20% de la población, tienen una densidad de 3,1 enfermeras y 5,7 médicos por cada diez mil habitantes.

Estas cifras evidencian, primero, que la cantidad de profesionales de medicina y enfermería requeridos para asegurar la atención en servicios asistenciales, aún se encuentra lejos de la meta propuesta por la Organización Mundial de la Salud de alcanzar una densidad de 44,5 profesionales de Medicina y Enfermería por 10.000 habitantes⁸; y segundo, que persisten brechas en cuanto a la distribución geográfica del talento humano en salud.

En las siguientes tablas se presenta la densidad estimada de cada profesión de la salud a nivel nacional, y la densidad por grupos de municipios, según población, lo cual sugiere no solo la insuficiencia a nivel nacional, sino también, brechas e inequidades entre municipios y regiones.

Tabla 1. Densidad de profesionales del área de la salud

Profesión	Densidad 2019
Bacteriología	4,7
Enfermería	13,9
Fisioterapia	6,4
Fonoaudiología	2,4
Instrumentación quirúrgica	2,3
Medicina	23,1
Nutrición y dietética	1,8
Odontología	10,6
Optometría	1,2
Terapia ocupacional	1,5
Terapia respiratoria	1,2
Química Farmacéutica	1,6
Oftalmología	0,3

Fuente: Estimaciones Dirección de Desarrollo da Talento Humano en Salud, Ministerio de Salud y Protección Social, a partir del cubo de ReTHUS y PILA.

Tabla 2. Densidad de profesionales de medicina y enfermería, y de auxiliares de enfermería, por agrupación de municipios, según numero de habitantes

7 Estimaciones de la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud, 2018. Observatorio de Talento Humano en Salud.

8 Se espera alcanzar una densidad de 44,5 profesionales por 10.000 habitantes (WHO, 2016).

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los “Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud” como estrategia del fortalecimiento del talento humano en salud.”

Grupo	# de municipios	Rango de población	Densidad por diez mil habitantes		
			Médicos	Enfermeros	Auxiliar en enfermería
I	2	2.549.537 - 8.281.030	41,8	22,4	93,7
II	11	493.342 - 2.470.747	35,1	22,1	82,2
III	45	114.413 - 491.159	24,5	15,7	59,1
IV	196	29.989 - 114.322	8,4	5,6	30,6
V*	868	429 - 29.794	5,1	3,8	25,5

Fuente: Estimaciones Dirección de Desarrollo da Talento Humano en Salud, Ministerio de Salud y Protección Social.

Nota: Se agruparon los municipios en cinco grupos considerando su población. La sumatoria de la población de los municipios de cada grupo corresponde al 20% de la población total del país. El Grupo I corresponde a los municipios de mayor población que en conjunto concentran cerca del 20% de la población, y así sucesivamente hasta el grupo V, el cual correspnde a los municipio con menor población.

Los anteriores datos demuestran no solo la necesidad de contar con mayor cantidad de talento humano en salud, sino de optimizar, articular y potencializar las acciones que actualmente llevan a cabo los distintos perfiles de salud y, sin duda, los EMS se convierten en una alternativa para alcanzar dichos objetivos. Al respecto, la organización del talento humano en equipos, parte de un consenso internacional aplicable a todos los sistemas de salud (OPS, 2016), (OPS, 2008). Al respecto, la OMS/OPS, en el “Llamado a la Acción de Toronto” (OPS, 2005), promovió la conformación de los equipos de salud como estrategia para mejorar la calidad de los servicios.

En 2008, la Renovación de la Atención Primaria de Salud (APS) en las Américas, presentó estrategias para el desarrollo de los equipos de APS (OPS, 2008). Así mismo, mediante las Metas Regionales para el desarrollo de los Recursos Humanos en Salud 2007-2015, la OPS impulsó a todos los países a conformar equipos de salud con diversas competencias, incluyendo los agentes comunitarios de salud, para mejorar el acceso y la cobertura universal de salud (OPS & OMS, 2017). En esta estrategia, la OMS/OPS reitera su invitación a la conformación de equipos interprofesionales para soportar el funcionamiento de las redes integradas de servicios de salud (RISS) (OPS & OMS, 2017); así como en el informe “Estrategia Global sobre Recursos Humanos en Salud” refiriendo la importancia de incluir los equipos de salud en el primer nivel de atención como herramienta para mejorar la oportunidad, continuidad y resolutiveidad que se brinde en los servicios de salud, especialmente, en las zonas más dispersas (WHO, 2016).

El Informe de la Comisión de Alto Nivel sobre Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata”, resalta la importancia del talento humano en los sistemas de salud. Menciona que el talento humano competente y sensible, organizado en equipos, será capaz de responder con calidad ante la situación de salud de la población con atenciones integrales, esto es, con acciones interrelacionadas de promoción y mantenimiento de la salud, prevención, recuperación y rehabilitación de la enfermedad. En este sentido, precisa que es necesario contar con equipos a cargo de la salud de la población, en espacios territoriales definidos, con competencias para aportar a la transformación de los procesos de determinación social de un territorio, para coordinar la implementación de las políticas, la participación social, la salud pública y los servicios socio- sanitarios (OPS & OMS, 2019).

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los “Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud” como estrategia del fortalecimiento del talento humano en salud.”

Los equipos para la salud se convierten en una tecnología estratégica imprescindible en un sistema de salud, dado que le permiten a las personas, familias y comunidades, contar con el aporte de diferentes profesiones y ocupaciones para el cuidado de su salud (OPS & OMS, 2017). Estos equipos son fundamentales para la Práctica Colaborativa Interprofesional (PCI), garantizando así la garantía de la continuidad, oportunidad, calidad, proximidad y accesibilidad cultural y cobertura universal a la atención integral de salud.

De igual forma, la evidencia disponible y recopilada por la OMS/OPS establece que el trabajo colaborativo y la educación interprofesional⁹ son imperativos actuales en la gestión del THS (OPS & OMS, 2017), en donde la estrategia de educación interprofesional en salud (EIP) funciona como un medio para adquirir las competencias necesarias para el trabajo en equipo efectivo, el cual se desarrolla en los escenarios de prestación de servicios de salud, tanto clínicos como no clínicos, articulados con los entornos académicos, a partir de la necesidad de integrar conocimientos, habilidades y prácticas de distintas profesiones y ocupaciones que permitan mayor preparación y respuesta efectiva a situaciones cada vez más complejas en el ámbito sanitario, para el logro de la PCI. Con esto, se espera mejorar las condiciones - de salud y bienestar de la población, en un contexto de crisis económica y problemas crecientes en la calidad, disponibilidad y distribución de diferentes perfiles profesionales (Fortuna, Mishima, Matumoto, & Pereira, 2005), (West, Poulton, Pearson, & Spencer, 1997), (Rosales & Valverde, 1998).

Para Colombia es una necesidad y un reto la conformación de Equipos para la Salud, como elemento de innovación para la formación, gestión y desempeño del talento humano que participa del cuidado de la salud (Lamus, Muñoz, & Rincón, 2015), (Ruiz-Rodríguez, Acosta-Ramírez, Rodríguez Villamizar, Uribe, & León-Franco, 2011). El desarrollo del THS es esencial para el SGSSS, en el entendido que todas las instancias del sector están constituidas fundamentalmente por personas, de cuya formación, experiencia, competencias y motivación, dependen altamente los resultados en salud, el logro de los objetivos del Sistema y el mismo desarrollo técnico y profesional del personal sanitario.

Son las personas quienes de manera articulada pueden desarrollar de manera efectiva las políticas para el cuidado de la salud, de ahí la importancia de orientar la organización de los EMS con el fin de optimizar y desarrollar los recursos, proceso que ya se viene realizando en diferentes entidades, con diversos enfoques y composición. En el contexto de la gestión de los servicios, es claro que trabajar en equipo mejora los resultados e indicadores, y esta evidencia cobra relevancia para superar la fragmentación y segmentación que enfrenta el SGSSS (Ruiz-Rodríguez, Acosta-Ramírez, Rodríguez Villamizar, Uribe, & León-Franco, 2011).

Estos lineamientos tienen en cuenta los marcos normativos definidos en la Ley 1438 de 2011, por medio de la cual se reforma el SGSSS, cuyo artículo 13 menciona como uno de los elementos para la implementación de la APS en el SGSSS, la organización del talento humano en equipos multidisciplinarios. Así mismo, se da en el marco de la Ley 1164 de 2007, por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en

⁹ Con el término interprofesional se hace referencia a la interacción coordinada, dinámica, colaborativa, creativa y efectiva en equipos de profesiones y ocupaciones de la salud, definidas de acuerdo con el marco legal colombiano.

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los “Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud” como estrategia del fortalecimiento del talento humano en salud.”

Salud (Congreso de la República D. , 2007), la Política Nacional de Talento Humano en Salud (Minsalud, 2018) y las demás normas vigentes sobre THS, las cuales tienen como principales enfoques, el desarrollo de competencias, la ética y la autonomía profesional, la calidad, humanización y seguridad del paciente, y el reconocimiento de los títulos y certificados de programas del área de la salud, expedidos por las instituciones de educación superior y las instituciones de educación para el trabajo y el desarrollo humano. De igual manera, el objeto de la conformación y el funcionamiento de los EMS, responde a la Ley 1751 de 2015ⁱ por la cual se regula el derecho fundamental a la salud, la normatividad por la cual se crea y reglamenta el SGSSS y demás políticas en salud (Congreso de la República d. , 2015).

Ahora bien, la Resolución 2626 de 2019, actualizó la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) con el objetivo de orientar el Sistema hacia la generación de las mejores condiciones de salud para la garantía del derecho a la salud (Minsalud, 2019). La PAIS mantiene y consolida como estrategias esenciales del SGSSS, a la APS con enfoque de salud familiar y comunitaria, el cuidado y autocuidado para la salud, la gestión integral del riesgo y el enfoque diferencial. A partir de este marco estratégico, se adopta como marco operativo el Modelo de Acción Integral Territorial –MAITE, a través del cual se despliegan ocho líneas de acción territorial sectoriales e intersectoriales, fundamentadas en las necesidades específicas de cada territorio, la coordinación intersectorial, la participación social y el fortalecimiento de la gobernanza, como mecanismos para superar barreras que interfieren con la garantía del derecho a la salud.

Dentro de las líneas de acción del MAITE se incorporan la consolidación de Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (RIPSS), de acuerdo con lo reglamentado en la Resolución 1441 de 2016, así como la continuidad en la definición e implementación de Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) a las que hacen referencia las Resoluciones 3202 de 2016, 3280 de 2018 y 276 de 2019. Las RIAS integran acciones poblacionales, colectivas, individuales que deberán ser articuladas por los EMS para el cuidado de la salud a través de la implementación de Planes Integrales de Cuidado Primario de la Salud¹⁰ (PICPS).

De igual manera, la implementación de la PAIS y su marco operativo plantean la necesidad de realizar acciones prioritarias en la línea de talento humano: i) planeación nacional y territorial del THS, ii) fortalecer la pertinencia, calidad y resolutiveidad, iii) organizar el Talento humano en Equipos Multidisciplinarios de Salud (EMS); iv) gestionar procesos de diálogo de saberes, formación permanente, técnica y profesional en salud, y v) desarrollar estrategias para mejorar la disponibilidad, condiciones de trabajo digno y retención del talento humano en salud.

Considerando el reto operativo que genera el MAITE para todos los actores del SGSSS, la implementación de los lineamientos para la organización y el funcionamiento de EMS, es una estrategia que permitirá integrar en cada territorio, los procesos y procedimientos institucionales (asistenciales y administrativos) de prestadores de servicios de salud, EAPB y Entidades Territoriales, y de estos con entidades de otros sectores, para garantizar el propósito de la continuidad e integralidad en la atención en salud para toda

¹⁰ Estos planes integrales de cuidado de la salud incluyen atenciones y acciones para promover la salud, prevenir, manejar, rehabilitar y paliar la enfermedad en las personas, las familias y comunidades, como sujetos de atención en salud, de acuerdo con las potencialidades y necesidades existentes (Minsalud, 2018).

Continuación de la resolución “*Por la cual se adoptan los “Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud” como estrategia del fortalecimiento del talento humano en salud.*”

la población, considerando los elementos y principios estatutarios del derecho fundamental a la salud: accesibilidad, oportunidad, calidad, eficiencia, sostenibilidad, entre otros.

En este sentido, es fundamental que la gestión y operación de los EMS esté articulada al plan de acción del MAITE y el Plan Territorial de Salud (PTS) definido para cada Entidad Territorial. Esto requiere que los EMS de los prestadores, EAPB y Entidades Territoriales, con el respaldo técnico y financiero de las respectivas instituciones, desarrollen sus procesos, y consoliden sus productos, en articulación con los planes de acción del MAITE, que están a cargo de las respectivas secretarías departamentales y distritales de salud, articulación que demanda un amplio liderazgo institucional y gobernanza de la Entidad Territorial (ET).

En consonancia con lo anterior, el Plan Nacional de Salud Rural, definido de conformidad con el *Acuerdo final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera* (2016), establece que como parte de la materialización del derecho a la salud en las zonas rurales, y para la reducción de las brechas entre el campo y la ciudad, es fundamental conformar RIPSS, incluyendo, entre otros aspectos, al talento humano organizado en Equipos Multidisciplinarios para la Salud (EMS). Por consiguiente, el país debe contar gradualmente en todo el territorio nacional, con Equipos Multidisciplinarios para la Salud (EMS) los cuales serán organizados por los Prestadores de Servicios de Salud, así como por las EAPB y las Entidades Territoriales.

Los EMS deberán conformarse con una combinación de perfiles de especialistas, profesionales, técnicos y tecnólogos, incorporando a los gestores comunitarios, que representan un nuevo rol, para fortalecer la gestión en todos los ámbitos territoriales. Así mismo, los EMS deben coordinar acciones en salud con líderes y actores comunitarios, incluyendo a los roles específicos para grupos étnicos, como los sabedores, médicos y parteras tradicionales, y otras denominaciones que le asignen las comunidades y sus legítimas autoridades.

Ahora bien, de acuerdo con el principio de interculturalidad de la Ley Estatutaria (art. 6°, inciso segundo, literales l), m) y n)), en los territorios donde habitan los pueblos indígenas del país, la implementación de estos lineamientos deberá darse de acuerdo con los desarrollos del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI) en diálogo con el SGSSS, en referencia con lo contenido en la Circular 011 del 2018 del MSPS¹¹ y los demás avances que se dispongan sobre el tema. Así mismo, en los territorios donde existen otros grupos étnicos (Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenquera y el Pueblo Rrom o Gitano), los lineamientos deberán ajustarse de acuerdo con la cosmovisión, usos y costumbres de esta población, en el marco de procesos de concertación con sus legítimas autoridades tradicionales.

Las directrices de este documento se soportan en múltiples evidencias internacionales y nacionales (OPS, *Interprofessional Education in Health Care: Improving Human Resource Capacity to Achieve Universal Health*, 2016) las cuales sustentan que el trabajo en equipo mejora la capacidad resolutoria, el abordaje de las necesidades en cada etapa del ciclo familiar e individual, aumenta el grado de satisfacción de las personas frente a la atención en salud, optimiza los resultados en salud y la gestión

¹¹ Disponible en el siguiente enlace:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/circular-11-de-2018.pdf>

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los “Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud” como estrategia del fortalecimiento del talento humano en salud.”

eficiente del talento humano en salud disponible. En el capítulo 9 de este documento, las personas e instituciones interesadas podrán acceder al marco de referencia nacional e internacional analizado como parte del proceso de diseño de estos lineamientos.

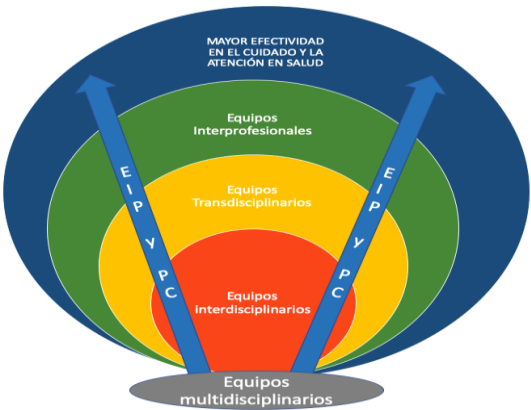
CAPÍTULO 2. REFERENTES CONCEPTUALES

2.1 Equipo Multidisciplinario para la Salud (EMS)

Los EMS representan la organización funcional del talento humano que participa del cuidado y gestión de la salud, promoviendo la integración operativa de las acciones poblacionales, colectivas e individuales. Es una manera de organizar el trabajo de un grupo de personas con roles, perfiles y competencias diversas y complementarias (gestores comunitarios, técnicos laborales tecnólogos, profesionales, especialistas, entre otros), que interactúan en un contexto territorial específico y desempeñan diferentes funciones para proveer cuidados integrales y continuos para la salud de la población adscrita. La interacción de los integrantes del EMS está fundamentada en el respeto, la confianza, la comunicación efectiva, el trabajo colaborativo y la corresponsabilidad como elementos y competencias esenciales alcanzadas a partir de la EIP y PCI (OPS & OMS, 2017). Este esquema fortalece el talento humano en salud y dimensiona su papel en la prestación del servicio de salud.

Según Choi y Pak, aunque hoy en día los términos multidisciplinario, interdisciplinario y transdisciplinario se definen de manera ambigua y se usan indistintamente, los tres términos se refieren a la participación de múltiples disciplinas del conocimiento, en diversos grados de acción, en contextos específicos continuos (Choi B & Pak, 2006). De acuerdo con los autores, lo multidisciplinario es sumativo, lo interdisciplinario es interactivo y lo transdisciplinario es holístico. En este sentido, la conformación de grupos con disciplinas múltiples transita por espacios de participación disciplinar en la búsqueda de consolidar el trabajo en equipo multidisciplinario apropiado para resolver los problemas complejos de la realidad. Como resultado final del trabajo con enfoque de disciplinas múltiples se espera la evolución hacia equipos interprofesionales que alcancen la mayor efectividad, eficacia y eficiencia en el cuidado y la atención en salud (ver figura 1).

Figura 1. Esquema gráfico de grados de acción y niveles de desarrollo de equipos disciplinares múltiples.



Fuente: adaptado por Ortega y Serpa (junio 2020), basados en conceptos (Choi B & Pak,

Continuación de la resolución “*Por la cual se adoptan los “Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud” como estrategia del fortalecimiento del talento humano en salud.*”

2006)

La *multidisciplinariedad*, según Pain, ocurre cuando expertos de diferentes campos trabajan juntos en un tema común dentro de los límites de su propia disciplina, sin embargo, cuando no se apegan a estos límites, pueden llegar a un punto donde pueden avanzar más y acercarse más a sus propios campos para formar nuevos conceptos e ideas, y crear nuevas soluciones (Pain, 2003). Este enfoque permite que el equipo de salud analice holísticamente la realidad de un territorio específico, articulando diferentes saberes y desarrollos disciplinares, y a partir de ello, abordar la situación de salud de las personas, las familias y las comunidades, con acciones planeadas, pertinentes, coordinadas y complementarias.

Además de la complementariedad de las competencias específicas de sus integrantes, el trabajo en equipos multidisciplinarios es la base para promover entre sus integrantes la puesta en marcha de las competencias transversales, como la creatividad, la innovación e investigación, la comunicación, la cooperación, el pensamiento crítico y analítico, el vínculo con la población, la gestión en salud, la resolución de conflictos, y el manejo de emociones, entre otros.

En este sentido, el abordaje multidisciplinar del trabajo en equipo, que destaca la coordinación de los desarrollos teóricos de las disciplinas del área de la salud, se debe complementar con el enfoque interprofesional. Este último enfoque profundiza en la colaboración operativa efectiva que se genera en el ejercicio y la práctica profesional, reconociendo la importancia de los vínculos y las relaciones interpersonales, así como el compromiso con el cuidado de la población, la ética, la responsabilidad social, y la búsqueda de la dignificación en las condiciones de vinculación del talento humano que participa del cuidado y gestión de la salud.

Según el estudio realizado por Sharon Mickan, el trabajo en equipo reduce el tiempo y los costos de hospitalización, mejora la coordinación en la atención, la accesibilidad y eficiencia de los servicios de salud, facilita la aceptación del tratamiento y las personas refieren satisfacción frente a la atención. Así mismo, el trabajo en Equipo representa para sus integrantes, un mayor grado de satisfacción laboral (Mickan, 2005).

A nivel mundial, los países están promoviendo estrategias para organizar los recursos humanos en salud y para optimizar su capacidad colectiva en la atención en salud. Canadá, por ejemplo, para mejorar el acceso a la atención y hacer uso de la combinación de las competencias del personal sanitario, en algunas de sus provincias, está generando atenciones dadas por equipos colaborativos e interprofesionales. Dentro de los resultados obtenidos, se ha identificado que el personal médico que trabaja como parte de un equipo puede brindar 52% más de atenciones que el médico que no trabaja en equipo y se han documentado modelos de atención compartida en donde se complementa el conocimiento de profesionales médicos con otros perfiles técnicos y profesionales para mejorar los resultados en salud de la comunidad (ACHDHR, 2009).

2.2 Referente Teórico de los EMS

La conformación de los EMS y la gestión de sus resultados en la situación de salud de la población y en el desarrollo del personal sanitario, se puede fundamentar a partir de algunos atributos que han sido estudiados en otras áreas del conocimiento como la

Continuación de la resolución *“Por la cual se adoptan los “Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud” como estrategia del fortalecimiento del talento humano en salud.”*

economía, las ciencias básicas, la biología, las ciencias sociales y que se resumen en la explicación propositiva de la teoría de redes complejas (Barabasi, 2003). Esta teoría refiere que todo se encuentra interrelacionado entre sí, a partir de lo cual se generan dinámicas de co-dependencia (lo que le sucede a un integrante del EMS afecta al otro); acoplamiento (interacción y articulación de los elementos entre sí, donde la falta de uno de ellos afecta al sistema completo), co-evolución (la interacción de los integrantes del EMS genera comportamientos de mayor complejidad que les permite resolver problemas y aprender nuevas formas de afrontar las situaciones) y sincronía (diferentes personas interactúan para dinamizar el flujo de recursos que circulan en el EMS, tales como información, recursos físicos o recursos de apoyo) (Solé, 2016), (Ehrlich & Carboni, 2005).

Es de anotar que las redes complejas están conformadas por tres elementos básicos: nodos (llámese nodo a personas, EMS, instituciones, organizaciones, entre otros); vínculos (interacciones presentes entre los nodos) y *“Hubs”* o concentradores (nodos más interconectados en la red, que pueden ser aquellas personas o EMS que más contacto tienen con otros actores o dentro del mismo EMS). Para el caso de comprender al EMS como red, la estructura y tamaño de la red dependerá del número de nodos, posición o contactos de los concentradores (hubs) y de las dinámicas al interior de la red que se presentan a partir del tipo de vínculo que establece el EMS con sus integrantes (vínculos fuertes o vínculos débiles) (Watts, 2006).

