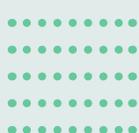


 **Modelo de atención primaria para Enfermedades de Alto Costo (EAC) en población dispersa de zona rural en Colombia**

Producto 3. Modelo de Atención Primaria para Enfermedades de Alto Costo en Población Rural y Rural dispersa en Colombia.

PRESENTADA POR LA ESCUELA DE GOBIERNO ALBERTO LLERAS CAMARGO
DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES PARA:
CORPORACIÓN PARA EL DESARROLLO DE LA SEGURIDAD SOCIAL CODESS

Abril de 2025



ÍNDICE

1.INTRODUCCIÓN.....	8
1.1.Contexto y justificación	8
1.2.Objetivos de la propuesta	8
1.3.Alcance y limitaciones	9
2.ANTECEDENTES	9
2.1.Diagnóstico cuantitativo: Datos clave y análisis.....	9
2.2. Diagnóstico cualitativo: Principales barreras y problemáticas identificadas.....	12
2.3. Lecciones aprendidas de la revisión documental.....	14
2.4. Financiamiento para EAC en Colombia	17
2.5. Marco normativo vigente de EAC.....	21
3. MARCO CONCEPTUAL	47
3.1. Atención Primaria en Salud (APS): Principios fundamentales.....	47
3.2. Modelos de EAC en contextos rurales.....	48
3.3. Determinantes sociales en salud de EAC en poblaciones rurales.....	49
3.4. Enfermedades de alto costo.....	49
4. DESCRIPCIÓN DEL MODELO PROPUESTO	51
4.1. Principios rectores del Modelo.....	51
4.2. Gobernanza del Modelo	52
4.3. Teoría del cambio del Modelo	55
4.4. Estructura y componentes del Modelo.....	57
5. ESTRATEGIAS OPERATIVAS	60
5.1. Diseño de redes integradas de atención en salud.....	60
5.2. Uso de tecnologías para la telemedicina y la atención remota	61
5.3. Protocolo para el manejo de pacientes con EAC.....	61
5.4. Sistema de referencia y contrarreferencia adaptado a contextos rurales.....	62
5.5. Estrategias de capacitación continua para personal de salud	63
6. PROPUESTA DE INTERVENCIONES ESPECÍFICAS	63
6.1. Actividades de prevención de la enfermedad.....	64
6.2. Actividades de promoción de la salud.....	66
6.3. Diseño e implementación de albergues para pacientes y familias.....	68
6.4. Programas de educación comunitaria sobre EAC.....	68

6.5. Implementación de programas de nutrición y soporte psicosocial.....	69
6.6. Alianzas Público - Privadas	72
6.7. Análisis normativo del Modelo	72
6.8. Financiamiento y costos del Modelo.....	76
7. IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO	89
7.1. Estrategias de implementación	89
7.2. Capacitación de recursos humanos	90
7.3. Infraestructura y tecnología.....	90
7.4. Propuesta de fases de implementación del Modelo.....	90
7.5. Articulación con otras iniciativas y programas	93
7.6. Participación comunitaria y empoderamiento.....	93
7.7. Plan de comunicación y sensibilización	94
7.8. Sostenibilidad a largo plazo del Modelo.....	94
7.9. Impacto esperado del Modelo.....	96
7.10. Recomendaciones para la expansión del modelo	96
8. EVALUACIÓN Y MONITOREO DEL MODELO	97
8.1. Marco de evaluación del Modelo	97
8.2. Indicadores clave de desempeño	97
8.3. Métodos de monitoreo	98
8.4. Revisión de resultados y ajustes al Modelo.....	98
8.5. Informe anual de evaluación.....	98
9. ANÁLISIS DE RIESGOS	99
9.1. Estrategias adicionales de mitigación.....	100
10. CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS FUTURAS DEL MODELO	101
10.1. Conclusiones.....	101
10.2. Perspectivas futuras del modelo.....	102
10.3. Conclusión Final	103
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	104
12. ANEXOS	106
12.1. Anexo 1. Propuesta de articulado.....	106
12.2. Anexo 2. Costeo preliminar para un departamento con alta ruralidad, año 2024.	112

RESUMEN EJECUTIVO

Modelo de Atención Primaria en Salud (APS) adaptado a las necesidades específicas de las comunidades rurales y rurales dispersas de Colombia, con un enfoque integral para el manejo de las Enfermedades de Alto Costo (EAC).

El modelo reconoce las barreras geográficas, culturales, socioeconómicas y de infraestructura que limitan el acceso a servicios de salud y el manejo efectivo de las EAC en estas poblaciones. Se basa en la experiencia y los hallazgos obtenidos en los departamentos de Meta, Cauca y Vaupés, buscando ser flexible y adaptable a diversas regiones del país con retos similares.

La propuesta surge ante la necesidad de fortalecer la atención en salud en zonas marginadas y de baja densidad poblacional, tal como lo establece la Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751 de 2015). El modelo busca integrar los servicios de salud, asegurar una atención coordinada y continua, y empoderar a la comunidad mediante su participación en la promoción de la salud y el autocuidado. Se diferencia de los enfoques tradicionales al poner un énfasis significativo en la prevención y la detección temprana de EAC como el cáncer, la insuficiencia renal crónica y las enfermedades cardiovasculares, complementando el enfoque predominantemente curativo existente.

Los objetivos principales del modelo son:

- Proponer un modelo de APS adaptado a las necesidades específicas de las comunidades rurales y rurales dispersas para el manejo integral de las EAC.
- Integrar los servicios de salud, asegurando una atención coordinada y continua.
- Empoderar a la comunidad a través de su participación en la promoción de la salud y el autocuidado.

El alcance del modelo es a nivel nacional, abarcando todas las zonas rurales y rurales dispersas de Colombia. Sin embargo, se reconoce que la infraestructura insuficiente, las barreras culturales y lingüísticas, y las limitaciones en el financiamiento representan desafíos importantes para su implementación. El modelo no detalla guías operativas los cuales se consideran objetivos para etapas futuras.

Principios Rectores del Modelo:

- **Accesibilidad:** Busca superar las barreras geográficas y económicas, garantizando que las comunidades rurales tengan acceso a servicios de salud especializados mediante telemedicina, unidades móviles y capacitación de personal local.
- **Integralidad:** Abarca todos los aspectos de la salud, desde la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud hasta el tratamiento y el seguimiento continuo, coordinando los diferentes niveles del sistema de salud.

- **Equidad:** Asegura que las intervenciones sean justas y adaptadas a las necesidades específicas de las comunidades rurales, especialmente las más vulnerables como indígenas y afrodescendientes.
- **Participación comunitaria:** Involucra a las comunidades en la identificación de sus necesidades y en la construcción de soluciones, creando comités locales de salud y líderes comunitarios.
- **Sostenibilidad:** Promueve la colaboración público-privada y busca fuentes de financiamiento alternativas para asegurar que el modelo se mantenga a largo plazo.

El modelo se estructura en cinco componentes clave:

- **Acceso geográfico y tecnológico:** Uso de telemedicina y unidades móviles de salud para superar las barreras de distancia.
- **Coordinación intersectorial e interinstitucional:** Fortalecimiento de la colaboración entre entidades gubernamentales, ONG y el sector privado, así como la creación de redes de salud comunitarias.
- **Participación comunitaria y enfoque intercultural:** Inclusión activa de las comunidades en la toma de decisiones y capacitación cultural para el personal de salud.
- **Financiamiento sostenible y equitativo:** Desarrollo de subsidios, cobertura para poblaciones vulnerables y modelos de financiamiento mixto.
- **Fortalecimiento del talento humano en salud:** Estrategias para capacitar y retener profesionales en zonas rurales, con enfoque en EAC.

Las estrategias operativas propuestas incluyen:

- Diseño de redes integradas de atención en salud.
- Uso de tecnologías para la telemedicina y la atención remota.
- Protocolos estandarizados para el manejo de pacientes con EAC.
- Sistema de referencia y contrarreferencia adaptado a contextos rurales.
- Estrategias de capacitación continua para personal de salud.

Se proponen intervenciones específicas en áreas como:

- **Promoción de la salud:** Campañas de promoción de hábitos saludables adaptada a las comunidades rurales. Dietas con alto contenido de frutas y verduras, reduciendo el consumo de azúcar y sal.

- **Prevención de la enfermedad:** vacunación, educación en salud sexual y reproductiva, reducción de factores de riesgo como tabaquismo y consumo excesivo de alcohol.
- **Detección temprana de EAC:** tamizaje periódico para hipertensión y diabetes. Tamizaje para cáncer de cérvix, seno, próstata. Tamizaje para VIH, Hepatitis B y C. Tamizaje para Enfermedad Renal Crónica en grupos de riesgo.
- Diseño e implementación de albergues para pacientes y familias que necesiten tratamiento especializado en áreas urbanas.
- Programas de educación comunitaria sobre EAC y jornadas de sensibilización.
- Implementación de programas de nutrición y soporte psicosocial.
- Fomento de alianzas público-privadas.

La implementación del modelo se plantea en cinco fases:

- **Adaptación a los cambios normativos:** el modelo deberá adaptarse si se aprueba la reforma a la salud propuesta por el actual gobierno, en aspectos como el cambio de EPS a Gestoras de Salud y el financiamiento de la prestación de servicios.
- **Planificación y Preparación:** Definición de objetivos, identificación de recursos, alianzas y sensibilización comunitaria.
- **Diseño e Implementación de Infraestructura:** Adaptación de instalaciones, despliegue de unidades móviles y plataformas de telemedicina, diseño de protocolos y capacitación del personal.
- **Piloto y Evaluación Inicial:** Implementación en una región rural, monitoreo de indicadores clave, evaluación de la eficacia y ajustes iniciales.
- **Expansión Gradual:** Ampliación a otras áreas rurales, incremento de programas preventivos, continuación de la capacitación y fortalecimiento de la participación comunitaria.
- **Monitoreo y Evaluación Continuos:** Supervisión constante de resultados, evaluaciones periódicas y ajustes del modelo según las necesidades cambiantes.

El financiamiento del modelo se propone a través de la adecuación de mecanismos vigentes y la exploración de modelos de pago basados en valor, capitación ajustada al riesgo y pago por desempeño. Se considera la diversificación de fuentes de recursos, incluyendo recursos propios de las entidades territoriales, convenios con el sector privado y cooperación internacional, y mecanismos como obras por impuestos.

La evaluación y el monitoreo del modelo serán continuos, basados en indicadores cuantitativos y cualitativos que midan el acceso, la calidad, la eficiencia y el impacto de las intervenciones. Se utilizarán métodos como la revisión de registros médicos y encuestas de satisfacción. Los resultados se revisarán periódicamente para realizar ajustes al modelo, y se elaborará un informe anual de evaluación.

Entre los riesgos identificados para la implementación del modelo se encuentran la falta de voluntad política y la insuficiencia de recursos. Las estrategias de mitigación incluyen la promoción del debate sobre EAC y la búsqueda de mecanismos de financiación innovadores.

Conclusiones y perspectivas futuras

El modelo propuesto busca ser innovador, sostenible y escalable, con los principios de equidad, accesibilidad y participación comunitaria como pilares fundamentales. Su enfoque integral y adaptado a las características locales permitirá abordar las necesidades específicas de las comunidades rurales en el manejo de las EAC. El fortalecimiento de la APS y el uso de tecnologías para incrementar la accesibilidad y la cobertura rural son elementos centrales del modelo.

A pesar de los desafíos de infraestructura y logística en áreas de difícil acceso, el modelo presenta perspectivas futuras prometedoras:

- Expansión gradual a diversas zonas rurales de Colombia.
- Integración de tecnologías emergentes como la inteligencia artificial y el monitoreo remoto inteligente.
- Establecimiento de alianzas público-privadas sostenibles.
- Desarrollo de modelos financieros innovadores.
- Monitoreo y evaluación continuos para asegurar la efectividad a largo plazo.
- Potencial de replicabilidad del modelo en contextos internacionales con características similares.

En conclusión, el modelo de APS para EAC en la población rural y rural dispersa de Colombia tiene el potencial de transformar la manera en que se aborda la salud en estas zonas, mejorando el acceso a la atención médica y reduciendo las desigualdades en salud, siempre y cuando cuente con el apoyo continuo de las comunidades, el sector público y el sector privado. La adopción del modelo podría realizarse mediante una resolución del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), adaptándose al marco normativo vigente y complementando otras estrategias y modelos aplicables. Sin embargo, se debe tener en cuenta la evolución de iniciativas normativas de rango superior como la reforma a la salud y el Plan Nacional de Salud Rural (PNSR), las cuales podrían influir en su implementación y financiamiento.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Contexto y justificación

En las últimas décadas, las enfermedades de alto costo (EAC), como el cáncer, la insuficiencia renal crónica, enfermedades cardiovasculares y otras patologías complejas, se han convertido en un desafío fundamental para los sistemas de salud a nivel global (World Health Organization, 2020; American Heart Association, 2021). Estas enfermedades no solo representan altos costos económicos, sino también un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes (Pan American Health Organization, 2020).

En Colombia, la situación es aún más crítica en las zonas rurales y rurales dispersas, donde las poblaciones enfrentan dificultades adicionales para acceder a servicios de salud especializados, dada la dispersión geográfica, las condiciones socioeconómicas desfavorables y la escasez de infraestructura sanitaria (World Bank, 2021). Estas áreas están marcadas por la falta de infraestructura de salud, la escasez de personal médico especializado, y la dificultad de transporte, lo que limita el acceso oportuno a diagnóstico y tratamiento adecuado.

Las EAC, como el cáncer y la enfermedad renal crónica, representan una carga significativa tanto para los pacientes como para el sistema de salud, que se ve obligado a gestionar estos casos con recursos limitados y bajo condiciones de alta vulnerabilidad social (National Kidney Foundation, 2021; The Lancet, 2019). Este escenario es particularmente complejo en las zonas rurales y rurales dispersas de Colombia, donde el acceso a los servicios de salud está marcado por la falta de especialistas en áreas remotas, la limitada infraestructura sanitaria y las barreras culturales que dificultan la interacción entre el personal de salud y las comunidades locales.

1.2. Objetivos de la propuesta

Proponer un Modelo de Atención Primaria en Salud (APS) adaptado a las necesidades específicas de las comunidades rurales y rurales dispersas de Colombia, con un enfoque integral para el manejo de las EAC. Este modelo considera:

- La integración de los servicios de salud, asegurando una atención coordinada y continua (Wagner et al., 1990).
- El empoderamiento comunitario a través de la participación de los miembros de la comunidad en la promoción de la salud y el autocuidado.
- El uso de tecnologías de la información y la comunicación (TIC), como la telemedicina, para superar las barreras geográficas y mejorar el acceso a los servicios especializados.

- La capacitación y retención de recursos humanos en zonas rurales, garantizando la presencia de personal capacitado para brindar atención continua y de calidad.

Este modelo se desarrolló con base en los hallazgos obtenidos en las entrevistas, talleres participativos y análisis cuantitativos y cualitativos, con un enfoque en la sostenibilidad y la adaptabilidad a los contextos locales.

1.3. Alcance y limitaciones

El alcance de este modelo es a nivel nacional, abarcando todas las zonas rurales y rurales dispersas de Colombia. Si bien el modelo tiene un enfoque general, se ha basado en la experiencia y los hallazgos obtenidos de los departamentos de Meta, Cauca y Vaupés, que fueron seleccionados debido a su diversidad geográfica, cultural y socioeconómica. Las lecciones y datos recopilados en estas regiones han proporcionado una base sólida para el desarrollo de un modelo aplicable a otras zonas rurales y rurales dispersas del país.

Este modelo está diseñado para ser flexible y adaptable, con el objetivo de ser implementado en diversas regiones de Colombia que enfrentan retos similares en términos de acceso a servicios de salud y manejo de enfermedades de alto costo, y que requieren soluciones innovadoras y contextualizadas, por ejemplo:

- Infraestructura insuficiente en muchas áreas rurales para soportar intervenciones complejas de salud
- Barreras culturales y lingüísticas que pueden dificultar la efectividad de las intervenciones, especialmente en comunidades indígenas.
- Limitaciones en el financiamiento, tanto a nivel nacional como local, para implementar de manera sostenible las propuestas del modelo.

El modelo no detalla las guías operativas o un plan de implementación que deberían ser objetivos de las nuevas etapas de este proyecto.

2. ANTECEDENTES

2.1. Diagnóstico cuantitativo: Datos clave y análisis

Se realizó un diagnóstico situacional de las Enfermedades de Alto Costo (EAC) en las poblaciones rurales y rurales dispersas de Colombia, basado en datos del período 2015-2023. El análisis se centró en la disparidad en el acceso a servicios de salud entre las zonas rurales y urbanas. En los eventos sin desagregación geográfica, se utilizó como proxy el régimen subsidiado, dado que la mayoría de la población rural pertenece

a este régimen de afiliación a la seguridad social. Se evalúan la prevalencia de las EAC y la oportunidad del diagnóstico y tratamiento para diferentes tipos de cáncer, enfermedades renales crónicas, VIH, artritis reumatoide, hemofilia y hepatitis.

Cáncer: Una carga creciente con acceso desigual.

El cáncer representa una carga creciente para el sistema de salud colombiano. Si bien el número de atenciones en áreas rurales ha aumentado, todavía representa solo el 8.92% del total nacional en 2023. Esta disparidad se refleja también en la tasa de prevalencia, que, aunque en aumento, sigue siendo significativamente inferior a la nacional.