Los vínculos fuertes corresponden al tipo de relación cercana, los cuales están dados por el grado de consanguinidad, parentesco, colegaje o vínculo afectivo. En cambio, los vínculos débiles son aquellas interacciones poco frecuentes, con un grado mínimo de relacionamiento entre sí. A diferencia de lo que se podría pensar, los vínculos fuertes generan dinámicas homogéneas o iguales entre pares, donde los recursos que se comparten como información (creencias, conceptos, emociones, prácticas, razones, redes de apoyo, entre otros) o materia (recursos físicos) suelen ser similares; en este sentido, los vínculos fuertes no permiten un espacio para la generación de nuevas opciones, interacciones o relacionamientos con redes externas que no son afines a esta (Vélez, 2017). Por el contrario, los vínculos débiles, a pesar de no tener un relacionamiento cercano, proporcionan elementos externos a la red que les confiere mayor posibilidad de innovación (diversidad), oportunidad de cambio y de aprendizaje (adaptación al contexto externo o interno de la red). Los dos vínculos siempre estarán presentes en la red, son necesarios y dependerán de las interacciones que se generen en el tiempo (Krebs, 1996).

Algunos estudios que han tomado como referente la teoría de redes complejas, han descrito las dinámicas que se pueden presentar en la red (Cherven, 2015). Estas dinámicas no son estáticas en el tiempo, son cambiantes; se adaptan según las personas que la integran, los recursos que comparten, las dinámicas externas que interactúan con dicha red (entorno) y las dinámicas internas o propias de la red (Gómez, 2016).

La teoría de redes complejas se puede utilizar para explicar las dinámicas que se presentan en los EMS, así como en la generación de nuevas interacciones (redes externas) que les permitan vincularse y trabajar con todo el talento humano en salud, profesionales de otras áreas del conocimiento, instituciones, personas, familias y colectivos. Sabemos que las personas, familias y comunidades participan de alguna manera en dichas redes y los beneficios de estar en dicha red se pueden evidenciar en

Continuación de la resolución *“Por la cual se adoptan los “Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud” como estrategia del fortalecimiento del talento humano en salud.”*

mejores relaciones con los servicios de salud, así como, mejores resultados en salud que es el objetivo principal de las políticas de salud. Así mismo, reconoce que la organización y compartimentación a través de la cual ha avanzado el conocimiento científico no responde a la complejidad propia que surge de la realidad; en el campo de la salud es evidente que los problemas que allí se plantean son multidimensionales y, por lo tanto, es necesario que agrupen áreas del conocimiento que en principio no tendrían muchos nexos.

Ahora, entendido el EMS como una forma de nodo, este se mueve en torno a intereses comunes, como parte básica para lograr la sincronía, acople, codependencia y co-evolución (Aguilar, y otros, 2016). Al trabajar en torno a un objetivo común (por ejemplo, bienestar y cuidado en salud de las personas, sus familias y comunidades), las dinámicas del EMS ponen a disposición todos sus recursos (insumos, conocimiento, información, infraestructura, talento humano, recursos económicos, competencias) para alcanzar dicho objetivo.

De ahí la importancia de que el Sistema General de Seguridad Social en Salud garantice las condiciones para que los integrantes que conforman los EMS, logren estar en sincronía para aunar esfuerzos, optimizar recursos, generar nuevos vínculos débiles y promover cooperación (interacciones estratégicas que construyen en beneficio del interés colectivo) en torno a mejorar la salud de la población y sus proyectos de vida. Al entablar dinámicas de cooperación, no solo se benefician las instituciones al optimizar recursos; también hay un beneficio para los EMS al generar nuevos vínculos basados en el apoyo mutuo (Dinámicas de cooperación) y la complementariedad (Codependencia) (Nowak & Highfield, 2012).

Así mismo, es importante resaltar que el trabajo en EMS demanda del sistema educativo, de un enfoque de formación por competencias de los diferentes perfiles de salud que conforman los equipos, además de la adopción de un enfoque de gestión del desempeño por competencias, por parte de las entidades que conforman dichos equipos, que promueve la pertinencia y resolutiveidad de los servicios de salud para la resolución de las problemáticas en salud de la población, articulando y orientando las expectativas del talento humano personal sanitario y los procesos de formación continuada durante el ejercicio de las ocupaciones y profesiones del área de la salud (Minsalud, 2018), elementos de suma importancia para obtener mejores resultados en salud, satisfaciendo de manera apropiada las necesidades de salud y expectativas de la población, y velando por la sostenibilidad financiera del sistema de salud (Berwick & Nolan, 2008).

De otra parte, la conformación de los EMS también deber sustentarse en la educación basada en la estrategia de Educación Interprofesional (EIP). Esta estrategia busca fortalecer el trabajo colaborativo entre ocupaciones y profesiones para potenciar su desempeño a partir de la interacción, la colaboración, la ampliación de roles y el fortalecimiento del vínculo del personal de salud con las comunidades. Según OMS/OPS la EIP *“ocurre cuando los estudiantes de dos o más profesiones aprenden sobre los demás, con los demás y entre sí, para permitir una colaboración eficaz y mejorar los resultados de salud”* (WHO, 2010). La EIP también tiene aplicabilidad como estrategia que permita potenciar los perfiles en ejercicio que ya conforman los EMS, como parte de la formación continua y educación permanente, con el fin de fomentar su desarrollo ocupacional y profesional, así como mejorar sus interacciones, dinámicas y articulación, para asegurar un mejor desempeño del equipo, optimizando así recursos

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los “Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud” como estrategia del fortalecimiento del talento humano en salud.”

humanos, técnicos y financieros.

Actualmente, Colombia cuenta con un plan de acción para desarrollar la EIP en el país. Este plan se implementa en coordinación con el Ministerio de Educación Nacional y la OPS, con participación de Instituciones de Educación Superior, el Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, prestadores de servicios de salud, organizaciones y movimientos sociales.

Ver avances en el siguiente enlace:
<https://www.educacioninterprofesional.org/es/colombia-realiza-el-tercer-taller-nacional-de-eip-y-reconoce-la-importancia-de-la-estrategia-para>

CAPÍTULO 3. ALCANCE DE LOS LINEAMIENTOS.

Estos lineamientos direccionan la organización funcional del talento humano disponible para el cuidado y la gestión de la salud, en EMS. Con las respectivas particularidades, estos Equipos se deben organizar en los prestadores de servicios de salud, estén o no organizados en las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (RIPSS) a las que hace referencia la Resolución 1441 de 2016, así como en las EAPB, incluye las Entidades Promotoras de Salud -EPS- y las que se les asimilen, para el Plan de Beneficios en Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado; e incluyendo las EPS de los regímenes de excepción y especiales, y en las Entidades Territoriales. Como herramienta de política pública, y en relación al compromiso de implementación de la Ley Estatutaria en Salud, para materializar los elementos y principios del derecho fundamental a la salud allí expresados, estos lineamientos reconocen los aportes y competencias de los diferentes perfiles técnicos, tecnológicos y profesionales que hoy están participando en el SGSSS, y direcciona la organización en EMS, no solo para articular procedimientos técnicos a nivel institucional, sino también para integrar acciones en torno al cuidado de la salud en un mismo territorio, promoviendo el empoderamiento de la población.

La gestión del trabajo colaborativo en salud, a través de la organización de Equipos en las instituciones que tienen responsabilidades operativas en el ciclo de la atención integral en salud de las personas, familias y comunidades, es un imperativo técnico y ético, por ser un dispositivo que ayuda a mejorar la calidad en salud y garantizar el derecho fundamental a la salud. Se definen procesos funcionales para que el trabajo en equipo se desarrolle no solo al interior de cada servicio y de cada institución, sino también entre las diferentes entidades, con el propósito de generar integralidad en el cuidado y gestión de la salud.

Estos lineamientos deberán ser adaptados por los administradores de regímenes especiales y de excepción atendiendo a las condiciones específicas de las población afiliada a los mismos.

CAPÍTULO 4. OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Definir criterios para la organización y el funcionamiento del Talento Humano que participa en los procesos de cuidado y gestión de la salud, en EMS.
Son objetivos específicos los siguientes:

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los “Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud” como estrategia del fortalecimiento del talento humano en salud.”

- Definir directrices para la organización de EMS de los prestadores de servicios de salud, EAPB y Entidades Territoriales, en los diferentes ámbitos territoriales (urbano, rural y rural disperso).
- Describir las acciones para orientar el funcionamiento de los EMS.

CAPÍTULO 5. PROPÓSITO

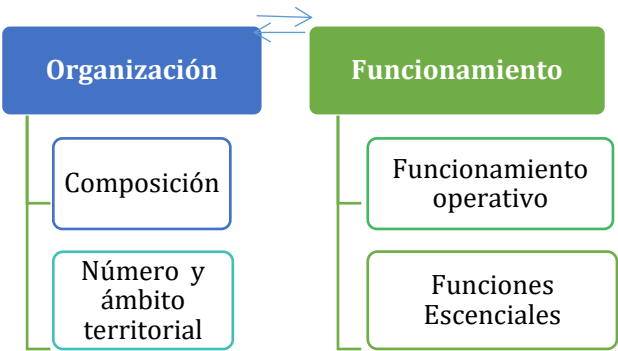
La creación y organización del talento humano en prestadores de servicios de salud, EAPB y Entidades Territoriales de salud en EMS, busca fortalecer la calidad e integralidad de la atención en salud de las personas, familias y comunidades residentes en el país, a la par que se hace un uso más eficiente del número y variedad de perfiles disponibles de ocupaciones y profesiones en el sector salud, considerando la heterogeneidad y las limitaciones que tienen algunos territorios del país en este sentido. De igual manera, busca mejorar la planeación, e incidir positivamente en la formación continua y gestión del talento humano para fortalecer las acciones en salud a nivel poblacional, de manera colectiva e individual.

Esta estrategia pretende también optimizar el ejercicio y desempeño de los diferentes perfiles de salud y de los Equipos como un todo, basado en las propiedades emergentes del trabajo colaborativo, y a través de la coordinación con las otras instituciones presentes en un territorio específico, con el fin de aportar a la abogacía y gestión que requiere la atención integral en salud y la asistencia social de las poblaciones, incidiendo sobre los diferentes determinantes sociales de la salud y la enfermedad.

CAPÍTULO 6. FUNCIONAMIENTO Y ORGANIZACIÓN DE LOS EMS

Para el logro de los objetivos, las entidades responsables de la implementación de estos lineamientos (Prestadores de servicios de salud y EAPB) con el direccionamiento, seguimiento y evaluación de las Entidades Territoriales en Salud, en el marco de los procesos de planeación territorial en salud, deberán avanzar progresivamente, y de manera articulada en cada territorio, en el desarrollo de dos ejes: i) La organización, y ii) el funcionamiento del talento humano disponible en los territorios, en EMS (Figura 2).

Figura 2. Ejes para el funcionamiento del THS en EMS.



Fuente. Elaboración propia, junio 2020.

La organización y funcionamiento de los EMS debe partir del proceso previo de planificación del Talento Humano para la Salud, desarrollado con el liderazgo de la

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los “Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud” como estrategia del fortalecimiento del talento humano en salud.”

Entidad territorial, en coordinación con las EAPB y los prestadores de servicios de salud y la participación del talento humano disponible en el territorio, las familias y comunidades. Para ello, los Prestadores de servicios de salud, las EAPB y las Entidades Territoriales deberán tener en cuenta el resultado conjunto, esto es, como parte de la coordinación intersectorial, del análisis de las siguientes variables:

- a) La organización y distribución de espacios territoriales específicos¹². Los EMS, ya sean de prestadores, EAPB o entidades territoriales, deberán estar organizados de manera georreferenciada dentro de un espacio territorial definido, como unidad de planificación y acción conjunta. Estas definiciones podrán estar orientadas principalmente por el análisis de:
 - i) las condiciones geográficas, socio-históricas y económicas de cada ámbito territorial; y
 - ii) la disponibilidad de talento humano y organización de los servicios poblacionales, colectivos e individuales de salud en el territorio

Una misma área sanitaria, o zona de articulación de los EMS de prestadores, EAPB y entidades territoriales, podrá integrar los tres ámbitos territoriales de la PAIS (rural disperso, rural y urbano) y, por lo tanto, diferentes modalidades de servicios y esquemas de organización de los mismos.

Con el liderazgo de la Entidad Territorial, es preciso documentar las rutas que permitan articular los medios de comunicación y las vías de acceso de cada área sanitaria, como guía para la movilidad e interoperabilidad de los EMS, así como para definir los procesos de referencia, contra-referencia, modalidades presenciales de prestación de servicios de salud y por Telesalud y Telemedicina, con el objeto de concretar la integralidad y oportunidad en la atención, en función de las necesidades de la población. Lo anterior debe realizarse con la participación del talento humano disponible y los referentes y líderes de las comunidades que conocen el territorio, incorporando metodologías tales como la cartografía social, el diálogo de saberes y la Investigación Acción Participativa (IAP), entre otras. Para esta delimitación se recomienda hacer uso de los desarrollos del Análisis de Situación de Salud (ASIS), los mapas geofísicos y político-administrativos.

- b) La población que habita esos espacios territoriales. Esto deberá darse en tres sentidos:
 - i) El número de personas y familias, para lo cual es importante hacer uso de las estadísticas disponibles (CENSO y proyecciones) del DANE, así como los Cubos de Información del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO), del número de personas a cargo de las EAPB en este espacio territorial y el índice de dispersión o concentración de la población en los diferentes ámbitos territoriales. Así mismo, para estimar del número de familias, puede aplicar el índice del promedio de personas por hogar (Minsalud & Profamilia, 2015): para zona urbana (3,5 personas por hogar) y zona rural o dispersa (3,6 personas por hogar) en Colombia;

¹² Hace referencia a las zonas con características ambientales, sociales y económicas, en las que se distribuye el territorio de influencia de la institución (Prestador de servicios de salud, EAPB, Entidad Territorial).

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los “Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud” como estrategia del fortalecimiento del talento humano en salud.”

- ii) Caracterización poblacional (características demográficas, diferenciando el momento del curso de vida);
 - iii) Según la diversidad cultural (población campesina, grupos étnicos, como son los pueblos indígenas, Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenquera y Pueblo Rrom o Gitano, entre otros);
 - iv) Sujetos de especial protección, y de manera específica la atención de niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad.
- c) La situación de salud de la población en el espacio territorial definido. La organización funcional de los EMS debe responder a la situación de salud de la población. En ese sentido, es importante tener en cuenta el ASIS, la caracterización del riesgo individual que deben desarrollar las EAPB y los planes territoriales de salud que correspondan, publicados en las páginas oficiales de las Entidades Territoriales y del MSPS¹³. Con la revisión de estos documentos, se espera que los actores involucrados en la organización de los EMS puedan establecer las prioridades en salud para la organización de los EMS, específicamente para su composición.
- d) La oferta y la demanda de servicios de salud de los espacios territoriales y la organización y habilitación de Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (RIPSS). Esta información puede obtenerse de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), disponible para consulta a través de los Cubos de Información del SISPRO¹⁴, así como el Registro de Prestadores de Servicios de Salud (REPS). También podrá estimar la oferta y demanda de acciones colectivas, de acuerdo con el histórico de las acciones realizadas en el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) y las acciones proyectadas en los Planes Territoriales de Salud. La información de las RIPSS la suministran las EAPB y las Entidades Territoriales.
- e) La caracterización, planificación y estimación de necesidades de talento humano en el territorio. Esta información puede obtenerse a partir de la caracterización del talento humano vinculado actualmente a los prestadores de servicios de salud, a las EAPB y a las Entidades Territoriales, con los datos de las áreas de recursos humanos, o quien haga sus veces. De igual manera, puede consultar las estimaciones publicadas en el Observatorio de THS del MSPS¹⁵ o puede generar las estimaciones con la información disponible en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS), consultando los Cubos de Información del SISPRO, integrando como insumo la información de la Planilla Individual de Liquidación de Aportes a la Seguridad Social (PILA) y el Registro Único de Afiliación al SGSSS (RUAF).

Así mismo, y como herramienta para conocer los indicadores de carga de trabajo para la estimación de personal necesario en la atención en salud, se recomienda usar el método dispuesto por la OMS, denominado Workload Indicators of Staffing Need

¹³ Disponible en el siguiente enlace: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/ASIS.aspx>

¹⁴ Disponible en el siguiente enlace: <https://www.sispro.gov.co/Pages/Home.aspx>

¹⁵ Disponible en el siguiente enlace: <http://ontalentohumano.minsalud.gov.co/indicadores/Paginas/IndicadoresBasicos.aspx>

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los “Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud” como estrategia del fortalecimiento del talento humano en salud.”

(WISN) - Indicadores de carga de trabajo para la estimación del personal necesario. El WISN es gratuito y se puede descargar en: <http://mednet.who.int/wisn>. Este método determina el número de Talento Humano preciso para hacer frente a la carga de trabajo real y se aproxima a la presión de carga de trabajo del TH en una institución, en un servicio o en una región. Está soportado en carga de trabajo actual (histórico) del personal que participa en el cuidado de la salud, aplicando estándares de actividad (en tiempo) para cada componente de la carga de trabajo. Toma en consideración las diferencias entre los distintos servicios prestados y la complejidad de la atención ofrecida en los diferentes tipos de establecimientos de salud.

6.1 Funcionamiento de los EMS

6.1.1 Funcionamiento operativo

Implementar procesos de trabajo en equipo y gestión colaborativa exige acciones intencionadas por parte de todos los actores del SGSSS. En este apartado del documento, se mencionan algunas de esas acciones que pueden contribuir a que las instituciones responsables de implementar estos lineamientos, además de conformar los equipos, consigan que el talento humano trabaje en equipo.

Es importante procurar el desarrollo de todas las acciones que se presentan a continuación:

a) Mecanismos de articulación entre Prestadores de Servicios de Salud, EAPB y Entidades Territoriales para la organización y funcionamiento de sus EMS.

Es importante que inicialmente se dé un proceso de planeación conjunta para la organización y funcionamiento de los EMS en cada unidad territorial (aquella en la que confluyen poblaciones adscritas a grupos nucleares de las diferentes entidades del SGSSS). Estos actores, con la participación del talento humano disponible, las familias y comunidades, instituciones educativas, entre otros, identifican la oferta y demanda y las brechas de perfiles para implementar las acciones en salud, de acuerdo con las orientaciones básicas del documento de planificación de Talento Humano en Salud¹⁶.

Lo anterior con el liderazgo de la Entidad Territorial y considerando al talento humano requerido para el desarrollo de acciones de EAPB, prestadores y ET, ya sea que estén en el marco del PIC, o con cargo a la UPC, o de otros sectores. El MAITE es el principal referente para la articulación de las acciones, considerando el plan de acción que cada entidad territorial defina y actualice.

Una vez realizada la planificación del THS en el contexto de PAIS/MAITE, es pertinente que los tres actores, establezcan un plan para la organización coordinada de los EMS, para finalmente, como parte de la implementación de dicho plan, ponerlos en funcionamiento en un esquema de articulación intersectorial e interoperabilidad.

Desarrollo de estrategias y metodologías de gestión y atención entre integrantes del EMS y entre equipos de las diferentes entidades

¹⁶ Disponible en el siguiente enlace:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/lineamientos-tecnicos-planificacion-thsenel-territorio.pdf>

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los “Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud” como estrategia del fortalecimiento del talento humano en salud.”

Considerando la organización funcional de los EMS de cada una de las entidades presentes en el territorio, se debe promover el desarrollo de acciones colaborativas directamente con la población, intervenciones conjuntas tales como la valoración integral, actividades educativas, talleres, consultas inter-profesionales, entre otras, con participación de varios integrantes en los entornos de vida cotidiana, que le permitan a las personas, familias y comunidades, recibir efectivamente el impacto del trabajo en equipo, y no la suma de acciones individuales.

El desarrollo de dicho plan deberá facilitar espacios de encuentro y medios de comunicación, regulares y estandarizados, para que los grupos transversales y los grupos nucleares de las EAPB, las Entidades Territoriales y de los prestadores de servicios de salud, diseñen, implementen, hagan seguimiento y ajusten los planes operativos que orientan su gestión, ya sean PICP, planes de gestión del riesgo, entre otros, de manera articulada y en el marco de sus competencias.

En este sentido, la gestión de los planes operativos de los EMS deberá posibilitar, entre otros, el desarrollo de acciones coordinadas entre los grupos nucleares para articular sus procesos en beneficio de la población, la gestión integral del riesgo en salud de las personas a cargo de los grupos nucleares las EABP, la gestión del riesgo colectivo de acuerdo con el PIC a cargo de las Entidades Territoriales y la gestión del riesgo individual a cargo de los prestadores de servicios de salud.

Lo anterior implicará, entre otros aspectos, la coordinación de acciones para la caracterización de la población del territorio a cargo de los EMS, la socialización y gestión de la respuesta con respecto a los riesgos identificados en la caracterización de riesgos realizada por las EAPB y la articulación entre los grupos nucleares y transversales para la prevención, atención y mitigación de los riesgos en salud de las personas, familia y comunidades de los territorios. Con lo anterior, se busca que la gestión integral del riesgo en salud no se dé de manera desintegrada y que haya continuidad en la atención.

b) Definición de roles:

Grupos Nucleares, son la unidad fundamental para el desarrollo misional, ya sea para la prestación de servicios en salud (prestador de servicios de salud), para la gestión del riesgo individual en salud (EAPB) y para la gestión del riesgo colectivo, en el marco del PIC (Entidad Territorial), configurando así la operación básica para integralidad de la atención que orienta la PAIS.

Los grupos nucleares de cada prestador de servicios de salud son la puerta de entrada al SGSSS y el grupo de contacto directo y permanente con la población, responsable de gestionar la atención continua y continuada en salud para los problemas más prevalentes e incidentes de la población. Se consideran el principal referente en salud para la población del territorio asignado. Serán quienes respondan, en primera instancia, a las demandas en salud, propuestas y solicitudes de la población, re-direccionando aquellas necesidades de atención a los equipos transversales que correspondan dentro del mismo EMS y demás actores encargados y perfiles requeridos para brindar una atención oportuna y de calidad. Deberá conducir y acompañar a las personas en la navegación y tránsito asistencial por el SGSSS. Así mismo, serán los encargados de promover de manera directa y cercana, los procesos de autocuidado, cuidado familiar y comunitario de la salud, los cuales hacen parte del Plan Integral de Cuidado Primario en Salud, a partir de procesos de concertación, construcción y

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los “Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud” como estrategia del fortalecimiento del talento humano en salud.”

fortalecimiento de vínculos sociales y afectivos.

Los grupos nucleares de la EAPB son la base del proceso de caracterización, clasificación y seguimiento del nivel de riesgo individual de la población afiliada. Articulan a nivel territorial el trabajo operativo de los prestadores de su respectiva red de servicios de salud, la entidad territorial y otros sectores, para evidenciar el impactado de la Red de la EAPB sobre el riesgo primario de la población. Implementan procesos de educación y comunicación del riesgo con su población afiliada, y en sus propios entornos.

Los grupos nucleares de la Entidad Territorial son los equipos gestores a nivel familiar y comunitario para la implementación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC); gestionan y documentan la identificación, clasificación y transformación del riesgo colectivo. Ejecutan directamente algunas de las acciones de las líneas operativas del PIC y de los procesos para la gestión de la salud pública y vigilancia epidemiológica, y apoyan el seguimiento y monitoreo de aquellas que son contratadas con otras entidades. Participan de los procesos de coordinación en salud a nivel familiar y comunitario, con los grupos nucleares de los prestadores de servicios de salud y las EAPB, y con otros sectores, para apoyar la transformación positiva del riesgo de la población y los determinantes sociales de la salud.

Los Grupos Transversales complementan y apoyan la atención y gestión de los respectivos Grupos Nucleares. Generalmente, un Grupo Transversal podrá acompañar a varios grupos nucleares. La conformación de este Grupo deberá ser flexible y acorde a la situación de salud, condiciones de la red de servicios de salud, disponibilidad de THS y dispersión poblacional de cada territorio, como se presentó en la sección anterior, sobre organización. En cada Grupo Transversal pueden participar personas con diferentes perfiles (especialistas, profesiones y ocupaciones) los cuales pueden apoyar el cuidado de la salud en los momentos que se requieran, como parte del proceso colaborativo. Además de lo anterior, actúa de forma coordinada e integrada con los grupos nucleares que le sean asignados por el Prestador, la EAPB o la Entidad Territorial, según sea el caso.

Liderazgo y coordinación

El trabajo en equipo, tanto en el grupo nuclear como en el transversal y entre ellos, requiere precisar los roles de liderazgo y coordinación, los cuales incluyen en los EMS de los prestadores de servicios de salud, al profesional de enfermería y al profesional en medicina. Para el primero, se deberá promover y gestionar de manera progresiva la formación de posgrado en salud familiar y comunitaria y para el profesional de medicina en la especialidad de medicina familiar. El trabajo conjunto de estas dos clases de profesionales se traduce en la coordinación necesaria para favorecer la construcción de vínculos y relaciones horizontales y constructivas entre las personas de los diferentes grupos del EMS, y de ellos con los otros niveles de asistencia en los que requiera atención la persona; así como, en la gestión clínica y el seguimiento a los resultados en salud obtenidos en la población a cargo, de acuerdo con las orientaciones de la institución correspondiente.

Dicho trabajo colaborativo debe garantizar el cumplimiento, entre otras, de las siguientes responsabilidades: i) gestionar la disposición de los medios, espacios y recursos para hacer posible el trabajo en equipo; ii) coordinar la integralidad y continuidad de la atención de las personas en su paso por los servicios de atención en

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los “Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud” como estrategia del fortalecimiento del talento humano en salud.”

salud; iii) liderar la planificación, organización y gestión para el cumplimiento y seguimiento al cumplimiento de los objetivos, metas y resultados de los planes de cuidado de cada territorio; iv) coordinar los procesos de referencia y contra-referencia, los espacios de análisis, las modalidades de atención (intramural, extramural y Telesalud), y la interconsulta; y v) las actividades educativas en salud dirigidas a la comunidad, y las acciones de formación continua dirigidas a los integrantes del EMS.

El profesional en medicina debe realizar la atención médica y coordinar la gestión clínica, y el profesional de enfermería lidera las acciones de cuidado de la salud y la coordinación de los procesos de trabajo en equipo, gestión sectorial e intersectorial, análisis, concertación y negociación, así como los procesos pedagógicos y gestión del conocimiento del trabajo en red, el desarrollo efectivo de las acciones requeridas para articular los actores y procesos en torno a garantizar la integralidad y continuidad de la atención en salud. El profesional de enfermería de cada grupo nuclear será el puente entre el EMS, el nivel administrativo, los EMS de EAPB, Entidades Territoriales y las redes externas con las que se vinculen a nivel territorial, para garantizar la intervención sobre los determinantes sociales en salud, con el co-liderazgo del Médico.

El especialista en medicina familiar, con base en políticas, y modelos de atención adoptados por los prestadores de servicios de salud, EAPB o ET, asesora a los profesionales en medicina y demás integrantes de los grupos nucleares y transversales, por solicitud de los grupos nucleares o directamente por decisión de las IPS, EAPB o ET según corresponda, con el fin de garantizar un adecuado mantenimiento de la salud de las personas adscritas, mejor resolutiveidad, racionalidad, calidad, integralidad, y continuidad en la atención en salud, basado en la mejor evidencia disponible, así como para optimizar la gestión clínica del Plan Integral de Cuidado Primario (PICP), con un enfoque centrado en las personas y las familias, en atención a los ciclos vitales y cursos de vida y la injerencia de los diversos determinantes sociales de la salud en la dinámica salud-enfermedad. Tiene el carácter de primer especialista inter-consultante en el proceso de atención. Son los expertos en el cuidado primario integral, líderes de la gestión clínica y gestión integral del riesgo y responsables de la articulación con otros especialistas médicos y profesionales de apoyo, según especificaciones de las RIAS.

c) Formación continua, inducción y re-inducción

Estos procesos buscan fortalecer, afianzar, renovar o profundizar competencias, las cuales expresan el conjunto de conocimientos, aptitudes y actitudes para la actuación o el desempeño idóneo en los escenarios reales de los EMS. Implica desarrollar o fortalecer el saber, el saber hacer en contexto y el saber ser o convivir, para facilitar las actuaciones del EMS que interviene en la atención en salud. Debe ser un proceso creativo, heterogéneo, flexible, dinámico, transformador, adaptado a la realidad y orientado a estimular un compromiso reflexivo y crítico del EMS.

En los espacios de encuentro generados para ello, es preciso incorporar acciones de formación continua por parte de prestadores, EAPB y Secretarías de Salud, para el fortalecimiento de competencias transversales elementos también esenciales de la EIP y PCI que hacen posible el trabajo en equipo eficiente y efectivo. Dichas competencias están relacionadas con:

- Políticas, regulación y modelos de atención en salud
- Ética-bioética – humanización.
- Análisis crítico.

Continuación de la resolución *“Por la cual se adoptan los “Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud” como estrategia del fortalecimiento del talento humano en salud.”*

- Enfoque intercultural.
- Comunicación interprofesional
- Liderazgo.
- Trabajo en equipo.
- Solución de conflictos y técnicas de negociación.
- Toma de decisiones
- Competencias digitales y uso de tecnologías
- Gobernanza y autogestión.
- Gestión de la participación social.
- Gestión y administración.
- Investigación.
- Pedagogía y educación.
- Enfoque diferencial, estrategias de comunicación con poblaciones vulnerables, personas con discapacidad, grupos étnicos, niños, niñas, adolescentes, adultos mayores, entre otros.
- Mantenimiento de la Salud.
- Postura, uso y disposición apropiada de Elementos de Protección Personal.
- Manejo del estrés.
- Relación personal de la salud y paciente.

De igual manera, la formación continua debe ir enfocada al fortalecimiento de las competencias específicas de acuerdo con los perfiles que conforman los diferentes EMS, con relación a la prevención, abordaje, diagnóstico, manejo, rehabilitación y paliación de condiciones clínicas prevalentes e incidentes en la comunidad.

Sin perjuicio de las acciones realizadas en el marco de los planes institucionales de formación continua, que deben estar a cargo de los prestadores de servicios de salud, de acuerdo con lo dispuesto en la Resolución 3100 de 2019, y de los planes institucionales de formación continua de las EAPB, de las Entidades Territoriales de salud y de las ARL en el marco de sus procesos de construcción de entornos de trabajo saludable a nivel individual y colectivo, y con respecto a la orientación y oferta de acciones de formación continua para la actualización de las competencias transversales y específicas del Talento Humano para su ejercicio en el sector salud, el Ministerio podrá emitir orientaciones, referentes metodológicos y gestionar acciones con oferentes públicos y privados, para velar por la idoneidad de los integrantes de los EMS. Todas las entidades del SGSSS deben diseñar, implementar y monitorear planes institucionales de formación continua, que garanticen la idoneidad y actualización de sus colaboradores, considerando el contexto y la situación de salud del país y de los respectivos territorios.

El proceso de inducción está dirigido a iniciar al personal de salud en su integración a la cultura organizacional de la institución, considerando el contexto poblacional y territorial, y orientando la articulación de las personas a la plataforma estratégica y operativa de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS). El proceso de re-inducción está dirigido a reorientar y actualizar la integración del personal de salud en los proyectos de transformación social, de acuerdo con los cambios producidos en cualquiera de los asuntos de la institución, lo cual, considerando la implementación del MAITE, determina la necesidad de implementar acciones de gestión del cambio y apropiación cultural.

Continuación de la resolución "Por la cual se adoptan los "Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud" como estrategia del fortalecimiento del talento humano en salud."

Adicionalmente, los procesos de inducción y re-inducción deben incluir: la organización, funciones y tareas dentro del EMS, fortalecer competencias, e incluir elementos que permitan vincular armónicamente a los integrantes del equipo bajo un lazo de confianza. Dentro de las metodologías que las instituciones pueden usar, se encuentran el aprendizaje basado en problemas, y en proyectos, y la Investigación Acción Participación (IAP), con el propósito de promover la adquisición de aprendizajes significativos y transformativos. La primera, también conocida con la sigla de ABP, permite que los integrantes del EMS aprendan a identificar y resolver problemas o situaciones de salud complejas que les atañen a todos los integrantes, articulando con los proyectos sociales y comunitarios, o a la implementación de un nuevo proyecto, así como a identificar la importancia de su rol dentro del EMS, y la manera en que puede poner en práctica sus competencias y sus experiencias previas.

La IAP hace énfasis en la participación activa de la población, de las familias y comunidades, y en la articulación del EMS con las redes sociales de las personas, lo que facilita la coherencia y legitimidad de los planes integrales de cuidado primario (PICP) para el caso de los prestadores de servicios de salud, así como de los planes y procesos de gestión del riesgo en el caso de EAPB y del PIC en el caso de la Entidad Territorial.

d) Definición de aspectos comunes y toma de decisiones:

Objetivos y metas compartidas

Los objetivos y las metas compartidas propician que los integrantes del EMS se identifiquen con el trabajo en equipo, pongan a disposición sus competencias, asuman responsabilidades conscientes del aporte a un proceso común, y trabajen con enfoque colaborativo. Con lo anterior, los resultados se verán como fruto del esfuerzo conjunto de los integrantes del EMS. Así mismo, deberá estar orientado hacia la toma de decisiones concertadas que mejoren los resultados en salud, que disminuyan la posibilidad de confrontación entre intereses y metas profesionales o personales de carácter individual.

Los objetivos y las metas compartidas deben convertirse en su razón de actuación. Más que centrarse en la institución o la pertenencia institucional, los objetivos deben estar centrados en el cuidado integral de las personas, las familias y las comunidades.

Herramientas metodológicas y metodologías de trabajo compartidos

Trabajo planeado, coordinado, participativo y con seguimiento transparente, donde la herramienta de gestión más importante son los planes integrales de cuidado primario (PICP) para el caso de los prestadores de servicios de salud, así como de los planes y procesos de gestión del riesgo en el caso de EAPB y del PIC en el caso de la Entidad Territorial. La metodología debe ser el resultado de la construcción colectiva del EMS y la coordinación con la población y sus estructuras organizativas.

e) Auto-organización y gestión:

La auto-organización es un mecanismo universal por naturaleza (Johnson, 2003). Los sistemas, en este caso el EMS, como un sistema auto organizado, pueden evolucionar y mejorar el comportamiento o la estructura de su organización por sí mismo. Un EMS auto organizado evoluciona automáticamente para formar una estructura ordenada de acuerdo con sus propias reglas implícitas y explícitas, considerando instrucciones externas, como las reglas del SGSSS. La auto - organización emerge como resultado

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los “Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud” como estrategia del fortalecimiento del talento humano en salud.”

de las interacciones entre los integrantes de los EMS. Por lo anterior, garantizar la interacción presencial y/o virtual permanente de los integrantes de los EMS es fundamental para el trabajo en equipo.

Los EMS auto-organizados usan la retroalimentación para pasar a una estructura más ordenada. Dentro de ello es importante fortalecer los siguientes tres (3) atributos de la auto-organización:

- Adaptación: esto es, fortalecer la capacidad del EMS para conocer los recursos de los cuales dispone para su desempeño, entre otros podrían considerarse la información del entorno, los recursos físicos y el talento humano disponible. Este reconocimiento le permite tomar decisiones en pro del objetivo común y la reducción de la incertidumbre. El atributo de la adaptación le permite al Equipo reconocer los retos, las situaciones emergentes, e incluso las dificultades, como oportunidades pedagógicas, en lo relacionado con el proceso de gestión del conocimiento en el trabajo colaborativo, para optimizar el cuidado de la población asignada.
- Acoplamiento: todo trabajo en equipo implica un alto grado de co-dependencia entre los integrantes, debido a las contribuciones o esfuerzos de cada uno para influir en las acciones de los demás. Fortalecer el reconocimiento hacia el trabajo del otro estimula las prácticas de cooperación y empatía del EMS, destacando el valor de la diferencia en la gestión del cuidado de la salud.
- Sincronía: para que se produzca un trabajo en equipo armónico, cada uno de sus integrantes debe prestar atención a la dinámica colectiva y reconocer las acciones que desarrollan los demás compañeros, con miras a consolidar el ritmo colectivo. Esto permite una retroalimentación abierta y permanente para que cada integrante del equipo se sienta reconocido, reconozca a los demás y aporte de manera consciente al grupo. Para lograr la sincronía, es importante que los integrantes del EMS tengan desarrolladas competencias transversales de trabajo colaborativo.

Los EMS auto-organizados poseen una característica muy singular denominada heterarquía (Valente, 2010). Esta característica refiere que cada integrante del equipo es potencialmente igual de importante a los otros y su importancia está dada por la relevancia de su rol, sus competencias, sus funciones y contribuciones en el marco del trabajo colaborativo. Lo anterior para resaltar que dicha interacción debe basarse en relaciones donde se reconozcan a todos sus integrantes como fundamentales para su funcionamiento, articulación y auto-organización.

Es importante tener en cuenta que inicialmente cada integrante del EMS está centrado en desempeñar las funciones individuales, asignadas por la institución en el marco de las competencias específicas de su profesión¹⁷ u ocupación¹⁸. De ahí que sea necesario implementar el enfoque de competencias al que hace referencia la Ley 1164 de 2007, lo que implica desarrollar competencias transversales de trabajo colaborativo, y no solamente competencias específicas, y que los empleadores evalúen y promuevan dichas competencias. En este sentido la Educación Interprofesional (EIP) tiene también un rol importante tanto en la educación formal de los diferentes perfiles de talento humano que luego harán parte de los EMS, como en las acciones de formación continua

¹⁷ Disponible en el siguiente enlace:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Perfiles-profesionales-salud.pdf>

¹⁸ Disponible en el siguiente enlace:

<https://www.minsalud.gov.co/entidadesTerritoriales/Documents/Perfiles%20Auxiliares%20de%20la%20Salud.pdf>

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los “Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud” como estrategia del fortalecimiento del talento humano en salud.”

propiciadas por las diferentes IPS, EAPB, y ET a las cuales están vinculados.

En los entornos laborales, se deben propiciar las interacciones entre los integrantes del EMS alrededor del objetivo común, buscando que se retroalimenten entre sí, acciones que fomentan los niveles de desarrollo de la práctica colaborativa. Lo anterior permite generar cambios en el ritmo de trabajo, mecanismos de adaptación y ajuste al equipo y nuevos aprendizajes para resolver diversas situaciones. Al interactuar con mayor frecuencia se obtiene información en tiempo real, permitiendo actuar localmente, en el marco de sus funciones, pero con una práctica global, de acuerdo con el objetivo común.

f) Fortalecimiento de vínculos:

- Entre integrantes de los grupos.
- Entre grupos.
- Entre el EMS y talento humano de otras instituciones del contexto socio-sanitario.
- Entre el EMS y las personas, familias y comunidades.

Para establecer vínculos al interior de los EMS, se deben contemplar las siguientes consideraciones: (i) el tamaño del grupo, (ii) la composición del grupo, (iii) las reglas que rigen la interacción (por ejemplo, arreglos institucionales), (iv) objetivo común, (v) la información subyacente de los participantes, y (vi) la secuencia de interacciones.

Es importante fortalecer tanto los vínculos fuertes como los débiles. Esto se logra cuando hay una articulación con redes externas a la institución, tales como: asociaciones de usuarios, IPS de distintos niveles de complejidad, entes territoriales, autoridades locales, líderes comunitarios, instituciones y entidades de servicios sociales, ONG, unidades académicas, grupos de investigación y organizaciones y asociaciones gremiales.

Estas redes externas (vínculos débiles) no solo permiten compartir información sino recursos adicionales que son indispensables para la operación y que facilitan la adaptación, sincronía y aprendizaje del EMS.

El fortalecimiento de vínculos con los grupos étnicos en los territorios, para las acciones de promoción y mantenimiento de la salud, prevención y atención integral, realizadas desde el núcleo familiar y la comunidad, deberán ser complementadas partiendo de los procesos propios de armonización y cuidado espiritual, así como el acompañamiento comunitario y desde las acciones que se ejercen desde el gobierno propio.

g) Mantenimiento del Trabajo colaborativo:

- Reglas para la cooperación: el EMS debe establecer unas reglas mínimas, comunes y sencillas para el trabajo mancomunado y en pro del objetivo planteado. Esto no solo garantiza la definición de límites y acuerdos, sino que además sean legítimos para todo el EMS (consenso). Si las instituciones permiten que las reglas se formulen con claridad y con mecanismos de acceso a la información que disminuyan la incertidumbre, surgirán escenarios donde los conflictos del equipo sean mínimos, los costos de mantenimiento de la operación serán bajos y

Continuación de la resolución "Por la cual se adoptan los "Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud" como estrategia del fortalecimiento del talento humano en salud."

aumentará la productividad y número de acciones cooperativas.

- Incentivos para el trabajo colaborativo: mejorar las condiciones de vinculación de los integrantes de los EMS estimula el trabajo colaborativo. Por tanto, algunas de las acciones que promueven la colaboración entre los diferentes perfiles de los EMS, podrían ser: (i) capacitación: oportunidades de complementar el perfil con acciones de formación continua; (ii) oportunidades de financiamiento para educación postgradual; (iii) asegurar estabilidad laboral a través de la celebración de contratos laborales o reglamentarios a término indefinido, contemplando el pago de prestaciones sociales, y vacaciones, (iv) posibilidad de ascensos escalonados; y (v) compensaciones económicas y no económicas por alto desempeño.
- Inteligencia social: como parte de este proceso, es importante que cada integrante observe a los demás integrantes del EMS para que reconozcan las competencias específicas de cada uno; así como, entender los procesos de decisión para la ejecución de acciones que van en pro del objetivo común. De igual forma, las acciones orientadas a compartir información, mejorar flujos de comunicación y retroalimentación, contribuyen a esta finalidad.
- Mecanismos de negociación y resolución de conflictos: entre los integrantes del EMS es normal que afloren y se manifiesten diferentes intereses, actitudes, motivaciones, comportamientos, formas de abordar y resolver situaciones, lo cual inevitablemente conlleva a conflictos. Por lo anterior, es necesario establecer mecanismos de rápido y bajo costo de operación que permitan al EMS gestionar, enfrentar y resolver las diferencias entre los implicados. Estos mecanismos pueden incluir el desarrollo de estrategias de negociación y conciliación en los EMS a través de procesos de simulación o entrenamiento específico, a través de los cuales se desarrollen competencias colaborativas para prevenir, identificar y gestionar las diferencias, y llevarlas a enriquecer el trabajo del equipo, como oportunidades de mejoramiento. Así mismo, puede resultar útil identificar los integrantes del grupo con características para asumir el rol de mediadores (cooperativo, creativo, empático, comprometido, responsable, etc.) para que actúen ante posibles conflictos que afecten al EMS. De manera similar, y en el marco del relacionamiento clínico con pacientes y sus familias, es conveniente que los integrantes de los EMS aprendan estrategias y generen competencias para el manejo adecuado de situaciones problemáticas. Un ejemplo de estas estrategias son los Grupos Balint (Daurella, 2013).
- Diálogo de saberes y lecciones aprendidas: que fortalezcan la cooperación entre disciplinas, y los integrantes del equipo. Los conocimientos y experiencias adquiridas deben constituirse en fuentes habituales y valiosas para el mejoramiento continuo de todas las acciones y soluciones emprendidas en personas, familias y comunidades.
- Práctica Colaborativa Interprofesional: en el campo de los sistemas de salud, es considerada como un nuevo enfoque que promueve la interacción interprofesional del recurso humano (ONU & CEPAL, 2016), un elemento esencial para la efectividad sobre los problemas de salud (Bhattacharya , 2014), que propicia el trabajo en equipo y la atención flexible (Jamiu O Busari, 2017).

Además, optimiza los recursos, amplía el reconocimiento y la satisfacción de las necesidades heterogéneas y complejas (Myers, 2018). En este enfoque la atención está centrada en la persona (Abu-Rish, 2012), con un sentido más

Continuación de la resolución *“Por la cual se adoptan los “Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud” como estrategia del fortalecimiento del talento humano en salud.”*

humano (Hall, 2005) y en prácticas innovadoras de cuidado basadas en la evidencia (Gómez J. , 2018). Estos problemas de salud resueltos a través de la práctica interprofesional (Santos, 2018) impactan el cuidado y la salud (Low, 2013), (Ely, 2018), gracias a la colaboración como elemento central de la práctica interprofesional (B G., 2018), (Mubashir Arain, 2017), (Kimberly & Wynarczuk , 2019) y su aporte para mejorar la calidad de la atención (Hall L. , 2015). En ese sentido, se espera que se desarrollen las siguientes características en el equipo de salud conformado (WHO, 2010), (Miró Bonet, 2016):

- Metas claras y compartidas de la atención a las personas, la familia y comunidad.
- Roles y responsabilidades del equipo claras: cada miembro ejecuta su rol con competencia y creatividad y además conoce las responsabilidades y funciones de los otros integrantes del equipo.
- Identidad grupal, empoderamiento y respeto mutuo: los miembros del equipo tienen sentimientos de pertenencia, cohesión y confianza en la capacidad del grupo para superar obstáculos y materializar la visión que se tiene.
- Interdependencia e integración entre los miembros del equipo y sus prácticas de trabajo.
- Enfoques democráticos y liderazgo compartido: hay un reconocimiento por parte del líder y del resto del equipo del rendimiento y del éxito individual y colectivo.
- Se demuestran esfuerzos para romper los estereotipos y las barreras.
- Comunicación abierta y fluida: se respetan las diferencias de opinión y de perspectivas.

h) Definir e implementar mecanismos para el flujo de información y la comunicación efectiva entre los integrantes del EMS:

La comunicación abierta al interior del EMS permite la reflexión y el ajuste sobre las competencias, funciones y responsabilidades de cada integrante a nivel individual, y las del Equipo, como colectivo. Facilita la construcción de propuestas y respuestas, propicia la reflexión sobre las mejores maneras de enfrentar en forma exitosa las tareas encomendadas, permite desplegar iniciativas diversas de ayuda mutua para cumplir la tarea, y facilita el intercambio de información, de conocimiento y acuerdos, sobre cómo resolver problemas de acción colectiva, tales como, retos en el trabajo con familias y comunidades, provisión de servicios, análisis de casos complejos, coordinación intersectorial, etc.

Por su parte, el intercambio de información que se da al interior de los EMS resulta ser enriquecedor para cada uno de los integrantes, facilitando la atención integrada y oportuna y la coordinación entre los integrantes del EMS. Además de los procesos formales de gestión de la información, es importante propiciar en el EMS diálogos presenciales, tanto para dar respuesta a requerimientos de atención en salud a la población, como para fortalecer la cohesión del EMS.