El régimen subsidiado, que cubre en gran medida a la población rural y vulnerable, enfrenta barreras importantes en la atención oncológica. Los pacientes en este régimen tienen menor acceso a cirugías y radioterapia en comparación con la población general. Además, la oportunidad de diagnóstico es menor para los pacientes en el régimen subsidiado, aunque la oportunidad de tratamiento es ligeramente más rápida.

El análisis de tipos específicos de cáncer revela desafíos particulares:

- **Cáncer de mama:** La incidencia y mortalidad son menores en el régimen subsidiado, pero la oportunidad de atención es significativamente mayor, superando la meta establecida.
- **Cáncer de próstata:** La incidencia, prevalencia y mortalidad son menores en el régimen subsidiado, pero la oportunidad de diagnóstico es mayor.
- **Cáncer de cuello uterino:** La incidencia y mortalidad son mayores en el régimen subsidiado, y la oportunidad de tratamiento supera la meta establecida.
- **Cáncer de colon y recto, estómago, pulmón y melanoma:** En todos estos tipos de cáncer, la incidencia, prevalencia y mortalidad son menores en el régimen subsidiado, pero la oportunidad de diagnóstico y tratamiento supera las metas establecidas en la mayoría de los casos.
- **Linfoma no Hodgkin y Hodgkin:** Ambos tipos de linfoma presentan una incidencia, prevalencia y mortalidad menores en el régimen subsidiado, con una oportunidad de diagnóstico y tratamiento que excede las metas establecidas.
- **Leucemia Linfoide Aguda y Mieloide Aguda:** Las estadísticas reflejan una situación similar a los linfomas, con menor incidencia, prevalencia y mortalidad en el régimen subsidiado y una oportunidad de diagnóstico y tratamiento que supera las metas.

Enfermedad Renal Crónica (ERC): Prevalencia en aumento con disparidades en la atención

La atención a pacientes con ERC en Colombia ha mostrado una tendencia creciente con un descenso en 2020. En 2023, las áreas rurales representaron el 13.03% del

total de atenciones a nivel nacional. La tasa de prevalencia de ERC en zonas rurales se ha mantenido estable, superando la prevalencia nacional.

El uso promedio de servicios de salud para la ERC muestra disparidades entre las zonas urbanas y rurales, particularmente en la cantidad de procedimientos de salud realizados. Los indicadores de 2023 revelan:

- Alta incidencia de ERC en el régimen subsidiado, representando el 39.83% del total nacional.
- Preocupante prevalencia de ERC en estadio 5 en el régimen subsidiado.
- Altas tasas de mortalidad por ERC en el régimen subsidiado, especialmente en estadio 5.
- Logros en el control de la presión arterial en el régimen subsidiado.
- Necesidad de mejorar la medición de albuminuria en ambos regímenes.

VIH: Crecimiento notable en la atención, pero con desafíos en la mortalidad.

La atención a pacientes con VIH en Colombia ha experimentado un crecimiento notable, con un aumento significativo en las áreas rurales. Sin embargo, las áreas rurales todavía enfrentan desafíos en comparación con las urbanas.

El uso promedio de servicios de salud para el VIH muestra que, aunque ambos contextos tienen un uso considerable, las cifras urbanas son más altas.

Los indicadores de 2023 resaltan:

- Alta incidencia y prevalencia de VIH en el régimen subsidiado.
- Preocupante mortalidad asociada al VIH en el régimen subsidiado, con una tasa que supera la nacional.
- Alto porcentaje de mujeres gestantes con infección por VIH en el régimen subsidiado.
- Tiempo entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento favorable en el régimen subsidiado.
- Alta cobertura de tamizaje para VIH en gestantes en ambos regímenes.

Artritis Reumatoide, Hemofilia y Hepatitis C: Disparidades persistentes en el acceso a servicios.

La artritis reumatoide, la hemofilia y la hepatitis C también muestran disparidades en el acceso a servicios de salud entre las zonas rurales y urbanas. Las áreas rurales representan un porcentaje menor de las atenciones totales para estas enfermedades, y la tasa de prevalencia en áreas rurales es generalmente más baja que la nacional.

El uso promedio de servicios de salud para estas enfermedades muestra que las áreas urbanas tienen un mayor número de consultas y procedimientos realizados.

Los indicadores específicos revelan:

- **Artritis Reumatoide:** Mayor proporción de desplazados y víctimas de violencia armada en el régimen subsidiado, y oportunidad de atención, diagnóstico y tratamiento que supera las metas establecidas.
- **Hemofilia:** Mayor tasa de incidencia en el régimen subsidiado y mayor número de consultas promedio por persona en áreas rurales.
- **Hepatitis:** Aumento lento de la prevalencia en zonas rurales y necesidad urgente de mejorar la infraestructura y los recursos para el diagnóstico y tratamiento en áreas rurales.

Este análisis evidenció la necesidad urgente de implementar políticas que fortalezcan la infraestructura de salud, los recursos disponibles y el acceso a servicios especializados en áreas rurales y rurales dispersas de Colombia. Es fundamental mejorar el régimen subsidiado para garantizar atención equitativa y oportuna para las poblaciones rurales y vulnerables.

2.2. Diagnóstico cualitativo: Principales barreras y problemáticas identificadas

El diagnóstico cualitativo realizado a través de entrevistas y talleres participativos reveló diversas barreras y problemáticas que afectan el acceso y la calidad de la atención para las personas que padecen enfermedades de alto costo en las zonas rurales y rurales dispersas de Colombia. A través de las voces de líderes comunitarios, profesionales de la salud y pacientes, se identificaron varios factores que limitan la efectividad del sistema de salud en estas regiones.

El diagnóstico cualitativo identificó diversas barreras estructurales, sociales y culturales que limitan el acceso y la calidad de la atención de las EAC en las zonas rurales dispersas de los tres departamentos estudiados.

- **Acceso y barreras geográficas:** El acceso limitado a los servicios de salud es un problema transversal, exacerbado por la dispersión geográfica, las condiciones climáticas (especialmente en el Vaupés con la dependencia del transporte fluvial), la inestabilidad del orden público (en el Cauca, limitando brigadas médicas), y las largas distancias entre municipios y centros de referencia (en el Meta). Los costos de traslado, hospedaje y alimentación también representan una carga económica significativa para las familias.
- **Calidad de los servicios y limitaciones en la infraestructura:** Los centros de atención primaria suelen carecer de equipos médicos adecuados, medicamentos

y personal capacitado. En el Vaupés, las limitaciones en infraestructura son críticas, sin hospitales grandes ni especialistas, lo que obliga a remisiones costosas y difíciles. Esta falta de recursos afecta el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las EAC.

- **Problemas económicos y sociales:** La falta de recursos financieros obliga a las familias a tomar decisiones difíciles entre cubrir necesidades básicas y costear la atención médica. Los altos costos de transporte y la falta de programas de subsidios agravan las desigualdades. La falta de protección social deja a muchos pacientes vulnerables, sin apoyo para alojamiento y gastos en ciudades de referencia. La sobrecarga emocional para los cuidadores y la falta de redes de apoyo estructuradas también son problemáticas relevantes.
- **Barreras culturales e interculturalidad en salud:** La falta de enfoques interculturales en los servicios de salud, especialmente en el Cauca y el Vaupés con alta población indígena, genera desconfianza hacia el sistema y limita la adherencia a los tratamientos. Existe una desconexión entre el sistema de salud formal y las prácticas tradicionales de las comunidades, con falta de comprensión de las cosmovisiones indígenas sobre la enfermedad y la salud.
- **Fragmentación del sistema de salud:** La falta de coordinación entre las diferentes entidades del sistema (EPS, IPS, Secretarías de Salud) resulta en procesos administrativos ineficientes y barreras adicionales para los pacientes, dificultando la continuidad del cuidado y generando demoras en autorizaciones.
- **Desigualdad en la distribución del talento humano:** Existe una insuficiencia de personal de salud capacitado en las zonas rurales, generando sobrecarga para los pocos profesionales disponibles y afectando la calidad de la atención. La falta de incentivos dificulta la permanencia de profesionales en áreas remotas, especialmente en el Vaupés.

Oportunidades y rol de la comunidad

A pesar de las barreras, el diagnóstico también identificó oportunidades y destacó el papel fundamental de las comunidades:

- **Potencial de las tecnologías en salud:** Si bien la falta de conectividad es un desafío, las tecnologías emergen como una herramienta potencial para superar algunas barreras, como la telemedicina (con resultados iniciales positivos en el Meta, aunque limitada por la conectividad en el Vaupés).
- **Rol de las redes comunitarias y participación social:** Las redes de apoyo informal desarrolladas por las comunidades son cruciales para superar las barreras del sistema. Las asociaciones de usuarios (Meta) y las capitanías y líderes zonales (Vaupés) actúan como intermediarios y canalizan demandas.