El tener información compartida entre dos o más personas significa que ya no son independientes; es decir, un individuo tiene algo que decir sobre el otro. A partir del intercambio de información, los individuos co - dependen el uno del otro, se establecen lazos de confianza y lo que le pase a uno de ellos afectará el estado del otro. Es

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los “Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud” como estrategia del fortalecimiento del talento humano en salud.”

importante recordar que los flujos de información para la toma de decisiones no solo provienen del interior de la institución, por lo que es necesario mantener contacto permanente con asociaciones de usuarios, entidades territoriales, autoridades locales, líderes comunitarios, instituciones de servicio social, ONG, unidades académicas y grupos de investigación, entre otros.

Al establecer un proceso de comunicación interpersonal, el lenguaje debe ser sencillo, lo cual facilita la comprensión y el flujo de información al interior del EMS. Entre los procesos que puede fortalecer o implementar están:

- **Implementación de medios de comunicación:** sin desconocer las dificultades de conectividad en zonas rurales y dispersas del país, se hace necesario establecer canales permanentes y efectivos de comunicación que permitan el flujo de información para la atención oportuna de las personas, familias y comunidades. En zonas con dificultades de conexión a internet, y en tanto se gestiona lo correspondiente para lograr la cobertura, la utilización de otros medios de comunicación como los radio teléfonos puede ser una alternativa.
- **Mecanismos de referencia y contra-referencia:** estos mecanismos deben ser efectivos y oportunos, no solo como parte de la red de prestadores, sino también fundamentados en la comunicación permanente entre los EMS de EAPB, prestadores de servicios y Entidades Territoriales, así como en la fluidez de la información que se vaya generando como producto de la implementación de los Planes Integrales de Cuidado Primario (PIC), los planes de gestión del riesgo y los Planes de Salud Territorial.

El grupo nuclear del prestador de servicios de salud siempre será el responsable directo y cercano del cuidado de las personas, las familias y las comunidades. De ahí la importancia de mantener el contacto permanente con el grupo transversal que atiende a las personas por un tiempo limitado o por alguna situación de salud específica. Así mismo, es importante que el grupo transversal retorne la información sobre la atención brindada a la persona en otros niveles de atención, de manera clara, completa e integral.

No es suficiente con entregar información a la persona usuaria de los servicios; es esencial establecer la comunicación directa entre especialistas, profesionales, tecnólogos y auxiliares del área de la salud. El desempeño de los auxiliares requiere de supervisión y delegación de un profesional del área de la salud, por tal motivo es indispensable la comunicación efectiva para los procesos de referencia y contra-referencia entre profesionales y auxiliares, considerando las particularidades de los ámbitos rurales y dispersos, en donde los auxiliares del área de la salud pueden no compartir el mismo espacio físico de trabajo con los profesionales, lo cual exige el desarrollo de mecanismos sincrónicos y asincrónicos de comunicación y flujo de información, encuentros periódicos para retroalimentación, seguimiento y formación continua.

A través de los diferentes canales de referencia y contra – referencia se deben expresar mecanismos concretos de comunicación y de trabajo colaborativo para solucionar problemas de salud de la población y agenciar de manera efectiva el cuidado de la salud. En el diseño e implementación de estos mecanismos, es fundamental el trabajo en equipo de todo el talento humano involucrado, así no se encuentren en el mismo espacio geográfico.

Continuación de la resolución "Por la cual se adoptan los "Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud" como estrategia del fortalecimiento del talento humano en salud."

- **Interconsulta:** la interconsulta aporta al trabajo multidisciplinario e interprofesional, dado que los integrantes de los EMS nutren y retroalimentan su quehacer con las recomendaciones, orientaciones y conceptos de otros integrantes y equipos. En la interconsulta debe haber una comunicación óptima entre los inter-consultantes para obtener la información complementaria requerida y resolver la situación particular de la persona, la familia o la comunidad. La solicitud y el uso de la información que se genera con la consulta entre integrantes del EMS puede contribuir a mejorar la resolutiveidad y la atención oportuna, pertinente e integral, sobre todo en casos complejos.

i) Generación de espacios y tiempos de encuentro:

Los espacios y tiempos para el encuentro de los integrantes del EMS deben planificarse e incluirse en los procesos estratégicos y de calidad de la institución, contar con los recursos y medios para su desarrollo y seguimiento. Deben generarse espacios para el fortalecimiento del EMS, espacios de formación continua, análisis discusión y construcción colectiva de respuestas, estrategias, planes de cuidado, análisis de riesgos, revisión de impactos, establecimiento y verificación de programas de mejora, etc. En cualquiera de las situaciones anteriores se debe tener en cuenta:

- La institución debe generar los tiempos de los integrantes del EMS para planificar, desarrollar y evaluar los encuentros periódicos del EMS.
- El flujo de información al interior del EMS se ve nutrido por los encuentros formales y casuales que se dan al interior y exterior del entorno laboral.
- Los encuentros de trabajo como equipo son los que hacen posible que las personas tengan una retroalimentación del entorno y compartan información, resultados, fracasos y experiencias, para optimizar la gestión.
- Frente a casos complejos, es probable que los integrantes del EMS compartan una misma incertidumbre y la mejor forma de resolverla es cooperando para el beneficio de cada integrante y la población.

Dentro de los espacios que se recomienda generar o fortalecer, pueden estar:

- Espacios de análisis y de toma de decisiones consensuadas: Estos espacios permiten hacer análisis de casos complejos y definir respuestas integrales. Allí, todos los integrantes del EMS tienen la posibilidad de aportar a la comprensión y resolución de casos, consensuar, organizar y evaluar las opciones de respuesta, buscar la mejor manera de hacer las cosas, integrar propuestas y darle una mirada transdisciplinaria e interprofesional a la gestión del EMS.
- Espacios de reconocimiento: Es importante generar espacios presenciales para que los integrantes del equipo no solo se conozcan, sino que compartan experiencias y saberes, reconozcan las competencias de cada uno y fortalezcan los valores compartidos, encontrando y evaluando rutas comunes.
- Espacios territoriales de retroalimentación social y comunitaria a la gestión del EMS: estos permiten valorar la operación de los EMS con las personas, familias y comunidades, y evaluar el avance en el logro de sus objetivos, metas e implementación de los Planes Integrales de Cuidado Primario (prestadores), Planes de Gestión del Riesgo (EAPB) y Planes de Salud Territorial (Entidad Territorial), así como la pertinencia de la atención brindada por la institución, la identificación de

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los “Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud” como estrategia del fortalecimiento del talento humano en salud.”

dificultades, barreras y posibles soluciones ,entre otros.

j) Fortalecimiento de valores colaborativos: los integrantes del equipo requieren valores para desarrollar su funcionamiento colectivo, entre ellos el que puedan:

- Ser empáticos: comprende los sentimientos, creencias y actitudes de las personas e integrantes del EMS para apoyarlos física y emocionalmente.
- Ser éticos: la acción individual siempre debe estar encaminada al bienestar común, sin afectar la integridad de las personas, familias, comunidades e integrantes del EMS. Implica un proceso de reconocimiento y respeto por la vida y dignidad de las personas.
- Ser líderes: en los EMS es probable que exista más de un líder. De ahí la importancia de fortalecer en el EMS que sus integrantes compartan ese liderazgo.
- Ser colaboradores: brinda apoyo a los integrantes del equipo sin esperar una recompensa a cambio.
- Ser innovadores y creativos: propone diversas formas de resolver situaciones difíciles o mejores prácticas que no se hayan utilizado previamente en el servicio de salud, o que se hayan implementado y se retroalimenten, y que faciliten el cumplimiento de un objetivo común.
- Establecer confianza mutua: al reconocer que las acciones de cada persona impactan directamente en el desempeño del otro. Resolver problemas en equipo es más eficiente cuando se han construido lazos basados en la confianza. En ese vínculo de confianza, los integrantes del EMS comparten un contexto (una población asignada, un servicio, una institución, una comunidad) y una base transdisciplinaria e interprofesional de conocimiento común (Ciencias de la salud, Ciencias Sociales y Humanas en el marco del SGSSS).
- Aceptar y reconocer al otro y así mismo: la codependencia permite reconocer a la otra persona como fundamental para el trabajo en equipo y para el desempeño de las propias funciones, así como la necesidad de reconocerse así mismo, para identificar actitudes, emociones y patrones de respuesta susceptibles de fortalecer o modificar, en beneficio de las dinámicas de los EMS y de la población a la que sirven.
- Comunicarse asertivamente: expresar sus ideas, emociones y opiniones de manera verbal, no verbal y escrita, argumentada, congruente, directa, equilibrada, horizontal, respetuosa y clara.
- Tener prácticas de autocuidado del equipo: tiene coherencia en relación a las acciones de educación para la salud que brinda el EMS y las acciones que pone en práctica para su vida cotidiana.
- Ser amable: se preocupa por el otro y lo expresa con calidez y sinceridad.
- Tener capacidad de perdonar y de pedir disculpas: reconoce su participación y responsabilidad en las situaciones difíciles del equipo y acepta las disculpas de otros, buscando soluciones a problemáticas que puedan surgir al interior del EMS, resignificando los retos como oportunidades pedagógicas.
- Tener baja capacidad de provocación o contraataque: tener una capacidad resiliente y tolerante ante las acciones de los demás.

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los “Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud” como estrategia del fortalecimiento del talento humano en salud.”

- Alta sensibilidad: respuesta de cualquier índole para comprender la situación emocional, afectiva y psicológica de los otros integrantes del EMS.
- Transparencia: diálogo directo, sincero y honesto hacia los demás integrantes del EMS.
- Desarrollo personal permanente como búsqueda del conocimiento de sí mismo.

Por consiguiente, la institución o entidad correspondiente, debe velar por el fortalecimiento de dichos valores en sus EMS.

k) Soporte administrativo y de infraestructura:

Los EMS deben contar con los siguientes elementos físicos, mínimos, para su funcionamiento:

- Espacio físico para encuentros y reuniones
- Papelería
- Historia clínica (preferiblemente electrónica), con interoperabilidad y desarrollo digital, y de acuerdo con la institución, registros de información que se puedan disponer para la toma de decisiones del equipo
- Disponibilidad de tiempo para actividades de planeación y gestión como equipo, como parte del tiempo laboral
- Medios de comunicación (teléfonos, Radio, APP, Telesalud, entre otros) de acuerdo con el contexto
- Internet de banda ancha (en zonas rurales conectividad por satélite)
- Insumos, tecnologías y dispositivos médicos de acuerdo con los servicios ofertados y a las responsabilidades asignadas, incluidos los elementos de protección personal.
- Medios de transporte (terrestre, fluvial o aéreo) de acuerdo con el contexto, en adecuado funcionamiento
- Entre otros según las características epidemiológicas, institucionales y territoriales.

l) Vinculación laboral, estrategias de contratación, mecanismos de pago e incentivos para los EMS

Cada entidad del SGSSS debe garantizar la vinculación estable de los EMS, y concertar estrategias de contratación y pago entre EAPB, ET y prestadores de servicios de salud que estén basadas en la gestión por competencias del Talento Humano y en los resultados en salud de la población, garantizando la estabilidad en la organización del EMS, promoviendo su permanencia en el territorio y el vínculo con la población adscrita.

Los incentivos al EMS deben estimular no solo el desarrollo técnico y profesional de sus integrantes, sino también al trabajo colaborativo, la implementación de procesos de investigación, innovación y gestión del conocimiento en torno a la gestión y cuidado de salud de la población adscrita.

6.1.2 Funciones esenciales de los EMS

EMS de los Prestadores de Servicios de Salud

De manera general, en una distribución armónica de saberes y responsabilidades, el equipo del prestador de servicios de salud debe promover la obtención y fortalecimiento de competencias relativas a los siguientes dominios, de acuerdo con las

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los “Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud” como estrategia del fortalecimiento del talento humano en salud.”

responsabilidades y competencias específicas de cada perfil:

- Instrumental técnico y manejo de tecnologías sanitarias, así como de la información y comunicación propias de cada disciplina, profesión y ocupación, ajustadas a las funciones de cada rol dentro del equipo y de cada cargo en la institución.
- Salud pública, un aspecto en el que se incluyen competencias de análisis de la situación sanitaria y de afectación positiva de los determinantes sociales de la salud, movilización social, de vigilancia en salud pública y de la gestión de políticas, en general, y gestión del servicio de salud, en lo referido al contexto particular.
- Atención integral a la población, que se refiere al dominio de competencias relativas a la promoción de la salud, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y cuidado paliativo.
- Capacidad de trabajar en redes, asegurando la integralidad y la continuidad de la atención y la gestión socio sanitaria.
- Gestión participativa y relaciones con la comunidad, sociedad civil y las entidades públicas y privadas (OMS, 2019).

Plan Integral de Cuidado Primario en Salud (PICP)

El PICP es una herramienta operativa que le permite al EMS de los prestadores de servicios de salud, identificar, diseñar, planear, implementar y hacer seguimiento a las acciones en salud, centradas en las personas, familias y comunidades, a lo largo de los diferentes momentos del curso de la vida y en los diferentes entornos de vida cotidiana, de acuerdo con lo definido en las RIAS y demás lineamientos que defina este Ministerio. Entre otras acciones en salud, el PICP expresa la articulación de las acciones del PIC a cargo de las Entidades Territoriales, la gestión integral de riesgo en salud a cargo de las EPS y las acciones con cargo a la UPC cuyos responsables son las EAPB en coordinación con los prestadores de servicios de salud.

Se denominan Planes de Cuidado, buscando que el cuidado se traduzca en un proceso de salud intersectorial, colaborativo y participativo, basado en relaciones simétricas, solidarias y compasivas entre los EMS, personas, familias, comunidades e Instituciones. Estos planes también hacen referencia al Cuidado Primario para indicar que las acciones de cuidado dispuestas en estos planes son primordiales y estratégicos en relación a la política de salud. Se consideran el eje central de la atención integral en salud.

Con los PICP, se espera que el EMS centre la atención en salud en las personas, familias y comunidades como sujetos del derecho fundamental a la salud, entendiendo que la atención debe estar centrada en la:

- **Persona**, reconoce la capacidad de autocuidado y autogestión de las personas para mantener y mejorar su salud. Da cuenta de la atención integral de la salud de cada persona, sin perder de vista el contexto social, familiar y comunitario.
- **Familia**, reconoce las condiciones de la familia, como un sistema complejo, y a la vez, como un sujeto de derechos y un entorno de acciones en salud; identificando los determinantes que influyen en el estado de salud de cada colectivo familiar. Considera la estructura, el ciclo vital, el funcionamiento y la

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los “Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud” como estrategia del fortalecimiento del talento humano en salud.”

dinámica familiar, e interviene los factores que afectan y potencian su capacidad para afrontar, desde una perspectiva colectiva, situaciones de salud familiar.

• **Comunidad** contempla la comunidad como sujeto político capaz de transformar su entorno y su realidad social. Reconoce las condiciones de salud de las comunidades y colectivos, identificando los procesos de determinación, los riesgos y las potencialidades. Esto permite planear e implementar las acciones necesarias para el mantenimiento o recuperación de la salud de las comunidades, con el propósito de apoyar el impacto sobre los procesos educativos, de movilización social e intervención positiva sobre los procesos de determinación social de la salud. Se deben promover espacios de armonización, entendida como ejercicios de conciliación, concertación y mediación entre los procesos de salud propia de los grupos étnicos y los actores del SGSSS.

La estructura del PICPS se detalla en el capítulo 10.

a. **Competencias específicas de los EMS para la implementación del PICP por parte de los prestadores de servicios de salud**

Las funciones esenciales de los EMS de los prestadores de servicios de salud se organizan en las siguientes competencias y criterios de desempeño relacionados con la: i) Planeación y consolidación, ii) implementación y iii) seguimiento y ajuste del PICP. Ver tabla 1.

Tabla 1. Competencias específicas de los EMS de los Prestadores de Servicios de Salud para la implementación del PICP

Competencia	Criterios de Desempeño
Planear las acciones de Cuidado en Salud y consolidación del PICP dirigido a la persona, familia y comunidad	Aportar a la actualización del análisis de la situación de salud, a la caracterización personal, familiar y comunitaria de la población asignada, y a la identificación, clasificación y actualización del riesgo en salud.
	Programar acciones de trabajo colaborativo, capacitación y seguimiento a la gestión del EMS
	Organizar las atenciones en el PICP para la atención integral de las personas, familias y comunidades y el mantenimiento de la salud individual, según las intervenciones definidas en las RIAS, en coherencia con el ASIS, la caracterización poblacional y planes del territorio.
	Programar y agendar las acciones sectoriales e intersectoriales del EMS, para la promoción y mantenimiento de la salud, la identificación y clasificación del riesgo en salud y la prevención, atención, rehabilitación, paliación de la enfermedad y muerte digna, según competencias transversales y específicas del Talento Humano que integra el EMS.
Implementar el PICP dirigido a la persona, familia y comunidad	Concertar y agendar las acciones del PICP con las personas y familias adscritas al EMS.
	Realizar las atenciones personales, familiares y complementarias concertadas en el PICP.
	Gestionar, con los servicios sociales ubicados en el territorio, la asistencia social de las personas, familias o comunidades, que por su situación lo requieran.
	Activar los mecanismos de referencia y contra-referencia hacia servicios e intervenciones no incluidas en el PICP, para garantizar la continuidad e integralidad en la atención.
	Identificar y gestionar las barreras de acceso geográficas, culturales, administrativas, económica, entre otras, para garantizar el acceso oportuno

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los “Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud” como estrategia del fortalecimiento del talento humano en salud.”

	a la atención en salud, de su población adscrita.
	Generar espacios de armonización entre los procesos de salud propia de los grupos étnicos y el SGSSS.
	Diseñar y desplegar estrategias para el seguimiento, búsqueda activa y recuperación de persona y familias que no consultan, acceden o participan en las atenciones para la salud.
	Realizar reuniones periódicas al interior del EMS para hacer seguimiento, capacitación, asesoría y supervisión al trabajo colaborativo, así como análisis de casos y definición de la conducta de manejo.
	Registrar la información de las intervenciones en salud realizadas.
	Establecen vínculos cercanos y empáticos con las personas, las familias y las comunidades para el desarrollo del cuidado de la salud, en el marco de un trabajo colaborativo.
	Establecer mecanismos de comunicación accesible e incluyente con las personas, familias y comunidades, reconociendo sus necesidades de apoyos y ajustes razonables, así como su contexto sociocultural.
	Desarrollar estrategias de interconsulta, Telesalud, entre otras, para garantizar la continuidad e integralidad en la atención de la población adscrita.
Realizar el seguimiento y ajuste a la implementación del PICP dirigido a la persona, familia y comunidad	Realizar el seguimiento y ajuste de los PICP, considerando sus objetivos, acciones, metas e indicadores y avances, en el alcance de los hitos de las RIAS incluidos en los PICP. Lo anterior puede realizarse en reuniones periódicas del EMS.
	Identificar oportunidades de mejora y generar planes para el cumplimiento y alcance de los resultados en salud, según lo concertado en los PICP.
	Hacer seguimiento al cumplimiento de metas de cobertura de la población asignada, considerando las acciones individuales, familiares y comunitarias del PICP.
	Programar reuniones periódicas del EMS, y de retroalimentación con la comunidad, para identificación, análisis y toma de decisiones sobre los factores que inciden en el desempeño del EMS.

El cumplimiento de las anteriores competencias se podrá organizar y complementar en el marco de la disponibilidad de talento humano de cada prestador de servicios de salud, garantizando la distribución de responsabilidades a través de la gestión de competencias laborales, procesos colaborativos, asesoría, delegación y supervisión entre especialistas, profesiones y ocupaciones.

Los EMS de los prestadores de servicios de salud se deben encargar de gestionar el cuidado integral en salud de las personas, familias y comunidades asignadas. Para ellos, realizarán acciones de planeación, implementación, seguimiento y evaluación de las atenciones definidas en las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS)¹⁹, consolidadas en Planes Integrales de Cuidado Primario (PICP) para la Salud, que funciona como una herramienta de gestión operativa para organizar el trabajo del EMS y su relación con la población, el SGSSS y las instituciones socio sanitarias.

Como parte de este proceso, en los PICP serán consolidadas las atenciones individuales (atención en salud con cargo a la UPC), colectivas (Atenciones del PIC), así como los planes de las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL), para gestionar y adelantar una atención integral en salud, incluyendo la promoción de la salud, la identificación y gestión del riesgo en salud y la prevención, atención, tratamiento,

¹⁹ Según lo definido en las Resoluciones 3202 de 2016 y 3280 de 2018

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los “Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud” como estrategia del fortalecimiento del talento humano en salud.”

rehabilitación y paliación de la enfermedad y muerte digna. Para éste efecto, los EMS de los prestadores de servicios de salud deberán coordinar acciones con los EMS de las EAPB y ET, así como con las ARL a las cuales se encuentren afiliadas las personas adscritas a los equipos del prestador, con el fin de integrar en los PICP las acciones de cuidado de la salud en los diferentes entornos: familiares, laborales y comunitarios.

EMS de las EAPB

El Talento Humano de las EAPB que participe en las acciones de gestión del riesgo individual, se organizará en Equipos, considerando los presentes lineamientos y sus dominios generales, y cumplirá las siguientes funciones, las cuales serán desarrolladas y complementadas por cada EAPB, considerando el contexto social e institucional:

- Identificación, clasificación, actualización y seguimiento de los riesgos y grupos de riesgos
- Consolidación de Planes de Gestión del Riesgo Individual para la población asignada. Sin perjuicio de lineamientos adicionales que defina este Ministerio, esta Plan será definido por cada EAPB.
- Referencia y articulación con los prestadores de servicios de salud y la entidad territorial, para el desarrollo y coordinación de la gestión individual del riesgo, en el marco del Plan de Salud Territorial.
- Educación, comunicación del riesgo e inducción a la demanda.
- Otras que sean definidas por el Gobierno Nacional y la respectiva EAPB.

Las competencias específicas de los EMS para la gestión del riesgo en salud se organizan en las siguientes competencias y criterios de desempeño relacionados con la: i) Identificación, ii) Análisis, iii) Evaluación, iv) Comunicación e v) Intervención del riesgo. Ver tabla 2.

Tabla 2. Competencias específicas de los EMS para la gestión del riesgo en salud de las EAPB

Competencia	Criterios de Desempeño
Identificar los riesgos individuales y colectivos en salud de las personas y las familias	Elabora ficha para identificar riesgos individuales y colectivos en salud de las personas y las familias.
	Realiza los tamizajes para identificación de riesgos en salud establecidos en la normatividad vigente con enfoque en el curso de vida.
	Identifica la vulnerabilidad, los riesgos y el nivel de exposición a los riesgos en salud de las personas y las familias.
Analizar los riesgos en salud de las personas y las familias	Sistematiza los riesgos en salud identificados en un instrumento de consolidación
	Aplica un modelo predictivo de riesgo establecido por la entidad
	Pondera las amenazas, y los riesgos individuales, familiares y colectivos en salud de conformidad a modelo validado e implementado
Evaluar los riesgos en salud de las personas y las familias	Evalúa y prioriza de manera integral los riesgos, las amenazas y las vulnerabilidades presentes en la persona y su familia
	Pondera el impacto financiero de los riesgos
	Conforma grupos de riesgo para su intervención
	Analiza y monitorea casos especiales y cohortes
Consolidar	Integra la información relacionada con el análisis de riesgos de la población

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los “Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud” como estrategia del fortalecimiento del talento humano en salud.”

Planes de Gestión del Riesgo para la población asignada	asignada en un territorio específico, y de acuerdo con los lineamientos técnicos, formula acciones de prevención, mitigación y superación de riesgos para la población asignada, identificando niveles de articulación con otros actores del SGSSS y del contexto social para impactar el riesgo primario.
Comunicar de manera asertiva el riesgo priorizado en salud a las personas y a la comunidad	Evalúa la percepción de los riesgos en la persona, la familia y la comunidad
	Implementa actividades de sensibilización frente a los riesgos de la persona y la familia
	Brinda consejería individualizada en casos indicados
	Elabora estrategia de comunicación frente a riesgos colectivos en salud
	Implementa pedagogía para apropiación individual y social del riesgo en salud
Intervenir el riesgo evaluado en el marco de sus competencias	Se articula con actores sectoriales e intersectoriales para la intervención de los riesgos
	Articula acciones de intervención del riesgo individual y riesgo colectivo
	Gestiona calidad de la atención y seguridad para intervención del riesgo
	Implementa medidas correctivas conforme a monitoreo y seguimiento a cohortes
	Fortalece articulación de la ET, las EAPB e integración de la red de prestación de servicios para la intervención del riesgo
	Implementa rutas integrales de atención a personas y grupos de riesgo priorizados
	Fortalece la resiliencia en las personas, familias y comunidades

EMS de las Entidades Territoriales (ET)

El Talento Humano de la Entidad Territorial que participe en la gestión del riesgo colectivo y la implementación de intervenciones del Plan de Intervenciones Colectivas en Salud Pública – PIC, se organizará en equipos de salud, considerando los presentes lineamientos y lo dispuesto en las Resoluciones 518 de 2015, 3280 de 2018 y 276 de 2019, y las demás que las modifiquen o sustituyan.

Las competencias específicas de los EMS en la implementación de planes para la gestión de los riesgos colectivos de la población adscrita, en el marco del plan territorial de salud, se organizan en las siguientes competencias y criterios de desempeño que se presentan en la tabla 3.

Tabla 3. Competencias específicas de los EMS en la gestión del modelo de atención en salud en el territorio por parte de las Entidades Territoriales (ET).

Competencia	Criterios de Desempeño
Orientar la gestión y conformación de los (EMS) para la gestión del riesgo colectivo de la	Implementa procesos y metodologías participativas para caracterizar la situación de salud y realizar el análisis y evaluación de los riesgos de las personas, sus familias y la comunidad
	Analiza la información disponible de ASIS y de caracterización poblacional de las EAPB, para incorporar lo pertinente en la toma de decisiones sobre los planes integrales de cuidado primario
	Adapta y prioriza las Rutas Integrales de Atención (RIAS) de acuerdo con la caracterización de la situación de salud en su población adscrita

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los “Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud” como estrategia del fortalecimiento del talento humano en salud.”

población, de acuerdo con los lineamientos nacionales, características territoriales y funciones institucionales	Orienta la concertación, formulación, implementación y evaluación del plan integral de cuidado primario para las personas y familias por parte de los EMS
	Realiza protección específica y detección temprana en las personas y familias adscritas, de acuerdo con los lineamientos y protocolos establecidos
	Demuestra habilidades pedagógicas y didácticas en la concertación e implementación de estrategias pertinentes con las familias y comunidades
	Generar espacios de armonización entre los procesos de salud propia de los grupos étnicos y el SGSSS
	Articula procesos de atención en salud, intramural y extramural, con prestadores del componente primario de las RIPSS
	Registra y reporta la información requerida a la EAPB y ET
Implementar, gestionar y/o monitorear acciones del PIC y de los procesos para la gestión de la salud pública en el territorio	Proyectar coberturas de intervenciones del PIC por grupos poblacionales y momentos del curso de vida.
	Definir mecanismos de implementación, gestión, monitoreo y seguimiento de las acciones del PIC y de los procesos para la gestión de la salud pública en el territorio.

6.2 Organización de los EMS

A partir del análisis de la información anteriormente descrita, los Prestadores de Servicios de Salud, las EAPB y las Entidades Territoriales, deberán organizar los equipos considerando dos (2) aspectos: i) composición, con participación de diferentes perfiles, y ii) diferenciación según ámbito territorial.

6.2.1 Composición de los EMS

Los EMS estarán integrados por diferentes perfiles, entre ellos técnicos laborales (auxiliares en salud), técnicos profesionales, tecnólogos, profesionales de ciencias de la salud, ciencias humanas y ciencias sociales y especialistas. Adicionalmente, incluirá el rol del Gestor Comunitario en Salud, delegado de la comunidad, que deberá contar, como mínimo, con la formación de técnico laboral del área de la salud. Para los territorios en los que se certifique, por parte de la respectiva Entidad Territorial de Salud, la ausencia de técnicos laborales del área de la salud, se implementará una transitoriedad con líderes o delegados de la población (ver detalles más adelante sobre el Gestor Comunitario en Salud).

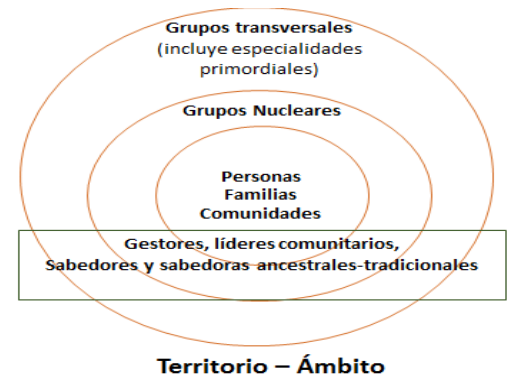
Grupos nucleares y transversales

Un (1) EMS incluirá dos (2) tipos de grupos: grupos nucleares y grupos transversales (ver figura 3). Cada grupo nuclear, en cada entidad, ya sea IPS, EAPB o ET, tendrá adscrito un conjunto de personas y familias, en un territorio específico, y en el marco de las responsabilidades que tiene cada institución en el SGSSS. Cada grupo nuclear es responsable de la gestión directa y permanente con la población adscrita de un plan concreto: plan integral de cuidado primario para las IPS, plan de gestión del riesgo individual para EAPB y plan de gestión del riesgo colectivo en el caso de ET. Los grupos transversales, cumplen funciones de asesoría, atención complementaria y especializada, entre otras. Cada grupo transversal puede apoyar a uno o varios grupos nucleares, considerando la disponibilidad de los perfiles en el territorio, la dispersión

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los “Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud” como estrategia del fortalecimiento del talento humano en salud.”

poblacional y la situación de salud de la población, entre otros factores.

Figura 3. Grupos de los EMS



Fuente. Elaboración propia, mayo de 2019

Adicionalmente, y de acuerdo con las condiciones del territorio, se incluirán aspectos especiales, tales como la armonización de la gestión y la atención del EMS con equipos de otros sectores sociales presentes en los territorios, con los sabedores y sabedoras ancestrales de los grupos étnicos del país, organizaciones sociales, campesinas, entre otras, y la participación comunitaria activa, representada por líderes y delegados de las comunidades.

Para los **prestadores de servicios de salud**, cada **Grupo Nuclear**, responsable de la **gestión del plan de cuidado primario de la población adscrita**, debe estar integrado como mínimo por los siguientes perfiles:

- Profesionales en enfermería, quienes liderarán el Grupo Nuclear en conjunto con los Médicos.
- Profesionales en medicina, quienes liderarán el Grupo Nuclear en conjunto con los profesionales en Enfermería.
- Profesionales en odontología.
- Y el personal de apoyo:
 - a) Auxiliares en enfermería y/o Auxiliar en Salud Pública de acuerdo con la disponibilidad. (o quien haga sus veces, de acuerdo con la normatividad vigente o actualización de competencias laborales).
 - b) Gestores comunitarios en salud.

Para las **EAPB**, cada **Grupo Nuclear**, responsable del **plan de gestión del riesgo individual para la población adscrita**, debe estar integrado como mínimo por los siguientes perfiles:

- Profesional del área de la salud, con formación pos-gradual en Salud familiar y Comunitaria, quienes liderarán el Grupo Nuclear²⁰.
- Auxiliar en Salud Pública.
- Gestores comunitarios en salud.

²⁰De acuerdo con la disponibilidad en cada Entidad Territorial, todos los grupos nucleares de las EAPB deberán en lo posible contar con un especialista en salud familiar y comunitaria.

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los “Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud” como estrategia del fortalecimiento del talento humano en salud.”

Para las **Entidades Territoriales, cada Grupo Nuclear, responsable de la gestión del riesgo colectivo de la población adscrita, en el marco del PIC**, debe estar integrado como mínimo por los siguientes perfiles:

- Profesionales del área de la salud, con formación pos-gradual en Salud familiar y Comunitaria, quienes liderarán el Grupo Nuclear ²¹.
- Auxiliar en Salud Pública.
- Gestores comunitarios en salud.

Por su parte, para los **prestadores de servicios de salud, cada Grupo Transversal** debe estar integrado por los siguientes perfiles:

Profesionales de ciencias de la salud (Minsalud, 2016), dentro de ellos:

- Nutrición y dietética
- Psicología
- Terapia ocupacional
- Terapia física o fisioterapeuta
- Terapia respiratoria
- Fonoaudiología
- Optometría
- Bacteriología
- Gerontología

Este grupo transversal también incluirá el **grupo de profesionales de la salud especialistas primordiales** en:

- Medicina familiar, quienes liderarán el Grupo Transversal, de acuerdo con su disponibilidad en el territorio (Minsalud, 2015).
- Salud familiar y comunitaria, de acuerdo con su disponibilidad en el territorio (Minsalud, 2015).
- Pediatría.
- Ginecología y obstetricia.
- Medicina interna.
- Cirugía.
- Anestesiología.
- Geriatria (de acuerdo con la caracterización poblacional y el ASIS).
- Cuidados paliativos
- Psiquiatría

De acuerdo con el contexto epidemiológico (sujetos de especial protección establecidos en la Ley 1751 de 2015, artículo 11)) o zonas afectadas por el conflicto armado, contará además con especialistas en:

- Ortopedia.
- Medicina Física y Rehabilitación.

²¹ De acuerdo con la disponibilidad en cada Entidad Territorial, todos los grupos nucleares de las Entidades Territoriales en lo posible deberán contar con un especialista en salud familiar y comunitaria.

Continuación de la resolución “*Por la cual se adoptan los “Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud” como estrategia del fortalecimiento del talento humano en salud.*”

Así mismo, deberá incluir profesionales de las siguientes disciplinas, de acuerdo con la caracterización de la población y el ASIS:

- Trabajo social.
- Sociología.
- Antropología.
- Saneamiento ambiental.
- Salud ambiental y seguridad sanitaria.
- Ingeniería agronómica.
- Medicina Veterinaria.
- Zootecnia.

Es así como, en general, la inclusión de uno u otro perfil en el Grupo Transversal, deberá responder al Análisis de Situación de Salud (ASIS) de la población, la caracterización del riesgo en salud de la población, el análisis de la oferta y demanda de servicios de salud, la disponibilidad del talento humano en salud en el territorio y los requerimientos para la implementación de las RIAS.

Este equipo transversal deberá contar con el personal de apoyo correspondiente, para el desempeño de sus funciones, para lo cual podrá incorporar los perfiles de áreas auxiliares de la salud definidos en el Decreto 4904 de 2009, compilado en el Decreto 1075 de 2015, o la normatividad que lo modifique, considerando los servicios ofertados:

- Auxiliar en enfermería.
- Auxiliar en salud pública.
- Auxiliar en salud oral.
- Auxiliar en servicios farmacéuticos.
- Auxiliar en administración en salud.

Para las **EAPB, cada Grupo Transversal** lo integrarán los siguientes perfiles:

- Especialista en Medicina Familiar, de acuerdo con su disponibilidad en el territorio, quienes liderarán el Grupo Transversal.
- Profesional del área de la salud con especialización en Salud familiar y comunitaria, de acuerdo con su disponibilidad en el territorio.
- Profesional especialista en Epidemiología o Salud Pública.
- Otros perfiles profesionales y ocupacionales de acuerdo con la caracterización de la población adscrita.

Para las **Entidades Territoriales, el Grupo Transversal** lo integrarán los siguientes perfiles:

- Profesional del área de la salud, con especialización en Salud familiar y comunitaria de acuerdo con su disponibilidad en el territorio, quienes liderarán el Grupo Transversal.
- Especialista en Medicina Familiar de acuerdo con su disponibilidad en el territorio, quienes igualmente podrán liderar el Grupo Transversal.
- Profesional especialista en Epidemiología o Salud Pública
- Otros perfiles profesionales y ocupacionales de acuerdo con la caracterización poblacional y el ASIS.

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los “Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud” como estrategia del fortalecimiento del talento humano en salud.”

Gestores comunitarios en salud

En todos los ámbitos territoriales, los EMS contarán con gestores comunitarios en salud, de acuerdo con las directrices de este Ministerio, con el propósito de aportar a la garantía del acceso, calidad, adecuación socio-cultural y pertinencia de los servicios de salud. La composición de los EMS, incluyendo a los gestores comunitarios en salud, deberá garantizar accesibilidad y apropiación socio cultural en los servicios de salud, tanto por parte de los prestadores de servicios de salud, como las EAPB y entidades territoriales de salud.

El Gestor Comunitario en Salud se define como un rol del EMS; un talento humano con mínimo nivel de formación de técnico laboral del área de la salud, el cual debe tener asesoría, supervisión y acompañamiento de los profesionales del área de la salud, en el marco del trabajo de los EMS. Dependiendo del contexto territorial, los Gestores Comunitarios en Salud pueden tener niveles superiores de formación del área de la salud: técnicos profesionales, tecnólogos, profesionales y especialistas. A diferencia de otros integrantes del EMS, los Gestores Comunitarios en Salud son personas que de manera preferente deben hacer parte de la población de influencia que atienden las instituciones, ya sean prestadores de servicios de salud, EAPB y Entidades Territoriales. Para su vinculación se debe partir de la delegación de las propias comunidades, así como de la identificación de los liderazgos y procesos previos de formación y acción en salud a nivel comunitario (como por ejemplo la experiencia de los promotores comunitarios en salud, entre otros) de tal manera que se promueva la legitimidad de los Gestores.

A partir de la expedición de los presentes lineamientos, este Ministerio realizará los ajustes que sean necesarios en el Registro de Talento Humano en Salud (ReTHUS), para incluir la inscripción de los Gestores Comunitarios en Salud. Los Gestores Comunitarios en Salud deberán estar inscritos en el ReTHUS²², para lo cual contarán con un periodo de transición de dos (2) años, después de la inclusión de la variable en el ReTHUS. La inscripción de las personas en el ReTHUS, deberá relacionar no solo el rol de Gestor Comunitario en Salud, sino también el último nivel académico alcanzado.

En las poblaciones donde la entidad territorial en salud, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, certifique que no hay disponibilidad de personas para ejercer este rol con un mínimo nivel educativo de técnico laboral del área de la salud, los Gestores Comunitarios en Salud podrán ser personas con menor nivel educativo, solo hasta por un periodo de cuatro (4) años a partir de la expedición de los presentes lineamientos, quienes podrán realizar un trabajo colaborativo comunitario en coordinación con el EMS del territorio, sin que esto les faculte el ejercicio de competencias como técnico laboral del área de la salud. El EMS debe asegurar la debida supervisión por parte de un profesional del área de la salud.

En este caso, los prestadores de servicios de salud, o la entidad que tenga a cargo el desarrollo de las intervenciones de gestión del riesgo (EAPB) o del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), deberá realizar las gestiones correspondientes para promover la formación de estas personas como técnicos

²² Este registro no tiene ningún costo y para el caso de los Gestores Comunitarios se realizará a través de las secretarías departamentales y distritales de salud, de acuerdo con lo que defina este Ministerio.

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los “Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud” como estrategia del fortalecimiento del talento humano en salud.”

laborales en auxiliares en salud pública, o la denominación que se defina en los procesos de actualización de los perfiles y competencias de los auxiliares del área de la salud, con el fin de generar y consolidar las competencias requeridas para atender las necesidades básicas de salud de la población del territorio, en atención a las características de la situación en salud y el modelo de prestación de servicios de salud de la zona.

Esta formación se podrá realizar exclusivamente a través de alianzas con el SENA (la formación es gratuita) en las cuales se podrán reconocer las acciones de formación complementaria realizadas con la misma institución y realizar adecuaciones de acuerdo con las características territoriales y poblacionales. Esta formación podrá realizarse con otras instituciones educativas, en atención a los lineamientos que defina el Ministerio a este respecto.

Esta formación podrá realizarse en la modalidad de “formación en servicio”, esto es, combinando su vinculación laboral y el desempeño de sus funciones requeridas en la institución, con el desarrollo del plan de estudios, lo cual, en el marco de la Investigación Acción Participativa (IAP), el Aprendizaje Basado en Problemas (ABP), la estrategia de Educación Interprofesional en Salud (EIP) y la consecuente articulación entre teoría y práctica, permitirá optimizar su proceso formativo y aportar al mejoramiento de la salud de la población de influencia. En la modalidad de formación en servicio, mientras los Gestores están trabajando como parte de los EMS, el empleador (prestadores de servicios de salud, EAPB y entidades territoriales) facilitarán lo necesario para el desarrollo de las actividades académicas. Lo anterior, será objeto de seguimiento por parte de la Entidad Territorial y las EAPB a los Prestadores de Servicios de Salud, en el marco de la implementación de estos lineamientos.

Durante el periodo de transición de cuatro (4) años, la inscripción en el ReTHUS como Gestor Comunitario en Salud de las personas que no tengan ningún nivel educativo del área de salud, debe relacionar la opción “periodo de transición” en el requisito académico, una vez se incluya la variable correspondiente en dicho registro por parte del Ministerio

En el caso de los grupos étnicos se deberá incorporar a los agentes de salud propios (médicos ancestrales, parteras y/o agentes de salud propia) que son reconocidos y legitimados por sus comunidades. Adicionalmente, se debe incorporar a personas que hablen el idioma del grupo respectivo, de conformidad con la Ley 1381 de 2010, y que cumpla con lo definido en la Ley 21 de 1991 sobre el trabajo en salud, y de acuerdo con los desarrollos que se proyecten normativamente para el Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural - SISPI, en lo relacionado con la población indígena.

Las acciones del gestor comunitario en salud deben ser registradas, reportadas y facturadas a través de las fuentes de información existentes, para lo cual se puede hacer uso de los siguientes Códigos Únicos de Procedimientos en Salud (CUPS):

- 890114: Atención (visita) domiciliaria, por promotor de salud.
- 890115: Atención (visita) domiciliaria, por equipo interdisciplinario.

Este último código también aplica para las acciones domiciliarias realizadas por otros integrantes del EMS.

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los “Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud” como estrategia del fortalecimiento del talento humano en salud.”

Aspectos Especiales

- **Auxiliares del área de la salud**

En aras de garantizar la permanencia de los auxiliares del área de la salud (Técnicos laborales en salud), vinculados a los EMS, ocupando el rol de gestores comunitarios en salud, o de otros roles y cargos, los prestadores de servicios de salud, y demás actores del SGSSS, deberán, en lo posible procurar que estos auxiliares hagan parte de las comunidades de influencia, y/o que sean delegados por las mismas, a través de sus propias formas organizativas de las comunidades. En el caso de los grupos étnicos se deberá procurar que la persona hable el idioma del grupo respectivo (Ley 1381 de 2010) y que cumpla con lo definido en la Ley 21 de 1991 sobre el trabajo en salud.

- **Líderes y agentes comunitarios**

Los líderes y agentes comunitarios no son perfiles de Talento Humano en Salud. No corresponden a roles o cargos que se deben vincular como requisitos mínimos, y no forman parte de los EMS, a menos que los prestadores e instituciones del SGSSS así lo consideren y los requieran para el cuidado de la salud, en el marco de sus modelos de prestación de servicios, los cuales deberán concertarse con la población. De cualquier forma, en el marco de la participación y reconociendo que los líderes y agentes comunitarios son actores imprescindibles en el cuidado de la salud y en la influencia sobre los determinantes sociales de la salud, especialmente en los entornos familiares y comunitarios, los EMS deberán establecer contacto permanente con estos actores, para fortalecer la pertinencia, integralidad, apropiación y aceptación cultural y continuidad de las acciones en los territorios.

- **Sabedores y sabedoras ancestrales y tradicionales de los Grupos Étnicos**

En territorios donde habitan grupos étnicos, los equipos deberán coordinar acciones con las parteras tradicionales, los sabedores y sabedoras tradicionales y ancestrales. En los casos en los que los prestadores de servicios de salud, EAPB y Entidades Territoriales, en concertación con las legítimas autoridades tradicionales de los grupos étnicos, definan tareas y responsabilidades específicas relacionadas con la gestión de la salud pública, la educación, promoción y mantenimiento de la salud, detección temprana, protección específica, y/o gestión del riesgo, podrán vincular a estas parteras tradicionales, sabedores y sabedoras, en los EMS.

Así mismo, en estos territorios, los prestadores de servicios de salud, las EAPB y las Entidades Territoriales en relación a sus equipos de salud, deberán desarrollar estrategias de armonización entre los EMS y los sabedores y sabedoras ancestrales-tradicionales (incluye parteras ancestrales - Tradicionales)²³, según los desarrollos de los lineamientos en salud para cada uno de estos grupos. Específicamente, en el caso de los pueblos indígenas la integración se dará de acuerdo con los desarrollos que se proyecten normativamente para el SISPI.

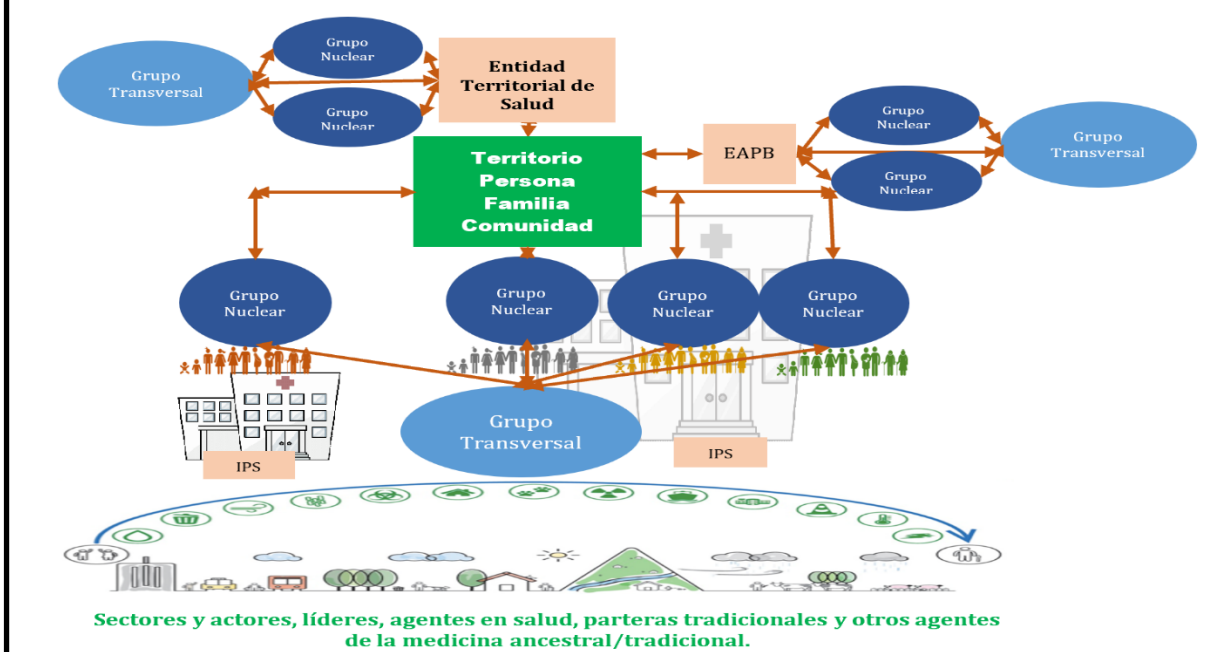
Interacción entre los grupos del EMS y la comunidad.