- Enfoque en la prevención y promoción de la salud (necesidad de fortalecimiento): El enfoque actual es predominantemente curativo, con poca atención a la prevención y promoción. Se destaca la falta de programas educativos y la desaprovechamiento del conocimiento ancestral para la prevención.
- Experiencias de los pacientes y sus familias: Las experiencias relatadas resaltan las dimensiones humanas de las problemáticas, incluyendo el sentimiento de abandono, la frustración por las largas esperas y la importancia de la solidaridad comunitaria.

2.3. Lecciones aprendidas de la revisión documental

La revisión de literatura sobre los modelos de atención primaria en salud (APS) en el contexto de las enfermedades de alto costo (EAC) en poblaciones rurales y rurales dispersas reveló que, a nivel internacional, existen enfoques exitosos que pueden adaptarse a la realidad colombiana. Estos modelos se enfocan en la integración de servicios de salud, la prevención activa y la gestión integral de enfermedades complejas como el cáncer, VIH y enfermedades renales crónicas.

Modelos Internacionales de Atención Primaria

El Modelo de Cuidado Crónico (CCM) ha sido ampliamente utilizado en áreas urbanas, pero presenta un enorme potencial de adaptación a las zonas rurales. Este modelo integra la atención continua, la coordinación de servicios y la prevención. En los contextos rurales, la telemedicina y las unidades móviles de salud emergen como herramientas clave para superar las barreras geográficas que limitan el acceso a los centros de salud especializados.

Diversos estudios internacionales subrayan la importancia de adaptar estos modelos para hacer frente a las características particulares de las zonas rurales, donde la escasez de infraestructura, los costos de transporte y la falta de personal capacitado son factores limitantes. En este sentido, la telemedicina juega un papel esencial al permitir el seguimiento remoto de los pacientes y la consultoría a distancia para la gestión de enfermedades crónicas.

Prevención y Detección Temprana

Un aspecto clave de la literatura revisada es la importancia de enfoques preventivos en la atención primaria. Los estudios indican que una mayor inversión en programas de prevención y detección temprana puede reducir considerablemente las tasas de mortalidad por enfermedades de alto costo en las zonas rurales. El tamizaje de cáncer (como el cáncer de cuello uterino y de mama), la detección de diabetes y la monitorización de la presión arterial son intervenciones que deben ser implementadas a nivel comunitario.

La literatura también destaca la importancia de la educación comunitaria como parte de la estrategia preventiva. A través de la capacitación de los agentes comunitarios de salud y la implementación de talleres educativos sobre hábitos de vida saludables, las comunidades pueden adquirir herramientas para prevenir enfermedades crónicas y mejorar su adherencia a los tratamientos.

Participación Comunitaria en la Salud

La participación comunitaria es fundamental para el éxito de cualquier modelo de APS, especialmente en zonas rurales. Los estudios indican que la creación de comités de salud locales y el fortalecimiento de las redes comunitarias son esenciales para empoderar a las comunidades y asegurar la sostenibilidad de las intervenciones. La participación activa de la comunidad no solo mejora la aceptación de los servicios de salud, sino que también fomenta el autocuidado y la gestión de la salud por parte de los mismos beneficiarios.

En las zonas rurales y rurales dispersas de Colombia, la formación de líderes comunitarios en salud y la capacitación de promotores de salud son intervenciones clave para mejorar la comunicación entre los servicios de salud y la población. La educación comunitaria no solo debe centrarse en la prevención de enfermedades, sino también en sensibilizar sobre la importancia del diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado.

Tecnologías en Salud para Zonas Rurales

La integración de tecnologías digitales es una de las áreas que más se destaca en la literatura revisada. La telemedicina, junto con el uso de plataformas digitales para la gestión de la salud, puede superar las barreras de acceso físico en zonas rurales y rurales dispersas. Los estudios muestran que, con el uso adecuado de estas tecnologías, se puede lograr un seguimiento constante de pacientes, lo que reduce las complicaciones asociadas con enfermedades crónicas y mejora la calidad de vida de los pacientes.

Además, el uso de unidades móviles de salud puede proporcionar servicios de diagnóstico y tratamiento preventivo en lugares de difícil acceso. Estas unidades pueden desempeñar un papel importante en la detección temprana de enfermedades de alto costo, permitiendo que los pacientes reciban atención antes de que las condiciones se vuelvan graves.

Desafíos para la Implementación del Modelo

Aunque la revisión bibliográfica resalta los beneficios de los enfoques descritos, también señala varios desafíos para su implementación en zonas rurales de Colombia. La desigualdad en el acceso a los servicios de salud, la limitada infraestructura y la escasez de profesionales capacitados son obstáculos que deben abordarse de manera prioritaria.

Además, la literatura destaca la necesidad de un enfoque intersectorial, donde el modelo de APS no solo involucre al sector salud, sino también a otros actores como las autoridades locales, organizaciones no gubernamentales y el sector privado. Esta colaboración puede proporcionar los recursos y el apoyo necesarios para implementar con éxito las intervenciones en salud y mejorar los resultados para las comunidades rurales.

La revisión documental muestra que el modelo de atención primaria en salud debe ser flexible y adaptable a las necesidades locales, integrando tecnologías de salud, participación comunitaria y enfoques preventivos, y superando las barreras de acceso para garantizar la equidad en el acceso a la salud.

La revisión documental para el diseño de este modelo de atención primaria en salud para enfermedades de alto costo en población rural y rural dispersa en Colombia se ha basado en un exhaustivo análisis de estudios previos tanto a nivel nacional como internacional. Se ha considerado una amplia gama de enfoques, especialmente aquellos que abordan las condiciones específicas de las zonas rurales dispersas y las enfermedades de alto costo (EAC), como el cáncer, la insuficiencia renal crónica y las enfermedades cardiovasculares. A nivel internacional, los modelos de atención primaria, como el Modelo de Cuidado Crónico (CCM), y las prácticas de telemedicina y unidades móviles de salud, se presentan como intervenciones clave para superar las barreras geográficas y de acceso a servicios especializados en territorios rurales.

El modelo propuesto se diferencia de los enfoques existentes en Colombia por su énfasis en la participación comunitaria activa y en la prevención y detección temprana de enfermedades, áreas que a menudo han sido desatendidas en modelos previos.

Además, el modelo incorpora un análisis comparado con la situación de Colombia, reconociendo las necesidades específicas del país, como la falta de infraestructura, personal capacitado y recursos en las zonas rurales, y las oportunidades de mejorar el acceso a servicios de salud a través de tecnologías digitales y programas de salud comunitarios adaptados.

Este enfoque también subraya la importancia de un abordaje interdisciplinario, que incluye aspectos jurídicos, económicos y técnicos para implementar el modelo bajo condiciones reales. Al mismo tiempo, se resalta la necesidad de una flexibilidad en la implementación, permitiendo que el modelo se adapte a las características particulares de cada territorio rural. Este enfoque asegura que el modelo no sea rígido, sino que sea capaz de ajustarse a las capacidades locales de las entidades territoriales, teniendo en cuenta tanto sus capacidades institucionales como los recursos disponibles.

Además, se incorpora la recomendación de la flexibilidad normativa para permitir diferentes tipos de intervenciones y una mayor financiación de iniciativas comunitarias. También se destaca la importancia de la educación formal y no formal en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, asegurando que las comunidades rurales sean empoderadas para gestionar su salud a lo largo de su curso de vida.

2.4. Financiamiento para EAC en Colombia

El financiamiento de las enfermedades de alto costo (EAC) en Colombia constituye un reto significativo dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), particularmente en las zonas rurales, donde las barreras de acceso a los servicios de salud se ven agravadas por factores geográficos, insuficiencia en la infraestructura hospitalaria y la escasez de personal médico especializado. Estas patologías, que incluyen cáncer, VIH/SIDA, artritis reumatoide y hemofilia A severa, requieren tratamientos especializados y medicamentos de alto costo que no siempre están disponibles en el nivel local.

Para garantizar el acceso equitativo a estos tratamientos, Colombia ha establecido mecanismos de financiamiento que incluyen la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y los Presupuestos Máximos. Sin embargo, las inequidades en la distribución de recursos y la oferta de servicios de salud en áreas rurales afectan la efectividad del modelo de financiamiento y comprometen la calidad de la atención. Este apartado analiza las fuentes de financiamiento de las EAC en Colombia, los mecanismos de ajuste financiero aplicados a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y los desafíos específicos en la atención de estas enfermedades en regiones rurales.

Fuentes de Financiamiento y Cobertura en Áreas Rurales

El financiamiento de las EAC en Colombia se sustenta en dos fuentes principales: la Unidad de Pago por Capitación y los Presupuestos Máximos. La UPC, establecida por la Ley 100 de 1993, financia la atención en salud de la población afiliada al régimen contributivo y subsidiado, incluyendo la gestión de enfermedades de alto costo. Los Presupuestos Máximos, por su parte, permiten la financiación de medicamentos, procedimientos y tecnologías en salud que no están incluidos en el Plan de Beneficios en Salud (PBS), asegurando así el acceso a tratamientos esenciales.

Sin embargo, en las zonas rurales, la efectividad de estos mecanismos enfrenta importantes desafíos, tales como:

- **Déficit de infraestructura hospitalaria:** En muchas regiones rurales, no existen hospitales de alta complejidad, lo que obliga a los pacientes a trasladarse a ciudades principales para recibir atención especializada.
- **Escasez de especialistas:** Las enfermedades de alto costo requieren atención por médicos especializados, como oncólogos, hematólogos y reumatólogos, quienes suelen concentrarse en los principales centros urbanos.
- **Deficiencias en la referencia y contrarreferencia:** A pesar de que la normativa establece la obligación de garantizar el acceso efectivo a la atención especializada, financiada mediante la UPC, en la práctica, los tiempos de espera prolongados y los costos asociados al traslado limitan la accesibilidad de los pacientes rurales.

- Implementación deficiente de la telemedicina: Aunque la Resolución 2654 de 2019 establece la telemedicina como una estrategia clave para mejorar el acceso en zonas rurales y es financiada con la UPC, su adopción es limitada debido a problemas de conectividad y falta de capacitación en su uso.

En términos de cobertura de tratamiento, la UPC financia la mayoría de los tratamientos para enfermedades de alto costo. Por ejemplo, el Artículo 76 de la normativa vigente establece que la atención del cáncer en menores de seis años debe incluir promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, garantizando el acceso continuo a estos servicios a través de las EPS.

Para mitigar el impacto financiero de las EAC, el sistema de salud colombiano ha implementado mecanismos de ajuste financiero. El gobierno estableció los montos a aportar, reconocer y pagar a las EPS con base en la siniestralidad observada. Este mecanismo busca corregir desviaciones en el gasto generado por enfermedades de alto costo, asegurando que las EPS reciban recursos proporcionales a la atención brindada en enfermedades como el cáncer, el VIH y la hemofilia A severa.

Por ejemplo, según la Resolución 0861 de 2023, el Ministerio de Salud destinó \$16.182.936.897 COP para financiar la atención de pacientes con hemofilia A severa en 2022, siendo Nueva EPS la entidad con mayor carga, atendiendo al 22 % del total de los pacientes. Sin embargo, estos ajustes financieros no consideran explícitamente las dificultades de acceso en zonas rurales, lo que genera inequidades en la disponibilidad de recursos según la ubicación geográfica.

Cuenta de Alto Costo y su papel en el Financiamiento de las EAC

Además de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y los Presupuestos Máximos, la Cuenta de Alto Costo (CAC) desempeña un papel clave en la gestión y financiamiento de las enfermedades de alto costo en Colombia. La CAC no solo actúa como un mecanismo de compensación financiera entre las EPS para equilibrar los costos de la atención de estas patologías, sino que también lidera un modelo de gestión de información basado en evidencia para mejorar la calidad de la atención y la eficiencia del sistema de salud.

A través de este modelo, la CAC ha establecido estándares para la gestión del riesgo y el monitoreo de enfermedades como la Enfermedad Renal Crónica (ERC), VIH/SIDA, Cáncer, Hemofilia, Artritis Reumatoide y Hepatitis C crónica. Mediante procesos de medición, seguimiento y generación de indicadores de resultados en salud, la CAC facilita la toma de decisiones informadas y la formulación de políticas públicas. Uno de los principales avances logrados ha sido la implementación del pago por desempeño, una estrategia liderada por el Ministerio de Salud que busca incentivar la calidad de la atención basada en resultados clínicos. Actualmente, esta estrategia ha sido aplicada en Enfermedad Renal Crónica, con expectativas de ampliación a otras patologías de alto costo.

Según datos de CAC, los logros de la CAC han posicionado a Colombia como líder en América Latina en gestión del riesgo y pago por resultados en salud. Gracias a su enfoque basado en datos confiables, el país cuenta con uno de los sistemas de información más precisos de la región, con solo un 2% de error en los registros. Permitiendo avances significativos, como la disminución en la incidencia de Enfermedad Renal Crónica en estado terminal, evitando que más de 5.169 pacientes ingresen a Terapia de Reemplazo Renal, lo que ha representado un ahorro de aproximadamente 600 mil millones de pesos para el sistema de salud en los últimos años. Además, el costo del tratamiento con terapia dialítica ha logrado una reducción de 900 mil millones de pesos en cinco años, optimizando el uso de los recursos públicos.

Mecanismos para la Reducción de Costos en Medicamentos de EAC

El alto costo de los medicamentos especializados para enfermedades como el cáncer, la hemofilia y la artritis reumatoide representa un desafío financiero significativo para el sistema de salud colombiano. Para reducir su impacto económico y mejorar la disponibilidad de estos tratamientos, el país ha implementado diversos mecanismos de control de precios y negociación de costos, entre ellos:

- **Regulación de precios de medicamentos:** La Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos establece topes de precio para medicamentos de alto costo, evitando sobrecostos y promoviendo la equidad en el acceso. Esta estrategia ha permitido reducir el precio de varios tratamientos esenciales, alineándolos con estándares internacionales de costo-efectividad.
- **Compra centralizada de medicamentos:** El gobierno colombiano ha desarrollado estrategias de compra consolidada que permiten adquirir medicamentos en grandes volúmenes a precios más bajos. Esto ha sido particularmente relevante en el tratamiento de la hepatitis C (Resolución 1692 de 2017) y el VIH/SIDA (Resolución 2164 de 2024), donde la adquisición centralizada ha generado ahorros significativos.
- **Negociaciones con la industria farmacéutica:** El gobierno colombiano ha implementado estrategias de negociación directa con laboratorios para obtener descuentos en medicamentos de alto costo.
- **Fomento del uso de medicamentos biosimilares:** La introducción de biosimilares ha permitido ampliar el acceso a tratamientos esenciales a menor costo sin comprometer la calidad. Estos medicamentos han sido clave en enfermedades como la artritis reumatoide y ciertos tipos de cáncer, donde los costos de los biológicos originales eran muy altos.

Impacto socioeconómico en familias rurales

El financiamiento de las EAC no solo tiene implicaciones para las EPS y el gobierno, sino también para los pacientes y sus familias. En zonas rurales, el impacto socioeconómico de estas enfermedades es aún mayor debido a los costos indirectos asociados con el acceso a la atención médica, tales como:

- **Gastos de bolsillo en transporte:** En ausencia de hospitales especializados en las regiones rurales, los pacientes deben incurrir en costos adicionales de transporte y alojamiento para acceder a tratamientos en ciudades principales.
- **Pérdida de ingresos en el hogar:** La necesidad de un cuidador para acompañar al paciente a sus citas médicas o administrar el tratamiento impacta la capacidad de generación de ingresos de las familias.
- **Desigualdad en el acceso a la salud:** La falta de un esquema de compensación para gastos indirectos genera una mayor brecha en la equidad del sistema de salud, afectando principalmente a poblaciones de bajos recursos.

Beneficios Económicos en la Atención de Enfermedades de Alto Costo

Las inversiones en intervenciones dirigidas a la prevención y tratamiento de enfermedades de alto costo han demostrado ser altamente costo-efectivas, generando beneficios económicos sustanciales a largo plazo cuando estas son bien planificadas y dirigidas a las poblaciones de vulnerables y de alto riesgo (Cohen et al., 2008). Estas estrategias no solo podrían reducir la carga de enfermedad en la población, sino que también optimizan los recursos del sistema de salud y promueven el desarrollo económico (Cohen et al., 2008).

Por ejemplo, las estrategias de prevención del VIH/SIDA han sido ampliamente estudiadas en términos de su impacto en la salud pública y su retorno económico. Intervenciones como la consejería, las pruebas voluntarias y la distribución de preservativos han demostrado ser altamente efectivas, logrando prevenir hasta 21 casos de VIH por cada 10,000 personas (Alarid-Escudero et al., 2013). Este impacto no solo mejora los indicadores de salud, sino que también representa un importante beneficio económico para el sistema de salud y la sociedad en general. Desde una perspectiva financiera, estas estrategias han mostrado un retorno de US\$131 por cada dólar invertido, lo que subraya la importancia de asignar recursos a intervenciones preventivas en el manejo de enfermedades de alto costo. Esta rentabilidad se explica en parte por la reducción en la necesidad de tratamientos antirretrovirales a largo plazo, la disminución de hospitalizaciones y la prevención de coinfecciones asociadas, como la tuberculosis y la hepatitis viral.

De igual forma, el acceso oportuno a terapias especializadas para la artritis reumatoide es otro ejemplo de una intervención de alto impacto económico. Modelos

económicos basados en análisis tipo Markov, ampliamente utilizados en la evaluación de costo-efectividad en salud, han estimado que la implementación de tratamientos tempranos podría generar ahorros cercanos a 4,29 billones COP en un período de cinco años para el sistema de salud colombiano (Díaz Rojas, 2017). Estos ahorros derivan de la reducción en la progresión de la enfermedad, la menor incidencia de complicaciones severas y la disminución en la necesidad de intervenciones más costosas, como cirugías reconstructivas o terapias intensivas. Además, la mejora en la calidad de vida de los pacientes con artritis reumatoide facilita su permanencia en el mercado laboral, lo que se traduce en un menor impacto económico por discapacidad y dependencia.