²³ En el marco del artículo 20 de la Ley 1164 de 2007.

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los “Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud” como estrategia del fortalecimiento del talento humano en salud.”

De acuerdo con los roles definidos anteriormente, los grupos de los EMS deberán establecer relaciones multidireccionales (Figura 4). Dentro de estas se incluye la articulación entre los grupos nucleares y transversales de las diferentes entidades del SGSSS presentes en un territorio específico. Estas relaciones se podrán fundamentar en la complementación, integralidad y la continuidad de las diferentes actividades individuales, colectivas y poblaciones de atención de las personas, familias y comunidades. Para lo anterior, las estrategias de comunicación que establezcan los diferentes EMS de los prestadores de servicios de salud, EAPB y Entidades Territoriales de Salud, representan un aspecto primordial para la interacción entre estos dos grupos: nucleares y transversales.

Figura 4. Interacción entre Grupos de los EMS y el territorio.



Fuente. Elaboración Propia. Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud. Junio 17 de 2020.

Así mismo, los grupos tanto nucleares como transversales, con la facilitación de los líderes de los EMS, deberán establecer vínculos funcionales que hacen posible la concertación de una agenda común en cada territorio, entre los EMS de los prestadores de servicios de salud, EAPB y Entidades Territoriales de Salud. Estos vínculos se pueden alimentar de diferentes fuentes, no solo técnicas, sino también personales y emotivas, para la coordinación sectorial e intersectorial y el seguimiento a indicadores de proceso y de resultado a corto, mediano y largo plazo. Para viabilizar esta interacción será pertinente establecer una estrategia de gestión sectorial e intersectorial en cada institución, red de prestación de servicios y en el territorio, que medie las relaciones entre los diferentes grupos nucleares y transversales.

Así mismo, los EMS de los prestadores de servicios de salud, las EAPB y las Entidades Territoriales de Salud, deberán desarrollar estrategias de armonización con los sabedores y sabedoras ancestrales-tradicionales (incluye parteras ancestrales - tradicionales)²⁴ y otros agentes de salud identificados en los territorios. Para lo anterior,

²⁴ En el marco del artículo 20 de la Ley 1164 de 2007.

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los “Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud” como estrategia del fortalecimiento del talento humano en salud.”

se deberán establecer estrategias y metodologías basadas en la partición activa y el diálogo de saberes. Específicamente, en el caso de los pueblos indígenas, la integración se dará de acuerdo con los desarrollos que se proyecten normativamente para el SISPI.

- **Trabajo digno y protección de los integrantes de los EMS**

Los prestadores de servicios de salud, las EAPB y las Entidades Territoriales implementarán las estrategias para mejorar la planificación, disponibilidad y permanencia en los territorios de los EMS, así como condiciones que aseguren la vinculación digna del Talento Humano que hacen parte de estos equipos.

Específicamente, los prestadores de servicios de salud deben brindar elementos de protección personal adecuados, idóneos y suficientes para todo el talento humano en salud vinculado y organizado en Grupos Nucleares y Transversales de EMS, coordinando para tal efecto con las Administradoras de Riesgos Laborales, de acuerdo con las disposiciones normativas vigentes.

Las Administradores de Riesgos Laborales (ARL), en coordinación con los prestadores de servicios de salud, EPAB y ET según corresponda, establecerán planes de acción para promover la organización y funcionamiento del trabajo en equipo, desarrollando actividades educativas para fortalecer competencias transversales e implementar entornos laborales saludables, en pro no solo del bienestar de los integrantes de los EMS en cada una de estas entidades, sino también de la construcción de vínculos afectivos y habilidades de comunicación, negociación, manejo del stress, liderazgo, asertividad, entre otros, en lo posible, a través de la coordinación con la academia, de tal manera que garanticen la sostenibilidad y el rigor del aprendizaje.

En todo caso, el Ministerio de Trabajo, la Superintendencia Nacional de Salud y las Direcciones Territoriales o quienes hagan sus veces deben desarrollar las funciones inspección, vigilancia y control, según las normas que rigen su competencia, en procura de que se cumpla el adecuado desarrollo de los contratos de trabajo, las condiciones de trabajo apropiadas y dignas que permitan el adecuado ejercicio profesional u ocupacional de los integrantes de los EMS en cada territorio y la propia prestación del servicio de salud, así como del suministro, oportuno, idóneo y adecuado de elementos de protección personal al talento humano en salud, los cuales buscarán soluciones para las partes protegiendo sus derechos y garantías.

6.2.2 Número de EMS por ámbito territorial

El número de EMS en un espacio territorial específico podrá ser estimado inicialmente por la respectiva institución, de acuerdo con el número de personas que lo habitan, la afiliación a las EAPB, el nivel de dispersión poblacional, el análisis de situación de salud y el Plan Territorial de Salud. Entre otros factores, deben considerar el impacto y cobertura de las acciones poblacionales, colectivas e individuales en la población adscrita. Como resultado de esta estimación, se realizará la asignación al EMS y la adscripción poblacional al grupo nuclear.

La adscripción poblacional se define en este documento como la asignación de un grupo personas y familias, que residen en un territorio específico, a un Equipo

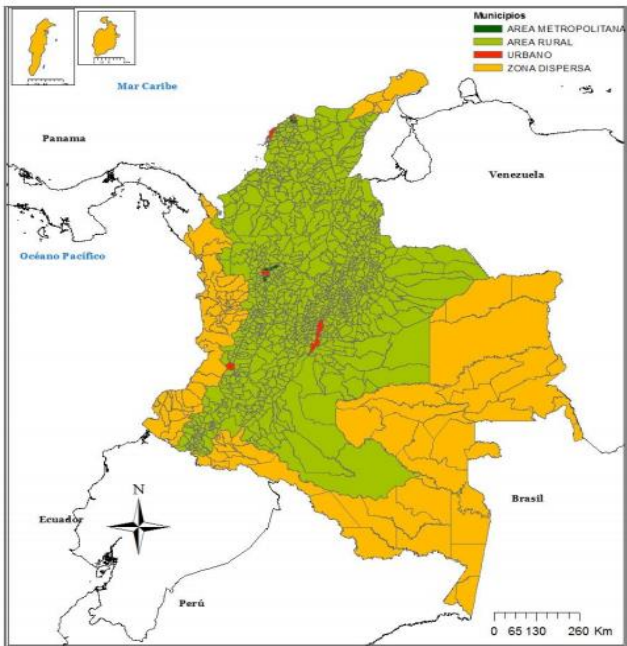
Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los “Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud” como estrategia del fortalecimiento del talento humano en salud.”

Multidisciplinario para la Salud (EMS) en el marco del modelo de atención de cada EAPB y el modelo de prestación de cada IPS. Considerando el principio de libre elección, cada EAPB asigna a la población en uno de los prestadores de su red que garantice, como parte de la gestión del cuidado primario, la adscripción de un grupo específico de personas y familias a un EMS, y específicamente a un grupo nuclear, según lo definido en este documento.

Cada grupo nuclear debe garantizar de manera permanente las funciones de puerta de entrada al SGSSS para su población adscrita, en un territorio concreto. La población asignada se define como el grupo de personas y familias que la EAPB refiere a uno de sus prestadores, con el propósito de gestionar las acciones necesarias para brindar atención integral en salud, y la población adscrita se define como el grupo de personas y familias que cada Prestador le encarga a cada EMS, y específicamente, a cada grupo nuclear, para el desarrollo de los planes integrales de cuidado primario (PICP), de acuerdo con las atenciones definidas en las RIAS y la situación de salud de la población.

Para lo anterior, es necesario realizar estimaciones de acuerdo con la información recopilada y analizada, inicialmente la relacionada con la población del territorio y tomando como referencia los siguientes estándares propuestos para cada ámbito territorial, de algunos de los perfiles que integran los EMS de ET, EAPB y prestadores de servicios de salud (ver mapa 1 y tabla 4).

Mapa 1. Ámbitos territoriales



Fuente: (Minsalud, 2016)

Tabla 4. Estimaciones para la asignación de población a los EMS: número de habitantes y familias por Grupos Nucleares y Transversales, de acuerdo con los perfiles que los componen

Ámbito territorial	Grupo Nuclear	Grupo Transversal
--------------------	---------------	-------------------

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los “Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud” como estrategia del fortalecimiento del talento humano en salud.”

	Auxiliares en Enfermería o Auxiliares en Salud Pública; y gestores comunitarios en salud		Profesionales en Enfermería, Medicina y Odontología		Médico familiar, especialista en salud familiar y comunitaria, profesionales de ciencias de la salud, sociales y ambientales, tecnólogos y técnicos laborales (auxiliares en salud).		Otros Especialistas primordiales en Pediatría, Ginecología y obstetricia, Medicina interna, Cirugía, Anestesiología, Psiquiatría y Ortopedia.	
	Habitantes	Familias	Habitantes	Familias	Habitantes	Familias	Habitantes	Familias
Urbano	1,000-1,400	350-400	3,500-5,000	1,000-1,500	7,000-11,000	2,000-3,000	30,000-20,000	8,000-5,500
Rural	700-1,000	200-300	2,000-3,000	600-900	4,000-6,500	1,200-1,800	30,000-40,000	8,500-11,200
Disperso	540-720	150-250	1,000-1,500	300-400	3,000-4,500	900-1200	40,000-50,000	11,000-14,000

Fuente: Elaboración propia. 12 de septiembre de 2018.

Estos estándares para la conformación de EMS en cada ámbito territorial están fundamentados en experiencias nacionales y revisiones internacionales (Capítulo 9). Se espera que estos rangos sirvan de **guía** para estimar el número y la conformación de EMS. Estos estándares deben ser considerados de manera conjunta (de acuerdo con la asignación de personas y familias a cada perfil propuesto en el EMS), y en todos los casos deberá ser un referente para la organización de los EMS.

Los prestadores de servicios de salud, las EAPB y las Entidades Territoriales podrán conformar sus correspondientes EMS, considerando que un (1) EMS tendrá por lo menos un (1) grupo nuclear en un mismo territorio, y tantos grupos nucleares como sean necesarios, de acuerdo con: i) la cantidad de población asignada y adscrita, ii) el número de grupos transversales y perfiles con los que cuenta, iii) los servicios de salud habilitados, iv) la situación de salud, y v) la disponibilidad del talento humano, entre otros factores.

Los grupos del EMS no necesariamente deberán estar ubicados en un mismo espacio físico; sin embargo, los grupos deberán trabajar en equipo, con enfoque colaborativo, considerando la necesidad de realizar actividades presenciales, virtuales, e incluso telefónicas, entre otras, de planeación, implementación, seguimiento de los PICP, gestión, capacitación, seguimiento, asesoría, delegación y supervisión.

Las modalidades de atención, encuentro, educación y planeación de los EMS podrán combinar la intramural, extramural y Telesalud, de acuerdo con las condiciones geográficas del territorio, situación y prioridades en salud de la población y el cumplimiento de los estándares de habilitación de los servicios de salud.

CAPÍTULO 7. METAS E INDICADORES DE LOS LINEAMIENTOS

Ejes de lineamiento	Indicadores	Responsable	Línea base 1-2020	Meta
Organización de los EMS				
Conformación de los EMS en IPS	Nº de IPS que conformaron por lo menos un EMS en el ámbito urbano / Total de IPS presentes en el ámbito urbano x 100	IPS	0	A 2022, el 100% de las IPS en ámbito urbano habrán conformado un EMS

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los “Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud” como estrategia del fortalecimiento del talento humano en salud.”

	N° de IPS que conformaron un EMS en el ámbito rural / Total de IPS presentes en el ámbito rural x 100	IPS	0	A 2022, el 100% de las IPS en ámbito rural habrá conformado un EMS
	N° de IPS que conformaron un EMS en el ámbito disperso / Total de IPS presentes en el ámbito disperso x 100	IPS	0	A 2022, el 100% de las IPS en ámbito disperso habrán conformado un EMS
	N° de EMS por cada comunidad de los grupos étnicos / Total de IPS que atienden población de grupos étnicos x100	IPS que atienden población de grupos étnicos	0	A 2022, el 100% de las IPS habrán conformado un EMS por cada comunidad de los grupos étnicos del territorio
Conformación de los EMS en las EAPB de cada departamento y distrito	N° de EAPB que conformaron por lo menos un EMS/ Total de EAPB autorizadas en cada departamento y distrito x 100	EAPB	0	A 2022, el 100% de las EAPB habrán conformado un EMS
Conformación de los EMS en cada Entidad Territorial en Salud del orden departamental, distrital y municipal	N° de Entidades Territorial en Salud que conformaron por lo menos un EMS/ Total de Entidades Territoriales en Salud (del orden departamental, distrital y municipal respectivamente) x 100	Entidades Territoriales en Salud del orden departamental , distrital y municipal	0	A 2022, el 100% de las Entidades Territoriales en Salud habrán conformado un EMS
Asignación poblacional a EMS y adscripción a grupos nucleares	N° de IPS, EAPB y Entidades Territoriales en Salud con asignación y adscripción de personas, familias y comunidades a cada EMS / Total de IPS EAPB Entidades Territoriales en Salud (del orden departamental, distrital y municipal respectivamente) x 100	IPS EAPB Entidades Territoriales en Salud del orden departamental , distrital y municipal	0	A 2024, el 100% de las IPS, EAPB y Entidades Territoriales en Salud habrán realizado la asignación y adscripción de toda la población que atienden a EMS
Funcionamiento de los EMS				
Formación continua, inducción y re inducción	N° de EMS con fortalecimiento de competencias para el trabajo en equipo a través de formación continua, inducción y re inducción / Total de IPS EAPB Entidades Territoriales en Salud (del orden departamental, distrital y municipal respectivamente) x 100	IPS EAPB Entidades Territoriales en Salud del orden departamental , distrital y municipal	0	A 2022, el 100% de las IPS, EAPB y Entidades Territoriales en Salud, habrán realizado un programa de fortalecimiento de competencias para el trabajo en equipo a través de acciones de formación continua, inducción y re inducción

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los “Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud” como estrategia del fortalecimiento del talento humano en salud.”

Gestión del conocimiento	Nº de IPS, EAPB y Entidades Territoriales en Salud con informe de gestión anual de la implementación de las acciones propuestas para el funcionamiento de los EMS / Total de IPS EAPB Entidades Territoriales en Salud (del orden departamental, distrital y municipal respectivamente) x 100	IPS EAPB Entidades Territoriales en Salud del orden departamental , distrital y municipal	0	A 2022, el 100% de las IPS públicas y privadas, EAPB y Entidades Territoriales en Salud, presentarán un informe anual de gestión de la implementación de las acciones propuestas para el funcionamiento de los EMS
	Nº de IPS, EAPB y Entidades Territoriales en Salud que participan en proyectos de investigación conjunta con Instituciones de Educación Superior / Total de IPS EAPB Entidades Territoriales en Salud (del orden departamental, distrital y municipal respectivamente) x 100	IPS EAPB Entidades Territoriales en Salud del orden departamental , distrital y municipal	0	A 2030, el 50% las IPS participarán en proyectos de investigación conjunta con Instituciones de Educación Superior para evaluar el trabajo en equipo multidisciplinario y su impacto en los resultados en salud
Planeación operativa	Nº de EMS de IPS con Planes Integrales de Cuidado Primario (PICP) consolidados, con reportes de implementación y seguimiento en el territorio / Total de IPS	IPS	0	A 2022, el 100% de las IPS publicarán los EMS con PICP que se encuentran funcionando con acciones de implementación y seguimiento en el territorio
	Nº de EMS de EAPB con Planes de Gestión del Riesgo para la población asignada / Total de EAPB	EAPB	0	A 2022, el 100% de las EAPB publicarán los EMS con Planes de Gestión del Riesgo, incluyendo acciones de implementación y seguimiento en el territorio

CAPÍTULO 8. PROGRESIVIDAD EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS LINEAMIENTOS

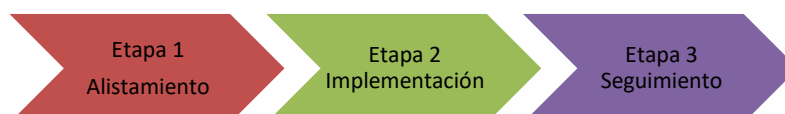
La progresividad en la implementación de los lineamientos incluye tres etapas

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los “Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud” como estrategia del fortalecimiento del talento humano en salud.”

fundamentales:

i) el alistamiento, ii) la implementación y iii) el seguimiento al alcance de los lineamientos, sus objetivos y metas.

Figura 4. Etapas para la implementación de los lineamientos



Etapa 1: Alistamiento

En esta etapa, a desarrollar antes de diciembre de 2020, los prestadores de servicios de salud, las EAPB y la Autoridad Sanitaria de cada territorio, deberán:

- Realizar la planeación del talento humano en salud. Para ello, la respectiva Entidad Territorial de Salud, deberá instaurar una mesa permanente y tener en cuenta las orientaciones presentadas en el documento “Planificación de talento humano en salud en el territorio” disponible en el siguiente enlace: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/lineamientos-tecnicos-planificacion-thsenel-territorio.pdf>. Según este último documento, y como una base para la organización de los EMS, la respectiva Autoridad Sanitaria deberá liderar la definición de áreas sanitarias en su territorio, de acuerdo al ASIS y el Plan de Salud Territorial, lo cual permitirá orientar la conformación e integración de los EMS por parte de los actores del SGSSS.
- Gestionar recursos económicos, físicos, humanos y tecnológicos, a través de:
 - i) la gestión de los recursos económicos necesarios para la operación de los EMS como base para implementar la función de cada entidad en relación directa con la población;
 - ii) la definición y disposición de espacios, tecnologías en salud y servicios de salud habilitados, de acuerdo con las condiciones del contexto, la planeación en salud, la caracterización de riesgos y el ASIS;
 - iii) la asignación de la población al EMS y la adscripción a los grupos nucleares y
- Liderar la re-organización de los procesos institucionales para garantizar la gestión integral de los Planes Integrales de Cuidado Primario, en el caso de los prestadores de servicios de salud, así como de los Planes de Gestión del Riesgo, en el caso de las EAPB, y de los procesos territoriales de salud, que le corresponden a las Entidades Territoriales de Salud.
- Fortalecer las competencias transversales de los EMS, a través de procesos de formación continua, incorporando la estrategia de Educación Interprofesional en Salud (EIP).

Etapa 2: Implementación

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los “Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud” como estrategia del fortalecimiento del talento humano en salud.”

Los lineamientos serán implementados progresivamente, a partir de enero de 2021, en coherencia con las metas definidas en el numeral 7. La organización funcional del Talento Humano en EMS, implica transformar la manera en que convencionalmente se relaciona el THS y este proceso no es espontáneo. Por lo anterior, es importante que una vez conformados los EMS, los prestadores de servicios de salud, estén o no organizados en RIPSS, las EAPB y las Entidades Territoriales, desarrollen procesos de inducción, re-inducción y formación permanente para fortalecer las competencias transversales (comunes) que hacen posible el trabajo en equipo, colaborativo, la comunicación asertiva, la negociación y el trabajo en torno a objetivos y resultados comunes. Las EAPB y las Entidades Territoriales realizarán énfasis en la formación para la gestión del riesgo y para la ejecución de acciones del PIC, según sea el caso.

Responsabilidades de los Actores

En la organización de EMS interviene el MSPS como ente rector del SGSSS, las Entidades Territoriales como la Autoridades Sanitarias que lideran en sus territorios las tres (3) fases de progresividad de los lineamientos, así como los prestadores de servicios de salud y las EAPB, encargadas de la implementación según lo definido en este documento y su relación con el marco normativo actual. También participa el talento humano que hace parte de la fuerza de trabajo del sector salud, parte esencial de la organización y el funcionamiento de los EMS, con la participación de la comunidad (Figura 5).

Figura 5. Actores involucrados en la organización y el funcionamiento de los EMS



Fuente. Elaboración propia, junio 2020.

De acuerdo con la normatividad vigente, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB) tienen la responsabilidad de garantizar, a través de la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud (RIPSS), la atención integral en salud de la población a cargo; lo anterior, en condiciones de accesibilidad, integralidad, continuidad, oportunidad, calidad y resolutiveidad, con disponibilidad y suficiencia de la oferta.

De manera concurrente, y en lo que corresponde a su competencia, las EAPB y Prestadores de Servicios de Salud, deben garantizar la organización y el

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los “Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud” como estrategia del fortalecimiento del talento humano en salud.”

funcionamiento de los EMS para la atención en salud de la población afiliada. Lo anterior, en cumplimiento de los requisitos de capacidad tecnológica y científica para su funcionamiento, habilitación y permanencia.

Las Entidades Territoriales (ET), en el ámbito de su competencia, realizan la asistencia técnica pertinente, así como las labores de inspección, vigilancia y control a los Prestadores de Servicios y EAPB para asegurar que se implementen estos lineamientos y se conformen los EMS con adscripción de la población a los mismos, y a su vez también adoptarán estos lineamientos, para la organización y funcionamiento de los Equipos de Salud que participan en la implementación del PIC.

El MSPS, en el ámbito de sus competencias y de manera complementaria, asistirá técnicamente y orientará el proceso de organización y funcionamiento de los EMS. Así mismo, generará políticas y emitirá recomendaciones en procura de asegurar la permanencia, distribución, formación y mejoramiento de condiciones ejercicio y desempeño del talento humano que integre los EMS.

Etapas 3: Seguimiento

- Anualmente la Autoridad Sanitaria del territorio, esto es, la respectiva Secretaría Departamental y Distrital, realizarán seguimiento al logro de los objetivos y metas de los lineamientos.
- Las Entidades Territoriales, sin perjuicio de las acciones propias de prestadores y EAPB, gestionarán la realización, tabulación y análisis de los resultados de encuestas de satisfacción de la población sobre la atención brindada por los EMS de su territorio.
- Las Entidades Territoriales deberán consolidar, y enviar al Ministerio, en los medios que se definan, un informe anual, con participación de las IPS y EAPB presentes en su territorio, sobre la conformación y el funcionamiento de los EMS.
- El MSPS realizará seguimiento y acompañamiento técnico en las diferentes etapas de alistamiento, implementación y seguimiento de los EMS.
- Un (1) año después de publicados los lineamientos, el MSPS dispondrá de una herramienta electrónica para registrar y evaluar el proceso de organización y funcionamiento de los EMS por parte de los actores del SGSSS, a través del REPS y otras fuentes y bases de información integradas al SISPRO.