Más allá de los ahorros directos en el sistema de salud, la inversión en el tratamiento de enfermedades de alto costo tiene un impacto significativo en la productividad y el bienestar de la población. En particular, las estrategias dirigidas a mejorar la cobertura de atención en zonas rurales y regiones desatendidas contribuyen a reducir los costos asociados con el tratamiento de complicaciones evitables y con la carga de enfermedad en la población económicamente activa.

El Foro sobre Inversión en Salud y Desarrollo Económico ha enfatizado que el gasto en salud debe entenderse no como un costo, sino como una inversión estratégica para el crecimiento económico (Yamey et al., 2017). La asignación eficiente de recursos en atención primaria y en el acceso oportuno a tratamientos de enfermedades crónicas y catastróficas promueve el bienestar general y fortalece el desarrollo económico regional. Este enfoque se sustenta en la evidencia de que las poblaciones con acceso adecuado a servicios de salud muestran mayores niveles de productividad, menor ausentismo laboral y una mejor calidad de vida, lo que a su vez estimula el crecimiento de la economía y reduce la presión sobre los sistemas de seguridad social.

2.5. Marco normativo vigente de EAC

Atención Primaria en Salud

Una de las estrategias contempladas en el ordenamiento jurídico colombiano para fortalecer el sistema público de salud es la Atención Primaria en Salud (APS). Según el artículo 12 de la Ley 1438 de 2011, esta consta de tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana. El mismo artículo señala que su objetivo es permitir la atención integral e integrada, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, así como el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad.

Entre los principios que rigen la APS, consagrados en el artículo 13 de esta misma ley, se resalta el enfoque territorial, del cual se desprende la necesidad de considerar

las necesidades de salud locales y las condiciones que se tienen a nivel institucional, económico y social para responder a ellas. En el marco de la estrategia de APS, se han desarrollado dos iniciativas de política pública a resaltar: los Planes Decenales de Salud Pública y los Equipos Básicos de Salud.

Plan Decenal de Salud Pública

Los Planes Decenales de Salud Pública se contemplan en el artículo 6 de la ley ya mencionada, que asigna al Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) la responsabilidad de elaborar el Plan a través de un proceso amplio de participación social en el que deben confluir las políticas sectoriales para mejorar el estado de salud de la población. Para la implementación del Plan, el artículo 7 determina que concurrirán todas las instancias que conforman el Sistema de Protección Social en la intervención de los determinantes en salud, bajo las directrices del Consejo Nacional de Política Social y del MSPS. Los espacios creados para la coordinación de las dichas instancias incluyen la Comisión Intersectorial de Salud Pública, reglamentada por el Decreto 1005 de 2022, y los Consejos Territoriales de Seguridad Social a nivel de las entidades territoriales, reglamentados a través de los Acuerdos 025 de 1996 y 057 de 1997.

El primer Plan Decenal de Salud Pública se adoptó mediante la Resolución 1841 de 2013 para los años 2012–2021, el segundo, por su parte, se adoptó mediante la Resolución 1035 de 2022 para el período 2022–2031. Este último incluyó entre sus ejes estratégicos la Gestión de la Atención Primaria Integral en Salud. Su objetivo es fortalecer la APS para el abordaje de los determinantes sociales de la salud, en consonancia con el artículo 6 de la Ley 1438. Las acciones encaminadas a cumplirlo deben propender por el cuidado integral, gestión integral del riesgo y la salud familiar y comunitaria, teniendo en cuenta la diversidad territorial y poblacional del país.

A continuación, se presentan los elementos orientadores que componen la línea estratégica de Gestión de la Atención Primaria Integral en Salud en el actual Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031:

La gestión territorial, administrativa y financiera de la Atención Primaria Integral en Salud: busca el fortalecimiento de las capacidades para gestionar la salud pública desde la estrategia de Atención Primaria Integral en Salud por parte de las entidades territoriales. Para ello, plantea la integración y desarrollo de sistemas de información abiertos e interoperables al interior del sistema de salud y de protección social y con los distintos sistemas gubernamentales responsables del manejo de información relacionada con el abordaje de los determinantes sociales de la salud y el desarrollo de acciones de bienestar.

La construcción de modos, condiciones y estilos favorables a la vida y la salud: busca desarrollar apuestas de salud pública centradas en cada vez más en la salud (salutogénesis) y menos en la enfermedad (patogénesis). En este sentido, contempla la

construcción de ciudades y ruralidades saludables desde el punto de vista ambiental; el fomento de la economía del cuidado; el apalancamiento del acceso a bienes y servicios básicos; la protección de la salud mental; la promoción de la actividad física y la alimentación saludable y la garantía de los derechos sexuales y reproductivos.

La promoción y protección del cuidado integral de la salud con enfoque diferencial en el Marco de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud (RPMS) y la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal (RIAMP): busca fortalecer la implementación de las rutas a partir de su apropiación conceptual y metodológica y de acuerdos sectoriales e intersectoriales a nivel territorial. De esta forma, incluye acciones para la infancia, la adolescencia, la adultez, los adultos mayores y la familia en general.

La institucionalización de una cultura para la vida y la salud: propende por el desarrollo de capacidades territoriales, sociales e institucionales que permitan instituir condiciones y estilos de vida saludables. Para ello incorpora una reflexión pedagógica sobre los procesos educativos en el campo de la salud pública y la construcción de capacidades dialógicas para la cogestión de la salud pública.

En diciembre de 2023, el MSPS publicó la Resolución 2367 de 2023, por la cual modificó diferentes secciones del Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031, tanto en su resolución como en sus anexos. En esta oportunidad, el MSPS consideró que se debía fortalecer la precisión del contenido de los ejes estratégicos e incluir instrumentos y herramientas metodológicas que le permitan a los territorios definir acciones para la garantía del derecho a la salud de su población. La resolución actualizó el cronograma de implementación del Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031, así como las fechas para su evaluación y ajustes de implementación. Se modificaron ocho capítulos del anexo técnico, pero se adjuntó a esta reciente resolución la totalidad de la nueva versión del plan, por lo que en adelante esta deberá ser la versión de referencia del Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031.

Equipos Básicos de Salud

El artículo 15 de la Ley 1438 de 2011, establece la creación de los Equipos Básicos de Salud y asigna su reglamentación al MSPS. El artículo 16 estipula que sus funciones incluyen realizar diagnóstico familiares; identificar el riesgo individual, familiar y comunitario de los usuarios de acuerdo con sus características demográficas; informar sobre el portafolio de servicios de protección social a las familias; promover la afiliación al sistema de salud; inducir la demanda de servicios relacionados con las prioridades de salud pública; suministrar información para la elaboración de historias clínicas; entre otros. De acuerdo con la Resolución 2788 de 2022 del MSPS (modificada por la Resolución 2519 de 2022), las Empresas Sociales del Estado (ESE) son las encargadas de conformar los Equipos y ponerlos en funcionamiento.

Esta última resolución señala que los EBS se dividen en dos: Equipos de Salud Territorial y Equipos Complementarios. Los primeros están en capacidad de ejecutar

intervenciones colectivas e individuales en un territorio de hasta 5000 familias y se conforman por 1 Médico, 1 enfermero, 4 auxiliares de enfermería, 1 líder comunitario / promotor y 1 profesional de la salud o de área social según necesidad en salud pública y oferta del talento humano en la zona. Por su parte, los segundos tienen la capacidad de ejecutar acciones de gestión de riesgos individuales y colectivos, y cuentan con profesionales y técnicos en áreas como la nutrición, la odontología, la gerontología, la optometría, la terapia física, ocupacional y del lenguaje, entre otros.

La Resolución 2206 de 2022 determina los criterios de asignación de recursos para apoyar la financiación de los Equipos. Dichos recursos pueden provenir de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES), del Presupuesto General de la Nación o de cualquier otra fuente que se determine. En total se estipulan 10 criterios, de los cuales deben ser cumplidos al menos 5 para obtener la financiación. Entre ellos se incluye que los municipios o distritos en cuestión: hagan parte de los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET) o del Plan Nacional de Salud Rural (PNSR); cuenten con una cobertura inferior al 50% en determinados servicios de salud; cuenten con una evaluación satisfactoria en la ejecución financiera de recursos del Sistema General de Participaciones; se encuentren en zonas rurales y carezcan de ESE; sean de baja categoría (4,5,6; incluyendo distritos categoría 1) con un índice de ruralidad superior al 50%, entre otros (artículo 3).

Mediante acto administrativo y previa recomendación del Comité Asesor para la Asignación de Recursos a Proyectos a cargo de la Dirección de Prestación de Servicios de Atención Primaria, el MSPS debe determinar las ESE beneficiarias, el monto de recursos asignado, los requisitos para el giro y el seguimiento a su ejecución (artículo 6, Resolución 2206 de 2022). Cabe mencionar que la Resolución 2519 de 2022, al modificar la Resolución 2206 del mismo año, abre la posibilidad de que los EBS sean financiados e implementados en regiones que los requieren, pese a que sus ESE tengan una medida de intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. Asimismo, esta norma posibilita que los EBS realicen actividades de carácter prioritario que en principio se encuentran en los planes de beneficios de los regímenes contributivo y subsidiado.

Recientemente, la Circular Externa 17 de 2024 estableció las directrices para el trabajo articulado entre EBS y el Programa Ampliado de Inmunizaciones “Todos a vacunar”. El objetivo de esta circular fue asegurar coberturas de vacunación iguales o superiores al 95%, incluyendo a la población migrante, en los niveles departamental, distrital y municipal, a partir de iniciar, continuar y completar el esquema de vacunación definido para Colombia. Para ello, la circular asigna responsabilidades a los EBS, las secretarías, direcciones territoriales de salud en el orden departamental, distrital y municipal, a las IPS a cargo de los EBS, y a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB).

Gestión en Salud Pública

A la fecha de este informe, el MSPS ha publicado para comentarios un proyecto de resolución “Por la cual se establecen disposiciones para la implementación de la Gestión en Salud Pública-GSP a nivel territorial en el contexto del Plan Decenal de Salud Pública y el Modelo de salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud”. El proyecto establece las directrices para que departamentos, distritos y municipios implementen la Gestión en Salud Pública (GSP), enmarcado en el Plan Decenal de Salud Pública y en un modelo de salud preventivo fundamentado en la Atención Primaria en Salud (APS). El documento define la GSP, sus procesos clave como gestión del conocimiento, planeación, coordinación intersectorial, participación, vigilancia, entre otros, y las responsabilidades de los entes territoriales en su ejecución.

El proyecto de resolución también define los componentes y las acciones estratégicas que hacen parte del GSP. El primer componente es el fortalecimiento territorial para la implementación de la GSP, que busca fortalecer las capacidades estructurales y organizacionales de los territorios. Entre sus acciones estratégicas se encuentran: capacidades institucionales para la GSP (reconocimiento y posicionamiento de los procesos, gestión de recursos); planificación y gestión del personal de salud (incrementar disponibilidad y mejorar condiciones del talento humano); priorización e implementación de políticas públicas en salud (definir e implementar acciones intersectoriales); y desarrollo de capacidades para la GSP (cualificación del personal).

En el componente de integralidad y continuidad del cuidado de la salud, la resolución propone promover acuerdos y acciones intersectoriales, sociales y comunitarias que garanticen un cuidado de la salud integral y continuo en el territorio. Sus acciones incluyen: reconocimiento territorial y acuerdos intersectoriales, sociales y comunitarios para el cuidado integral de la salud.

Por último, el componente de gestión operativa para el cuidado de la salud, busca asegurar la prestación de servicios de salud integrales y adaptados a las necesidades de la comunidad a través del Plan de Intervenciones Colectivas y el despliegue territorial. Como acciones estratégicas figuran: Plan de Intervenciones Colectivas (formulación, implementación y evaluación del PIC); y despliegue territorial para el cuidado de la salud (implementación de estrategias y acciones integrales con enfoque en equidad y participación).

Atención en salud de grupos étnicos

En Colombia, la población indígena aborigen, la población rom o gitana, la población raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, y la población negra o afrocolombiana que incluye a los palenqueros de San Basilio, son comunidades étnicas que en muchos casos habitan zonas rurales dispersas y que en algunos casos tienen protecciones legales adicionales en lo que respecta a su atención en salud.

La Resolución 1964 de 2024 del MSPS adoptó el lineamiento para implementar un enfoque diferencial étnico en salud para las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras que habitan zonas urbanas y rurales. Este instrumento está dirigido a las entidades nacionales y territoriales, las EPS, los prestadores de servicios de salud y las secretarías de salud territoriales en articulación con las organizaciones comunitarias, con el propósito de orientar los programas, planes y proyectos en salud. Según la Resolución, la implementación del lineamiento debe iniciar en un plazo máximo de tres años a partir de su entrada en vigencia. La difusión y apropiación, así como el monitoreo y evaluación, están a cargo de la Oficina de Promoción Social del Ministerio de Salud, en concertación y articulación con la Comisión III del Espacio Nacional de Consulta Previa, instancia representativa y legítima de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.

Por otra parte, el Decreto 968 de 2024 estableció las normas generales para la administración y operatividad del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI) exclusivamente para el territorio indígena que conforma el Consejo Regional Indígena del Cauca (CRIC). La reciente norma, determinó el proceso que debe surtir el CRIC para obtener la certificación en salud por parte del Ministerio con el fin de poner en funcionamiento el sistema. También aborda aspectos como los componentes y estructuras propias que lo conforman, los instrumentos de planeación, la financiación, el sistema de información en salud propio, los modelos de cuidado en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud Propia e Intercultural (APSI), las instancias de inspección, vigilancia y control, entre otros.

Salud rural

La Ley 1751 de 2015, también conocida como Ley Estatutaria de Salud, establece en el artículo 24 que “el Estado deberá garantizar la disponibilidad de los servicios de salud para toda la población en el territorio nacional, en especial, en las zonas marginadas o de baja densidad poblacional (...)”. Asimismo, enfatiza que “en zonas dispersas, el Estado deberá adoptar medidas razonables y eficaces, progresivas y continuas, para garantizar opciones con el fin de que sus habitantes accedan oportunamente a los servicios de salud que requieran con necesidad”.

Para ello, se han adoptado diversas disposiciones que incorporan un enfoque territorial y buscan reconocer las barreras específicas que enfrenta la ruralidad en el acceso a los servicios de salud. Los artículos 5 de la Ley Estatutaria de Salud y 65 de la Ley 1753 de 2015 ordenan al Estado formular y adoptar políticas de salud teniendo en consideración la coordinación entre los diferentes agentes del sistema y la adaptación al ámbito territorial.

Ruralidad en las Políticas de Atención Integral en Salud.

A raíz de las leyes 1751 y 1753, la Resolución 429 de 2016 adoptó la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), cuyas estrategias incluyeron el enfoque de salud

familiar comunitaria, el cuidado, la gestión integral del riesgo y el enfoque diferencial para los distintos territorios y poblaciones. De acuerdo con el Decreto 1599 de 2022, esta Política tiene una estrecha relación con la APS y se encuentra articulada a instrumentos como el Plan Decenal de Salud Pública.

El modelo operacional de la PAIS fue en un principio el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS). Posteriormente, la Resolución 2626 de 2019, además de modificar aspectos generales de la Política, lo reemplazó por el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), fundamentándose, por un lado, en que era necesario complementar la política con acciones específicas que consideraran las prioridades de salud de cada territorio, y por otro, en que el MAIS había evidenciado brechas de implementación tanto entre territorios como al interior de ellos. Las líneas de acción del nuevo modelo incluyen el aseguramiento, la salud pública, la prestación de servicios de salud, el talento humano en salud, el financiamiento, el enfoque diferencial, la intersectorialidad y la gobernanza.

Si bien la PAIS y el MAITE poseen un enfoque territorial transversal, se debe mencionar que las áreas rurales son referidas de manera explícita en la línea de prestación de servicios de salud y en la de talento humano en salud. En la primera, se resalta la necesidad de que en estas zonas existan mecanismos encaminados a la información, comunicación y transporte de personas entre la red de prestación de servicios conformada por los aseguradores y las entidades departamentales y distritales de salud. En la segunda, se hace énfasis en la gestión, organización y operación de equipos multidisciplinarios para la salud, especialmente en el componente primario y con la vinculación de agentes comunitarios.

Salud rural en el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social

La relevancia del enfoque territorial en la PAIS se reitera en la parte 11 del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social (Decreto 780 de 2016), adicionada por el Decreto 1599 de 2022. En él se crean las áreas geográficas para la gestión en salud como un instrumento necesario para adaptar las acciones de los agentes del Sistema de Salud y la PAIS a las diferentes realidades del territorio nacional. De acuerdo con el parágrafo del artículo 2.11.4, estas áreas son definidas por el MSPS a partir de métodos y algoritmos de estadística espacial que consideran: i) la tipología de municipios y distritos usando variables socioeconómicas; ii) el ajuste de modelos de territorialización basada en la cercanía entre municipios o distritos de distintas tipologías; iii) la validación de divisiones territoriales basadas en distancias y diferencias de capacidades territoriales.

En relación con la estrategia de APS, cabe mencionar que el artículo 2.11.3 del Decreto 780 de 2016 estipula que, en la implementación del Plan Decenal de Salud Pública, el MSPS definirá las prioridades y metas a nivel de las áreas geográficas para la gestión en salud, teniendo en cuenta el comportamiento demográfico y epidemiológico de la población y sus determinantes sociales.