CAPÍTULO 9. REFERENTES CONCEPTUALES NACIONALES E INTERNACIONALES

9.1 Referenciación internacional

A partir de la revisión documental, se compararon algunas experiencias de conformación y organización de equipos de salud, documentadas por el ISAGS y la UNASUR en Argentina (OPS, 2016), Chile (OPS, 2008), Ecuador (Fortuna, Mishima, Matumoto, & Pereira, 2005), Uruguay (West, Poulton, Pearson, & Spencer, 1997), Cuba (López Puig, García Milian, Alonso Carbonell, Santana, & Segredo, 2014) y Perú

Continuación de la resolución “*Por la cual se adoptan los “Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud” como estrategia del fortalecimiento del talento humano en salud.*”

(Rosales & Valverde, 1998) y los documentos técnicos del Sistema de Salud de Honduras (Zurro & Solá, 2011), en el contexto de la organización de modelos de atención en salud basados en Atención Primaria.

La referenciación se realizó con base en las siguientes categorías: a) concepción del derecho a la salud, b) denominación, conformación del equipo de salud, c) estándar de asignación de población, d) ubicación por nivel de prestación y gestión de la salud y, e) funciones de los equipos de salud.

En las experiencias internacionales revisadas, los lineamientos relacionados con el talento humano para el desarrollo de las acciones en salud se encuentran incluidos en herramientas documentales generales de los modelos de atención de los sistemas de salud, particularmente en orientaciones para la implementación del modelo de atención de cada país, salvo el caso de Uruguay en el que se contó con un documento sobre los Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención.

Para comprender la estructura y funcionamiento de cada una de las experiencias revisadas, se identificaron los principales aspectos que caracterizan los modelos de salud en cada país y de manera específica los lineamientos sobre equipos de salud. A continuación, se presenta una síntesis de esta revisión de acuerdo con las categorías definidas.

- **Concepción del derecho a la salud:** el primer aspecto relevante es el carácter de derecho a la salud en los diferentes países. Ecuador presenta la propuesta *-Buen Vivir Ecuatoriano-*, en la que salud es una de las dimensiones y los elementos de APS están incorporados por mandato en su constitución. En Uruguay y Chile, el derecho a la salud está a cargo del Estado, en este último la carta constitucional contempla el derecho a la protección de la salud; en Argentina, el artículo 14 de la Constitución indica que el Estado otorgará los beneficios de la seguridad social, que tendrá carácter de integral e irrenunciable. En Colombia, se estructura a través de la Ley 1751 de 2015. En Cuba, la Ley 41 de 1983 precisa el derecho que tiene la población cubana de atención y protección de su salud.
- **Denominación de los Equipos de Salud:** Se hace referencia a *equipos básicos de salud* en Honduras, Perú y Ecuador; *equipo de cabecera* en Chile; los *equipos de salud de primer nivel de atención* (ESPNA) en Uruguay, con la subdivisión de equipo proximidad (EP) y equipo de primer nivel (EPN), los cuales en conjunto actúan como el ESPNA; en Argentina *los equipos de salud del primer nivel de atención* y en Cuba, se denominaron los *Equipos Básicos de Salud (EBS)*.
- **Conformación de los Equipos de Salud:** La conformación es variable de un país al otro. La composición mínima usualmente corresponde a médico, enfermera, auxiliar o técnico en salud y obstetra o matrona. Particularmente en Ecuador y Argentina se incluye al odontólogo como parte del equipo permanente, mientras que en otros países este profesional se incluye de acuerdo con la necesidad de la población a atender.

Continuación de la resolución “*Por la cual se adoptan los “Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud” como estrategia del fortalecimiento del talento humano en salud.*”

En Argentina, el equipo de salud varía de acuerdo con las provincias. Usualmente incluye médicos generalistas²⁵, pediatras, clínicos, ginecólogos²⁶, obstetras, odontólogos, trabajadores sociales, psicólogos, enfermeros, administrativos y promotores o agentes sanitarios. Los promotores o agentes sanitarios no son recursos distribuidos de la misma manera en todo el país, depende de las necesidades de la jurisdicción y a su disponibilidad.

En Uruguay, se organiza el equipo en dos fracciones, el equipo de proximidad (EP) y el equipo del primer nivel (EPN). El EP tiene un territorio asignado y está conformado por médico familiar, denominado médico de familia, enfermera o auxiliar, o como una segunda alineación posible con médico, pediatra y enfermera. En el equipo del primer nivel (EPN), se encuentran asistentes sociales, licenciadas en enfermería, ginecólogos, odontólogos, psicólogos y nutricionistas, como mínimo.

En Chile, los *equipos de cabecera* son de dos tipos: equipo básico conformado por médico, enfermera, matrona, paramédico, auxiliar, asistente social y asistente administrativo; y un equipo básico más complemento (equipo transversal) que incluye psicólogo, kinesiólogo, profesional de educación física, terapeuta ocupacional, nutricionista, odontólogo y auxiliar de odontología; en las comunidades rurales, el equipo de la Posta de Salud Rural está integrado por un técnico paramédico permanente, que se complementa con visitas periódicas de un equipo que puede variar en tamaño según la población del territorio, conformado por médico, enfermera, matrona, nutricionista y asistente social.

En Honduras, se diferencia el *Equipo de Atención Integral en Salud* (EAPS) y el equipo de apoyo. El EAPS es multidisciplinario de profesionales y técnicos de salud del primer nivel de atención, el perfil de quienes lo conforman responde a las necesidades de la población asignada en un territorio, en tanto, el equipo de apoyo que está al servicio de un número variable de Equipos de Atención Integral en Salud (inicialmente cada 3 EAPS) está conformado por un odontólogo, tres médicos especialistas (internista, obstetra y pediatra), un licenciado(a) en enfermería, nutricionista y trabajadora social.

En Ecuador, la instancia operativa del sistema de Atención Primaria en Salud es el *equipo de atención integral en salud* (EAIS) compuesto por médico(a), enfermero(a) y técnico(a) en atención primaria en salud (TAPS), aunque no se excluye la posibilidad de otros profesionales; en las zonas rurales de amplia dispersión poblacional, en el puesto de salud se cuenta con una auxiliar de enfermería o técnico superior en enfermería o con un EAIS que de manera

²⁵ El médico generalista y/o de familia está capacitado para cuidar la salud de la comunidad, a la persona y su familia, gestionar el proceso de atención de la salud de la persona, familia y comunidad

²⁶ El ginecotocólogo está capacitado para la atención integral a la mujer en las distintas etapas de su vida en los aspectos generales, reproductivos (durante el embarazo, parto y puerperio) y ginecológicos con énfasis en la detección precoz, seguimiento y tratamiento de enfermedades prevalentes (cáncer genitomamario) y de la mortalidad materna de causa directa (aborto provocado, urgencias obstétricas) y el obstetra se encarga de la atención de la mujer durante la gestación, el parto y el puerperio.

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los “Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud” como estrategia del fortalecimiento del talento humano en salud.”

itinerante atiende a la población de la zona.

En Cuba, se crearon los grupos de “Atención integral a la familia”, grupo de profesionales de la salud que apoyan al médico y a la enfermera y está conformado por odontólogos, trabajadoras sociales y especialistas del segundo nivel de atención, como medicina interna, pediatría, ginecología y obstetricia; con el fin de prestar servicios integrales de calidad.

En Perú, el *Equipo Básico de Salud Familiar y Comunitaria* (EB- SFC), está conformado por médico, licenciada en enfermería, licenciado en obstetricia y técnico de enfermería. Se acoplan más profesionales de acuerdo con la realidad sanitaria local. Para la atención a las familias ubicadas en áreas ubicadas a más de cuatro (4) horas de un establecimiento de salud, se cuenta con equipos móviles denominados *Equipos de Atención Integral en Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas* (Equipos AISPED).

- **Estándares de asignación poblacional:** La asignación poblacional está determinada por las características del territorio (urbano, rural, disperso), la población, las funciones y actividades del equipo. Esta asignación usualmente se expresa en número de habitantes o número de familias a cargo.

En Ecuador, los Equipos de Atención Integral de Salud (EAIS) están a cargo de 4.000 personas a nivel urbano y de 1.500 a 2.500 personas en el área rural;

En Chile, el equipo de cabecera del CESFAM (Centro de Salud Familiar), atiende 2.000 personas habitantes rurales y un máximo de 5.000 personas en áreas urbanas;

En Perú, los Equipos Básicos de Salud Familiar y Comunitaria (EB-SFC) tienen asignados de 500 a 800 familias.

En Cuba, cada Equipo Básico en Salud garantizan la atención integral a una población de hasta 1.500 personas.

En Argentina, no existe información de asignación poblacional a los equipos de salud de primer nivel, sino a los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) en promedio tienen 11 profesionales y tienen asignada una población entre 3.200 a 4.000 habitantes.

En Uruguay, existe la libre selección del servicio, y por lo tanto no hay asignación poblacional.

En Honduras, la adscripción a los establecimientos de primer nivel y a los Equipos de Atención Integral en Salud (EAPS) no está definida.

- **Disponibilidad de talento humano para los equipos de salud.** En cuanto a la fuerza de trabajo disponible en los diferentes países para conformar los

Continuación de la resolución "Por la cual se adoptan los "Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud" como estrategia del fortalecimiento del talento humano en salud."

equipos de salud, ésta era muy disímil al interior de los países referenciados en el momento del estudio, año 2014 y en Honduras, año 2013.

Así, por ejemplo, en Argentina existen grandes diferencias entre las provincias, mientras en la provincia de Formosa hay 14 médicos por cada 10.000 habitantes y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires la razón es de 100:100.000, asimetría que intenta resolver la estrategia de APS. Del total de médicos que labora en el sector público, estiman que el 28% concentra sus actividades en las prestaciones de APS, lo que da una razón de 6.4 médicos por 10000 habitantes frente a una razón de 27,1:100.000 médicos en el sector público.

En Chile, si bien el talento humano vinculado a la APS se incrementó en un 30% entre el 2009 y el 2012, continúa existiendo un déficit de médicos de atención primaria. Se estima que, de un total aproximado de 30.000 médicos, alrededor del 10% está vinculado a la APS y de este porcentaje, sólo 629 son médicos de familia y alrededor del 50% de éstos están vinculados al sector privado. De los 3.000 médicos vinculados a la APS, más del 90% son médicos generales. El Ministerio de Salud estableció la relación médicos de APS en 3 (tres) por cada 10.000 habitantes, sin embargo, la tasa real es de 2.5 médicos por cada 10.000 habitantes y aunque hay una tendencia al crecimiento, existe un déficit de fuerza de trabajo en medicina, odontología y enfermería.

En Ecuador en las provincias de Sucumbíos, Carchi, Orellana, Esmeraldas, Santa Elena, Pastaza y Bolívar para la fecha del estudio, había menos de 10 médicos por cada 10.000 habitantes, mientras que en Pichincha, Azuay y Loja la relación era de más de 20 médicos por cada 10.000 habitantes.

En Perú también se presentaban grandes diferencias regionales, el país contaba con 1,1 médicos y profesionales de enfermería por cada 1.000 habitantes y hubo regiones como Callao que en las que se duplicaba esta cifra y otras que contaban con menos de la mitad del valor de ese indicador.

Cuba cuenta grandes diferencias respecto a los demás países de la región: 134 profesionales de la salud por cada 10.000 habitantes. Para el caso de profesionales de enfermería, la densidad se encuentra en 81,3 enfermeros por cada 10.000 habitantes, de los cuales el 72% son licenciadas.

Uruguay cuenta con una buena disponibilidad de recursos humanos en comparación con los demás países de América, para 2008, la razón de médicos cada 1.000 habitantes era de 3.87 y para 2009 de 4,32; en contraste, hay carencias en categorías profesionales como enfermería, donde la relación enfermera/médico (1/4) es la inversa de los estándares internacionales. Adicionalmente, la distribución de los recursos no es homogénea, existe una alta concentración en Montevideo (75% del THS) y zona metropolitana en detrimento al resto del país (25% THS) y una mayor disponibilidad del THS en el sector privado.

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los “Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud” como estrategia del fortalecimiento del talento humano en salud.”

En general, para la región, la gran disparidad y heterogeneidad en la distribución de la fuerza de trabajo para el cuidado primario de la salud se manifiesta en su concentración en las zonas urbanas.

- **Ubicación de los equipos de salud por niveles de prestación y de gestión en salud:** en todos los casos estudiados, los equipos de salud hacen parte del denominado primer nivel de atención.

En Argentina, el carácter federal del Estado configura unas relaciones y definiciones muy particulares en cada jurisdicción (nacional, provincial y municipal), solo a nivel de la provincia se cuenta con los equipos de salud del primer nivel ubicados en los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) del sector público principalmente que atiende a la población que no tiene cobertura a través de las Obras Sociales (OOSS)²⁷ o seguros privados voluntarios de prepago, aproximadamente un 36% de la población. El equipo de salud se ubica en el primer nivel de atención en los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) del sector público.

En Ecuador, los Equipos de Atención Integral de Salud (EAIS) se ubican en los puestos, consultorios generales y centros de salud del Sistema Nacional de Salud que cuenta con entidades del sector público (80%) y del sector privado (20%), así:

- a) Puesto de salud es la unidad de menor nivel de complejidad, y presta servicios de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, fomentando actividades de participación comunitaria y primeros auxilios;
- b) Consultorio general presta atenciones de diagnóstico y/o tratamiento en medicina familiar o general, obstetricia, odontología general y psicología;
- c) Centro de Salud A está ubicado en el sector urbano o rural y presta servicios de promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación de la salud, rehabilitación y cuidados paliativos, a través de los servicios de consulta externa en medicina familiar y/o general, odontología general, enfermería;
- d) Centro de Salud B presta servicios de promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación de la salud, rehabilitación y cuidados paliativos, a través de los servicios de consulta externa en medicina familiar y/o general, odontología general, psicología, obstetricia y enfermería, puede disponer de servicios de apoyo en nutrición y trabajo social, cuenta con servicios auxiliares de diagnóstico en laboratorio clínico, imagenología básica, opcionalmente audiometría, farmacia institucional; y
- e) Centro de Salud C, presta servicios de promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación de la salud, rehabilitación y cuidados paliativos, a través de los servicios de consulta externa en

²⁷ Los seguros sociales se agrupan en las denominadas Obras Sociales (OOSS) que se financian con las contribuciones obligatorias de los trabajadores formales y del empleador y el PAMI que brinda cobertura a los jubilados.

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los “Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud” como estrategia del fortalecimiento del talento humano en salud.”

medicina familiar y/o general, odontología general, psicología, obstetricia y enfermería, puede disponer de servicios de apoyo en nutrición y trabajo social y servicios auxiliares de diagnóstico en laboratorio clínico, imagenología básica, farmacia institucional, maternidad de corta estancia y emergencia; promueve acciones de salud pública y participación social.

En Chile, los equipos tienen la siguiente clasificación:

- a) Los equipos de cabecera se ubican en los establecimientos de baja complejidad del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) del sector público a cargo del Estado.
- b) Los Centros de Salud Familiar (CESFAM) son consultorios o centros de salud integrales certificados, con enfoque familiar y comunitario con equipos de cabecera a cargo de familias y con actividades intersectoriales y de participación.
- c) Las Postas de Salud Rurales atienden las necesidades de las comunidades rurales con enfoque cultural e integral y hospitales de baja complejidad que se están transformando en hospitales comunitarios (Hospital de la Familia y la Comunidad).
- d) A nivel municipal, las comunas de salud municipales cuentan con establecimientos de salud urbanos y rurales en donde se ubican los equipos de salud de cabecera, administrados por los departamentos de salud municipales, corporaciones municipales de salud privado y Organizaciones No Gubernamentales (ONG) que reciben financiación del Estado.

En Cuba, el sistema de salud cuenta con la organización de tres niveles: municipal, provincial y nacional. Las direcciones municipales y provinciales de salud se encargan de los gobiernos locales, recibiendo los recursos necesarios del nivel nacional para el abastecimiento, talento humano y mantenimiento de los centros de salud. En el nivel primario de salud se brinda solución aproximadamente al 80% de las consultas, ofreciendo ampliamente acciones de prevención de la enfermedad y promoción de la salud. En el nivel secundario, se da respuesta al 15% de las atenciones en salud, brindando atención en los servicios de rehabilitación y prevención de complicaciones. Por último, en el nivel terciario, se cubre el 5% de las atenciones, correspondientes a tratar las secuelas o complicaciones de las enfermedades.

En Uruguay, los servicios de Atención Primaria en Salud están a cargo del sector público a través de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), para la fecha del estudio (2014), se había avanzado en definición de las regiones para organizar el desarrollo del primer nivel acogiendo el modelo existente en Montevideo, la capital de Uruguay, en donde existe la Red de Atención del Primer Nivel (RAP-ASSE) que integra los centros de salud, policlínicas, consultorios de área y un sistema de unidades móviles para emergencia, urgencia y traslados

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los “Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud” como estrategia del fortalecimiento del talento humano en salud.”

En Honduras los equipos de salud se ubican en el primer nivel de atención en los centros de salud tipo 2 que oferta servicios ambulatorios en el área urbana y que atiende a las personas que son referidas de los establecimientos de salud ambulatorios ubicados en el área rural (Centros de Salud tipo 1). El primer nivel de atención es la puerta de entrada al sistema y responsable del primer contacto.

En Perú, los Equipos Básicos de Salud Familiar y Comunitaria (EB-SFC) se ubican en las instituciones de primer nivel de las cuales existen cuatro (4) categorías de acuerdo con el personal, equipo y resolutivez:

I-1 corresponde a los puestos de salud con personal de nivel técnico o auxiliar o profesional de salud no médico;

I-2 son los puestos de salud que cuentan como mínimo con médico con o sin especialidad y personal técnico de enfermería;

I-3 son centros de salud sin hospitalización que cuentan con dos o más médicos;

I-4 corresponde los centros de salud con hospitalización, cuentan con médico, médicos especialistas, profesional de enfermería, un profesional químico farmacéutico, y opcionalmente otros profesionales de la salud; opcionalmente pueden contar con uno o más profesionales de la salud según la demanda y necesidades de salud.

- **Funciones de los Equipos de Salud:**

En el marco del Proyecto de Fortalecimiento de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud (FEAPS) cuyo objetivo fue el de consolidar un modelo de atención basado en APS, los Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención en Argentina tienen a su cargo la prestación de atenciones que tradicionalmente se han ofertado en el primer nivel de atención: atención familiar en salud sexual y planificación familiar, inmunización, información, vigilancia y control de enfermedades tropicales, suministro de medicamentos esenciales, rehabilitación básica, atención en salud mental, atención a la mujer, la infancia y la adolescencia y atención bucodental.

En Chile, el Equipo de Cabecera tiene a su cargo la prestación de los servicios contemplados en el Plan de Salud Familiar que está conformado por 96 atenciones, del Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas, llamado también Garantías Explícitas en Salud (GES)²⁸ que incluye la atención a un

²⁸ Las Garantías Explícitas en Salud (GES) incluyen: actividades individuales, familiares y comunitarias para diagnóstico y tratamiento de hipertensión arterial primaria o esencial, consultas y controles de crónicos, diagnóstico y tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2, acceso a evaluación y alta odontológica integral a niños y niñas de 6 años, acceso a tratamiento de epilepsia no refractaria, acceso a tratamiento de IRA, acceso a diagnóstico y tratamiento de neumonía, acceso a diagnóstico y tratamiento de la depresión de manejo ambulatorio (consulta, consejería intervención psicosocial y tratamiento farmacológico), acceso a diagnóstico y

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los “Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud” como estrategia del fortalecimiento del talento humano en salud.”

conjunto de 80 patologías priorizadas y las actividades de los programas de reforzamiento de la APS y salud pública²⁹.

En Cuba, los Equipos Básicos de Salud se caracterizan por ser muy resolutivos, dentro de las cuales se encuentran las siguientes funciones: análisis de la situación de salud, dispensación de medicamentos, atención al enfermo terminal, atención médica directa, seguimiento de pacientes atendidos en segundo y tercer nivel, interconsultas con otros especialistas. Por estas razones, el equipo básico es considerado una herramienta clave con capacidad resolutiva desde el primer nivel de atención.

En Uruguay, el equipo de proximidad (EP) y el equipo del primer nivel (EPN) deben dar cumplimiento al Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS) que incluye actividades de promoción y protección de salud, diagnóstico precoz y tratamiento de los problemas de salud – enfermedad; recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos; y acceso a medicamentos y recursos tecnológicos; las acciones preventivas se focalizan en poblaciones vulnerables, niños, mujeres, portadores de enfermedades crónicas no transmisibles.

En Perú, con el Modelo de Atención Integral de Salud basado en la Familia y Comunidad (MAIS-BFC), los Equipos Básicos de realizan acciones extramurales (visitas a los hogares) y el desarrollo de intervenciones en salud que comprenden un paquete de atención integral a la persona (por ciclo de vida), un paquete de atención integral a la familia (PAIFAM) y un paquete de atención integral a la comunidad. El equipo debe realizar entre dos y cuatro visitas a los hogares en un periodo de un año, la primera visita para la aplicación de fichas familiares para la identificación de riesgos y el diagnóstico de necesidades de los individuos, las familias y la comunidad y la canalización y programación de citas para el desarrollo de los planes de atención integral individual; la segunda visita para negociar con la familia el desarrollo del PAIFAM (Plan de Atención Integral Familiar), hacer el seguimiento de las citas programadas, consejerías y otras intervenciones sanitarias acordadas con la familia; la tercera y cuarta visita, para el seguimiento de lo programado e intervenciones y consejerías específicas acordadas con la familia .

En todas las experiencias se indican mecanismos para el tránsito de las personas atendidas con demandas en salud de mayor resolución hacia niveles mayores/superiores que incluye especialidades diferentes a las básicas o críticas (medicina familiar, medicina interna, gineco-obstetricia, pediatría) mencionadas en la mayoría de los casos.

tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, acceso a diagnóstico y tratamiento del asma bronquial, acceso a diagnóstico y tratamiento de presbicia, acceso a tratamiento médico en personas con artrosis de cadera y/o rodilla, acceso a diagnóstico y tratamiento de la Urgencia odontológica ambulatoria.

²⁹ Los programas de reforzamiento incluyen las actividades del Plan Ampliado de Inmunizaciones, el Programa Nacional de Alimentación Complementaria, el Programa de Alimentación Complementaria para el Adulto Mayor, las acciones y actividades de promoción en la APS, del Programa Campaña de Invierno para enfrentar en la red asistencial las infecciones respiratorias agudas (IRA), las actividades de Protección social del Programa de Apoyo al Recién Nacido, y las actividades básicas de salud ocupacional de APS para los trabajadores desprotegidos.

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los “Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud” como estrategia del fortalecimiento del talento humano en salud.”

9.2 Referenciación nacional

El ejercicio de referenciación de las experiencias a nivel nacional, la del departamento de Cauca y del Distrito Especial de Bogotá se realizó en encuentros presenciales, organizados por el MSPS. Algunos aspectos de la experiencia de Bogotá se complementaron con los documentos de documentación de experiencias en APS realizada por el ISAGS y la UNASUR) para Colombia (Minsalud, 2016).

En el encuentro del departamento del Cauca, se contó con la participación del subsecretario de la Secretaría de Salud de Popayán, los gerentes de las Empresas Sociales del Estado: ESE Centro 1, ESE Popayán, ESE Susana López de Valencia, ESE Norte 1 y ESE Hospital de El Tambo y los asesores de gerencia de ASMET SALUD EPS, integrantes de los actuales equipos de salud de los diferentes centros de atención del hospital de la ESE Hospital de El Tambo I Nivel, líderes de centros de atención y coordinadores de salud pública responsables de la gestión táctica, médicos y enfermeras de los equipos de campo de la ESE Popayán. Se adelantó un taller de recolección y análisis de información con cuatro grupos de trabajo.

En Bogotá, DC., participaron representantes de las áreas de salud pública y calidad de las subredes de servicios Norte y Sur de la red pública, con responsabilidades en la planificación, organización, seguimiento y evaluación de equipos de salud, especialmente a cargo de acciones colectivas de salud a nivel táctico.

Se invitó a estas ESE distritales por agrupar territorios sociales con alta proporción de población en la ciudad (localidades de Suba y de Ciudad Bolívar), con características de ruralidad y dispersión (localidades de Usme, Ciudad Bolívar y Sumapaz), así como con diversas complejidades sociales propias de una gran ciudad y derivadas también de su naturaleza de territorio receptor de población de las diferentes regiones del país.

Cabe anotar, la relevancia de la experiencia que tiene la red pública distrital en la implementación del modelo con base en APS denominado “Programa Territorios Saludables y Red de Salud para la Vida desde la Diversidad” durante el período 2012-2016, en el cual se organizaron cerca de 1000 equipos de respuesta inmediata (ERI) y aproximadamente 80 equipos de respuesta complementaria (ERC). Modelo que, si bien se encuentra en ajuste por el cambio de administración de la ciudad, ofrece una importante base para la reflexión alrededor de la conformación y gestión de los equipos multidisciplinarios de salud de acuerdo con lo definido en el MIAS. Para la referenciación nacional se tomaron en cuenta los siguientes aspectos: a) denominación propuesta para el equipo de salud, b) composición y ubicación del equipo de salud, c) estándar de asignación de población y, d) funciones del equipo de salud para facilitar la comparación con las experiencias latinoamericanas documentadas.

- **Denominación de los equipos de salud:**

Asmet Salud EPS denomina al equipo de salud ubicado en un puesto de salud en el ámbito rural disperso, como equipo nuclear de la capa comunitaria; al

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los “Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud” como estrategia del fortalecimiento del talento humano en salud.”

equipo ubicado en el centro de salud urbano lo llama equipo de salud de atención básica y al equipo ubicado en el hospital de primer nivel, equipo de salud de la capa especializada primaria.

La ESE Susana López de Valencia, independientemente de la conformación o ubicación, hace referencia al Equipo Multidisciplinario de Salud

En la ESE El Tambo, la denominación está relacionada con su ubicación (Equipo atención primaria en salud intramural y extramural, equipo intramural o extramural) o de acuerdo con su función, ya sea de prevención de la enfermedad con identificación y gestión inicial del riesgo en salud (equipo APS preventivo, equipo salud atención básica), o de atención resolutive e integral (Equipo APS operativo, equipo APS intrahospitalario).

En la red pública del distrito de Bogotá, hay dos equipos de salud, el Equipo de Respuesta Inicial (ERI) y el Equipo de Respuesta Complementaria (ERC) que se encargan de articular las acciones individuales y las colectivas, de la gestión territorial integral y del fortalecimiento de la participación y la movilización de ciudadanos

- **Composición de los equipos de salud:** En términos generales, los equipos para atención a la población ubicada en área rural dispersa están conformados por médico, enfermera, auxiliar enfermería, gestor comunitario de salud (promotor) y técnico saneamiento. De manera específica:

La ESE Susana López Valencia incluye en estos equipos al odontólogo, higienista oral y auxiliar de farmacia.

En la ESE El Tambo, también forma parte del equipo el odontólogo, psicólogo, auxiliar de laboratorio, higienistas orales, auxiliares de farmacia y facturadores. Sobresale en el municipio de El Tambo la presencia de parteras tradicionales, con quienes la ESE mantiene acciones de articulación con el propósito de acercar a los servicios de salud a las familias que acuden al cuidado tradicional del momento del parto. La ESE realiza capacitaciones continuas y se apoya en las parteras y en otros agentes comunitarios para el desarrollo de acciones de educación y comunicación en salud. Algunas representantes de las parteras tradicionales, habitantes en el municipio, participaron en el espacio de reflexión aportando su punto de vista sobre la necesidad de retribución a su labor, puesto que en la actualidad no se contempla, ya que los agentes comunitarios no están vinculados laboralmente a la institución.

En la propuesta de la red pública del Distrito de Bogotá, hay dos equipos de salud, el Equipo de Respuesta Inicial (ERI) conformado por médico, enfermera y dos auxiliares de salud pública (promotoras de salud) y el Equipo de Respuesta Complementaria (ERC) que puede estar conformado por 15 Profesionales de distintas disciplinas de la salud (nutrición, odontología, terapia física o terapia ocupacional, psicología y especialistas en salud ocupacional),

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los “Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud” como estrategia del fortalecimiento del talento humano en salud.”

de las ciencias sociales, ambientales y administrativas y 10 (diez) Técnicos (ambientales, ocupacionales y de salud oral).

- **Estándar de asignación de población:**

En la ESE Susana López Valencia a cada EMS del área rural le asignan 20.000 habitantes, en el área urbana 50.000 habitantes y en rural disperso, 3.000 habitantes.

En la ESE del Tambo hay múltiples tipos de asignación: el EMS a cargo de las acciones extramurales tiene asignadas 52.400 personas en el ámbito disperso y 3.530 en el ámbito urbano. El EMS de APS preventivo tiene a cargo 400 familias que debe visitar cada 3 meses, el equipo de APS tiene a cargo una zona del municipio, sin definir una asignación poblacional y el equipo APS hospitalario la atención de la población del municipio que demande los servicios.

Asmet Salud (Cauca) no tienen definidos parámetros para la asignación poblacional a los diferentes equipos multidisciplinarios de salud (nuclear de la capa comunitaria del ámbito disperso, de atención básica del ámbito rural y de la capa especializada primaria del ámbito urbano).

En Bogotá, un territorio conformado por 38.400 a 40.00 personas está a cargo de 12 Equipos de Respuesta Inicial (ERI) y un Equipo de Respuesta Complementaria (ERC), a cada ERI se adscriben 800 familias (en promedio 3200 personas) y hay un ERC cada 12 (doce) ERI, en conjunto se encargan de la atención de 9.600 familias del ámbito familiar, un promedio de 38.400 personas, más las personas asignadas de los otros ámbitos de vida cotidiana del respectivo territorio (colegios, jardines infantiles, hogares comunitarios de bienestar, personas mayores, unidades de trabajo Informal, iniciativas de espacios públicos, territorios ambientalmente saludables, iniciativas de servicios de salud colectiva por ciclo vital, mujer, diversidad e inclusión).

- **Ubicación por niveles de prestación y de gestión de la salud:**

En la propuesta de la ESE Tambo, se encuentra una fuerte influencia de la organización actual de los equipos en la ESE, cuya población se encuentra en una proporción importante en la ruralidad (94%), mientras que se encuentra el 4% en el centro poblado y el 2% restante en los centros de los corregimientos. El territorio se ha dividido en cinco zonas (Quilcacé, Uribe, Huisitó, Cordillera y Periférica), contando a la fecha con la caracterización de 4 de estas zonas y un avance en la aplicación de una “ficha de riesgo” por familia diseñada en la ESE.

En la red pública del distrito de Bogotá, la Secretaria Distrital de Salud cuenta cada localidad (comuna) tiene una dirección local de salud dependiente de con un Equipo de Respuesta Complementaria (ERC) y doce (12) Equipos de Respuesta Inicial (ERI) que se ubican en los denominados Centros de Salud y

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los “Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud” como estrategia del fortalecimiento del talento humano en salud.”

Desarrollo Humano de las direcciones locales de salud; éstos equipos complementan las actividades de los centros de atención de salud de primer nivel de atención: Unidad Básica de Atención (UBA), Unidad Primaria de Atención (UPA) y Centro de Atención Médica Inmediata (CAMI).

- **Funciones del equipo de salud:**

En Asmet Salud (Cauca) las funciones de los EMS nuclear de la capa comunitaria (ubicado en el puesto de salud del ámbito disperso), de atención básica (ubicado en el centro de salud en el ámbito urbano) y de la capa especializada primaria (ubicado en el hospital de primer nivel de atención), dependen de las rutas integrales de atención diseñadas institucionalmente y del contexto en el que se desarrollen.

En la ESE del Tambo, el EMS de APS preventivo tiene funciones de identificación y seguimiento del riesgo ambiental, social, cultural, físico, biológico, psicológico; y actividades de educación para la salud. El equipo de APS operativo tiene a cargo la atención integral en modalidad ambulatoria y el equipo de APS hospitalario debe dar apoyo y respuesta oportuna e idónea de atención a las personas referidas por los equipos extramurales.

En la ESE Susana López de Valencia, los EMS independientemente del ámbito territorial en el que se ubiquen tienen a su cargo acciones de caracterización de la población, promoción de estilos de vida saludable, promoción del autocuidado, detección temprana de alteraciones de la salud e identificación de determinantes sociales.

En la red pública del distrito de Bogotá, los equipos básicos de salud (Equipos de Respuesta Inicial (ERI) y Equipos de Respuesta Complementaria (ERC)) se encargan de tres tipos de procesos que se desarrollan en cada uno de los ámbitos de vida cotidiana: el familiar, el espacio de trabajo, las escuelas y jardines de infancia, la comunidad y el espacio público y las instituciones:

a) Caracterización y notificación de eventos de salud pública se refiere a la adscripción de población en un territorio (micro-territorio), la caracterización de población e identificación de procesos de determinación social; y a la identificación del riesgo en salud individual, familiar y social,

b) Resolución de problemas de salud a través de acciones promocionales y preventivas, atención inicial y canalización se refiere a la referencia e inducción de la demanda para la atención inicial o de prestación de servicios de bajo nivel de complejidad, y

c) Gestión transectorial hace referencia a la participación social que deben liderar los equipos de salud; el trabajo intersectorial y transectorial; y el seguimiento y monitoreo de los resultados.

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los “Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud” como estrategia del fortalecimiento del talento humano en salud.”

CAPÍTULO 10. ESTRUCTURA GENERAL DEL PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO PARA EMS DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los “Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud” como estrategia del fortalecimiento del talento humano en salud.”

Fase I. Planeación y consolidación del PICP				
Acciones con:	Equipos Multidisciplinarios para la Salud (EMS)		Componente	Atenciones en Salud
	Grupo Nuclear	Grupo Transversal		
Persona	Profesional de Medicina Profesional de Enfermería Profesional de Odontología	Médico especialista en Medicina Familiar	1. Caracterización individual	Valoración física
				Valoración funcional (actividades de la vida diaria)
				Valoración mental
				Valoración afectiva y familiar
				Valoración social (redes de apoyo social y comunitario)
				Educación sobre prácticas de riesgo y de autocuidado
Familia	Profesional de Medicina Profesional de Enfermería Profesional de Odontología Auxiliar de Salud Pública o de Enfermería Gestor comunitario en salud	Médico especialista en Medicina Familiar Profesional de la salud especialista en Salud Familiar y Comunitaria	1. Caracterización familiar	Estructura familiar (Familiograma)
				Dinámica familiar (psicograma, apgar familiar)
				Redes de apoyo social y comunitario (ecomapa, sociograma)
				Entorno físico
				Prácticas de autocuidado
			2. Clasificación del riesgo familiar	Diagnóstico familiar con definición de nivel de riesgo
Comunidad	Profesional de Medicina Profesional de Enfermería Profesional de Odontología Auxiliar de Salud Pública o de Enfermería Gestor comunitario en salud	Profesional de la salud especialista en Salud Familiar y Comunitaria Profesional de Psicología Profesional de Terapia ocupacional Profesional de Terapia respiratoria o fisioterapeuta Profesional de Sociología Profesional de Antropología Tecnólogo en Salud ambiental y seguridad sanitaria Profesional de agronomía o ingeniería agronómica (según requerimientos del análisis de situación de salud, caracterización y clasificación del riesgo)	1. Caracterización comunitaria	Riesgos externos
				Caracterización de la Red Integral de Prestación de Servicios de Salud.
				Sistema de referencia y contrarreferencia
				Medios y vías de comunicación
				Infraestructura de servicios públicos
				Redes de apoyo social y comunitario, servicios sociales.
				Factores protectores
				Mapeo de actores
				Georreferenciación del riesgo
				Educación, información y comunicación para la salud
				Acciones de formación continua
				Condiciones de saneamiento básico
				Canalización de casos prioritarios
				Sistema de vigilancia comunitaria
			2. Clasificación del riesgo comunitario	Diagnóstico comunitario con definición de nivel de riesgo
			3. Establecimiento de acciones comunitarias del PICP: educación, movilización social, fortalecimiento de redes, gestión sectorial e intersectorial	

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los “Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud” como estrategia del fortalecimiento del talento humano en salud.”

Fase II. Implementación del PICP				
Acciones con	Equipos Multidisciplinarios para la Salud (EMS)		Componente	Atenciones en Salud
	Grupo Nuclear	Grupo Transversal		
Persona	Profesional de Medicina Profesional de Enfermería Profesional de Odontología Auxiliar de Salud Pública o de Enfermería	Médico especialista en Medicina Familiar	1. Atención integral y mantenimiento de la salud individual. 2. Actualización del diagnóstico individual. 3. Gestión integral del riesgo en salud individual.	Promoción de la salud
				Prevención de la enfermedad
				Tratamiento integral
				Rehabilitación
				Cuidados paliativos
				Muerte digna
Familia	Medicina Enfermería Odontología Auxiliar de Salud Pública o de Enfermería	Médico especialista en Medicina Familiar Profesional de la salud especialista en Salud Familiar y Comunitaria	1. Atención integral en salud familiar 2. Actualización del diagnóstico familiar 3. Gestión integral del riesgo en salud familiar	Fortalecimiento de la familia como factor protector
				Prevención de los riesgos familiares
				Tratamiento integral con enfoque en salud familiar
				Gestión de servicios sociales para la atención de la familia
Comunidad	Auxiliar de salud pública o de Enfermería Gestor Comunitario en salud	Profesional de la salud especialista en Salud Familiar y Comunitaria Tecnólogo en Salud ambiental y seguridad sanitaria Profesional de agronomía o ingeniería agronómica (según requerimientos del análisis de situación de salud, caracterización y clasificación del riesgo)	1. Atención integral en salud comunitaria 2. Actualización de la caracterización comunitaria 3. Implementación de estrategias colectivas y poblacionales que apliquen de acuerdo a la situación de salud y las características del prestador de servicios de salud.	Acciones colectivas y poblacionales para la salud para la promoción de la salud, la gestión del riesgo y la prevención en salud.
				Activación de las RIAS.
				Activación y fortalecimiento del sistema de vigilancia comunitaria.
				Estrategias de inclusión social y de rehabilitación basada en comunidad
				Acción, gestión y articulación sectorial e intersectorial.
				Fortalecimiento de las redes de apoyo social y comunitaria
Fase III. Seguimiento y ajuste a la implementación del PICPS				
Acciones a realizar por el Equipo Multidisciplinario para la Salud				
1. Seguimiento al cumplimiento de las acciones establecidas en el PICP (metas, indicadores)				
2. Ajustes a los PICP				
3. Reuniones de seguimiento institucional y comunitario a la implementación de los PICP				

Bibliografía

Abu-Rish, E. (2012). Current trends in interprofessional education of health sciences students. *Journal of Interprofessional Care*, 444–451.

ACHDHR. (2009). *How Many Are Enough? Redefining Self-Sufficiency for the Health Workforce A Discussion Paper*. Ontario.

B G. (2018). Implementación de buenas prácticas en enfermería: programa bpso como herramienta principal. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 311-321.

Barabasi, A. (2003). *How Everything Is Connected to Everything Else and What It Means*. Plume.

Berwick, D., & Nolan, T. (2008). The triple aim: care, health and cost. *Health Affairs*, 759-769.

Bhattacharya , S. (2014). Optimizing strategies to improve interprofessional practice for veterans, part 1. *Journal of Multidisciplinary Helathcare*, 179-188.

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los “Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud” como estrategia del fortalecimiento del talento humano en salud.”

- Cassiani, S., Hoyos, M., & Barreto, M. (2018). Distribución de la fuerza de trabajo en enfermería en la Región de las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42.
- Cherven, K. (2015). *Mastering Gephi network visualization*. Packt Publishing Ltd.
- Choi B & Pak, A. (2006). Multidisciplinariedad, interdisciplinariedad y transdisciplinariedad en investigación, servicios, educación y políticas de salud. *Clin Invest Med*, 351.
- Congreso de la República, D. (2007). *Ley 1164 de 2007*. Bogotá.
- Congreso de la República, d. (2015). *Ley Estatutaria 1751 de 2015*. Bogotá.
- Daurella, N. (2013). La aportación de los grupos Balint: una perspectiva actualizada. *Bioingeniería o Medicina*.
- Ehrlich, K., & Carboni, I. (2005). *Inside social networks analysis*. Boston: Boston College.
- Ely, L. (2018). Integração entre currículos na educação de profissionais da Saúde: a potência para educação interprofissional na graduação. . *Comunicación, salud y educación*, 1563-1575.
- Fortuna, C., Mishima, S., Matumoto, S., & Pereira, M. (2005). O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos . *Revista latino-americana de enfermagem*, 262-268.
- Gómez, J. (2018). Educación para la formación de equipos interprofesionales de atención a la salud. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*.
- Gómez, L. (2016). Complejidad, redes y Salud Pública. *Revista Salud Bosque*, 59-76.
- Hall, L. (2015). Interprofessional Education and Practice Guide No. 1: Developing faculty to effectively facilitate interprofessional education. *Journal Interprofessional care*, 3-7.
- Hall, P. (2005). Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. *Journal of Interprofessional Care*, 188 – 196.
- Jamiu O Busari, F. (2017). Understanding the impact of interprofessional collaboration on the quality of care: a case report from a small-scale resource limited health care environment. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*.
- Johnson, S. (2003). *Sistemas Emergentes*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- Kimberly , D., & Wyncarzuk , D. (2019). Pharmacy, physical therapy, occupational therapy, and physician assistant professional students' perspectives on interprofessional roles and responsibilities. *Journal of Interprofessional Care*.
- Krebs, V. (1996). Visualizing human networks. *Release*, 1-25.
- Lamus, F., Muñoz, C., & Rincón, E. (2015). Construcción de entornos saludables en el marco de la Atención Primaria en Salud: el caso de la enseñanza de Salud Comunitaria en el Programa de Medicina de la Universidad de La Sabana. . *Salud Uninorte*, 424-434.
- López Puig, P., García Milian, A., Alonso Carbonell, L., Santana, A., & Segredo, A. (2014). Procedimiento para medir la capacidad resolutive de los equipos básicos de salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 249-262.
- Low, H. (2013). Introducción a la Educación Interprofesional . *9NH FP*.
- Mickan, S. (2005). Evaluating the effectiveness of health care teams. *Australian Health Review*, 211-217.
- Minsalud. (2015). *Programa Unico Nacional de Especialización en Salud Familiar y Comunitaria*. Bogotá: Minsalud.
- Minsalud. (2015). *Programa Unico Nacional de la Especialización en Medicina Familiar*. Bogotá: Minsalud.
- Minsalud. (2016). *Modelo Integral de Atención en Salud - MIAS*. Bogotá.
- Minsalud. (2016). *Perfiles y competencias profesionales en salud*. Bogotá: Minsalud.
- Minsalud. (2016). *Política de Atención Integral en Salud: “Un sistema de salud al servicio de la gente”*. Bogotá.
- Minsalud. (2018). *Política Nacional de Talento Humano en Salud*. Bogotá.
- Minsalud. (2019). *Resolución 2626 de 2019*. Bogotá.
- Minsalud, & Profamilia. (2015). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud Colombia 2015. Tomo I, Componente Demográfico*. Bogotá.
- Miró Bonet, M. (2016). Práctica colaborativa interprofesional en salud: Conceptos clave, factores y percepciones de los profesionales [12º Encuentro de Verano de Educación Médica]. *Educación Médica*, 17(Supl. 1), 21-24., 21-24.
- Mubashir Arain, E. (2017). Interprofessional education for internationally educated health professionals: an environmental scan. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 87-93.
- Myers, M. (2018). Myers MK. Using knowledge translation for quality improvement: an interprofessional education intervention to improve thromboprophylaxis among medical inpatients. . *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 467–472.

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los “Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud” como estrategia del fortalecimiento del talento humano en salud.”

- Nowak, M., & Highfield, R. (2012). *Super cooperadores: Las matemáticas de la evolución, el altruismo y el comportamiento humano, (o por qué nos necesitamos los unos a los otros para triunfar)*. S.A. EDICIONES B.
- OMS. (2019). *Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata. Informe de la Comisión de Alto Nivel*. Ginebra: OMS.
- ONU, & CEPAL. (2016). *Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible Una oportunidad para América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: Cepal.
- OPS. (2005). *Llamado a la acción de Toronto*. Toronto: OPS.
- OPS. (2008). *La renovación de la atención primaria de salud de las Américas: sistemas de salud basados en la atención primaria de la salud, estrategias para el desarrollo de los equipos de APS*. Washington, D.C: OPS.
- OPS. (2016). *Interprofessional Education in Health Care: Improving Human Resource Capacity to Achieve Universal Health. Report of the Meeting*. Bogotá: PAHO.
- OPS, & OMS. (2017). *Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. Washington, D.C.: OPS.
- OPS, & OMS. (2017). *Recursos Humanos para la salud universal*. Washington: OPS.
- OPS, & OMS. (2019). *Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata. Informe de la Comisión de Alto Nivel*. Washington, D.C: OPS.
- Pain, E. (2003). Multidisciplinary research: today's hottest buzzword. *Scientific Careers Magazine*.
- Restrepo, D., & Ortiz, L. (2017). *Aproximaciones a la estimación de la oferta y la demanda de médicos especialistas en Colombia, 2015-2030*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Rosales, C., & Valverde, J. (1998). *Trabajo en equipo en las instituciones de salud: Conceptos y herramientas para su desarrollo*. Washington: OPS.
- Ruiz-Rodríguez, M., Acosta-Ramírez, N., Rodríguez Villamizar, L., Uribe, L., & León-Franco, M. (2011). Experiencia de implementación de un modelo de Atención Primaria. *Revista de Salud Pública*, 885-896.
- Santos, L. (2018). Interprofessional education in the undergraduate Medicine and Nursing courses in primary health care practice: the students' perspective. *Comunicación, salud y educación*, 1601-1611.
- Solé, R. (2016). *Redes complejas: del genoma a Internet*. . Tusquets Editores SA.
- Valente, T. (2010). *Social networks and health: Models, methods, and applications*. Oxford University Press.
- Vélez, G. (2017). Tendencias del Tercer Sector a partir del análisis de las relaciones de interdependencia. *Redes. Revista hispana para el análisis de Redes Sociales*, 1-25.
- Watts, D. (2006). *Seis grados de separación. Las ciencias de las redes*. Paidós Ibérica.
- West, M., Poulton, B., Pearson, P., & Spencer, J. (1997). Primary health care: in league of their own. Promoting team work in primary care. A research based approach. 1-24.
- WHO. (2010). *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*. World Health Organization.
- WHO. (2016). *Global Strategy on human resources for health: Workforce 2030*. Geneve: WHO.
- Zurro, A., & Solá, G. (2011). *Atención primaria de salud y atención familiar y comunitaria*. SL España: Elsevier.
-