Para la identificación de las necesidades de salud a nivel territorial, el artículo 2.11.7 del Decreto 780 de 2016 establece que el MSPS “desarrollará una herramienta que permita la interoperabilidad de las herramientas y fuentes de información, para describir, analizar y consultar las necesidades de la población por cada uno de los agentes del Sistema de Salud”. Con base en este ejercicio, serán configurados y caracterizados los grupos de riesgo y los eventos de alto costo, usando criterios como: “i) años de vida ajustados por discapacidad, ii) la prevalencia e incidencia de las enfermedades; iii) el exceso de mortalidad atribuida a las diferentes enfermedades, iv) carácter permanente o crónico de la enfermedad, v) enfermedades que superen el umbral del gasto total en el sistema general de seguridad social en salud”. Respecto a las patologías de alto costo, es importante resaltar que el parágrafo 4 del artículo 2.11.8 abre la posibilidad de que el MSPS determine metodologías que permitan ajustar la UPC ex post o ex ante con el fin de garantizar la equidad en el acceso y financiamiento de los servicios de salud.

El Decreto 780 de 2016 también incluye dentro de su articulado los criterios específicos para distribuir los recursos del Sistema General de Participaciones (SGP) destinados a salud pública y subsidio a la oferta. Entre estos criterios, las zonas rurales tienen un reconocimiento explícito. En el subcomponente de Acciones de Salud Pública, la ruralidad representa el 5% del total de recursos, asignados según la proporción del índice de ruralidad de cada municipio, distrito o área no municipalizada en comparación con el total nacional. Esto implica que las áreas con mayor población rural reciben una proporción adicional, buscando fortalecer su capacidad para realizar acciones específicas de salud pública. En el subcomponente de Subsidio a la Oferta, la ruralidad tiene una importancia aún mayor, representando el 22% del total de recursos destinados. Estos fondos se distribuyen en función del índice de ruralidad específico de cada territorio, destacando que las zonas rurales enfrentan mayores retos para garantizar la sostenibilidad y accesibilidad a los servicios de salud esenciales. Este decreto además establece mecanismos especiales para departamentos y áreas geográficamente aisladas, como Amazonas, Guainía, Vaupés y el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Para estos últimos, por ejemplo, se aplican ajustes metodológicos en el cálculo de ruralidad y densidad poblacional, tomando el promedio de las entidades territoriales que superan la media nacional. Esto garantiza que dichos departamentos reciban una asignación adecuada de recursos conforme a su dispersión geográfica.

Planes Nacionales de Salud Rural

Adicional a la PAIS, otra de las grandes iniciativas para el mejoramiento del acceso a la salud en áreas rurales es el Plan Nacional de Salud Rural (PNSR). En el contexto del Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera, particularmente en el Numeral 1.3.2.1, el Gobierno Nacional asumió el compromiso de desarrollar e implementar medidas orientadas a impulsar

el progreso rural en el país. Estas acciones tuvieron como objetivo principal eliminar la pobreza, fomentar la equidad y garantizar el pleno ejercicio de los derechos ciudadanos. En este sentido, el Acuerdo Final estableció la obligación del Gobierno de diseñar y poner en marcha un Plan Nacional de Salud Rural. El Decreto 893 de 2017 dispuso que los Planes Nacionales Sectoriales, incluido el Plan Nacional de Salud Rural, debían priorizar su implementación en las zonas que conformaban los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET). Aunque en el 2019 el MSPS publicó un borrador de resolución que adoptaría el Plan Nacional de Salud Rural – PNSR y establecería la ruta metodológica para su implementación, este no se materializó. Sin embargo, en 2021, la Unidad de Implementación del Acuerdo de Paz publicó un PNSR como parte de uno de los Planes Nacionales Sectoriales. Su aplicación inicia desde el 2021 y propone una estrategia hasta el 2031 priorizando los 170 municipios con mayores niveles de pobreza, mayor debilidad institucional, más afectados por el conflicto armado y con presencia de cultivos de uso ilícito de acuerdo con el Decreto 893 de 2017.

Las estrategias o líneas de acción contempladas por el Plan son: i) la construcción e implementación de un Modelo Especial de Salud para las zonas rurales; ii) el aumento de la cobertura del aseguramiento en las zonas rurales; iii) el fortalecimiento de la oferta de los servicios de salud en el campo colombiano; iv) las estrategias de priorización en salud pública para el posconflicto; v) el diseño e implementación de un sistema de seguimiento y evaluación. Las acciones incluidas en cada una de ellas están pensadas para ser articuladas con la PAIS y el Plan Decenal de Salud Pública.

La financiación del PNSR ha sido regulada por el MSPS a través de la Resolución 555 de 2022, modificada por la Resolución 1222 de 2024. En ellas se dictan los criterios que deben cumplir las entidades territoriales o ESE para recibir recursos del Presupuesto General de la Nación en la implementación del Plan y de otras intervenciones en salud. Igualmente, se crea un Comité Asesor para la Asignación de Recursos (CAAR) con el fin de que analice las propuestas de las entidades mencionadas y brinde recomendaciones al MSPS sobre la asignación de presupuesto (artículo 4, Resolución 555 de 2022).

Cabe anotar que el pasado 8 de abril de 2024, el ministro Guillermo Alfonso Jaramillo Martínez anunció en medios de comunicación que el Gobierno Nacional emitiría una serie de decretos para modificar el sistema de salud, entre ellos, un decreto que definiría un nuevo PNSR. El borrador de este decreto fue publicado por el MSPS en agosto de 2024 para recibir comentarios por parte de la ciudadanía y demás actores interesados. El borrador de decreto propone adoptar el PNSR como política de salud para la población rural colombiana, en cumplimiento del Acuerdo Final de Paz y la Reforma Rural Integral. Esta propuesta define proyectos, inversiones y medidas para garantizar el derecho fundamental a la salud en zonas rurales, planteando priorizar inicialmente municipios PDET, ZOMAC, PNIS y RRA, para luego expandirse progresivamente a toda la ruralidad del país.

La propuesta de decreto sugiere establecer un Modelo Especial de Salud Pública para la Ruralidad fundamentado en la APS y enfoques diferenciales, con seis componentes principales: Redes Integradas de Servicios de Salud, infraestructura y dotación, fortalecimiento del personal de salud, participación comunitaria, enfoque diferencial y de género, y sistemas de seguimiento y evaluación. El borrador contempla una estructura de gobernanza que sería liderada por el MSPS, con comités institucionales y mesas técnicas territoriales que garantizarían la participación de las comunidades rurales. La propuesta incluye el fortalecimiento del talento humano mediante el aumento de plazas de servicio social obligatorio y formación de auxiliares/promotores comunitarios. Respecto al financiamiento, sugiere combinar recursos del Sistema de Salud, Sistema General de Participaciones, Presupuesto General de la Nación, regalías, cooperación internacional y mecanismos como obras por impuestos.

Este proyecto de decreto también incluye disposiciones específicas para garantizar la atención con enfoque de género, particularmente para la salud sexual y reproductiva de las mujeres rurales. Finalmente, propone mecanismos de seguimiento, evaluación e inspección, vigilancia y control a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud para garantizar el cumplimiento efectivo de esta política una vez sea formalmente adoptada.

Cabe anotar que la fecha de este reporte, marzo de 2025, el decreto que establece el Plan Nacional de Salud Rural aún no se ha firmado, por lo que no ha entrado en vigencia.

Planes de Intervenciones Colectivas

En 2023, el MSPS emitió una resolución para modificar las disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y las directrices para la para la elaboración, ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC). La Resolución 295 de 2023 incluyó los conceptos de enfoque territorial, EBS, macroterritorios de salud y territorio, mientras eliminó la mención al enfoque de curso de vida. El artículo 11 también fue modificado de forma que se diera una descentralización de funciones: la adquisición y distribución de vacunas, antes bajo responsabilidad del MSPS, se transfieren a departamentos y municipios. Adicionalmente, se establece la obligación de articular acciones con los EBS, se exige a los departamentos diseñar lineamientos operativos con costos, indicadores y soportes auditables, y se obliga a los municipios a publicar resultados de monitoreo en sus portales web.

Otro cambio reciente producto de la Resolución 295 es la introducción de microterritorios priorizados, no incluido previamente. Se mantiene la priorización para contratar con ESE e IPS indígenas locales y se permite la contratación a ESE de otros municipios, así como a entidades privadas, ONG y universidades cuando sea necesario. El artículo 18 exige la conformación de EBS y añade la obligación de complementar

las intervenciones individuales con instrumentos de caracterización familiar, identificación de riesgos, seguimiento a servicios de salud y planes de cuidado individual/familiar. Además, especifica que las estrategias rurales deben articularse con las intervenciones de las EPS (antes se mencionaba a la población rural dispersa pero no la articulación con las EPS). Por último, se añade el requisito de reportar el Registro Individual de Prestaciones de Salud (RIPS) con CUPS, lo cual no estaba presente anteriormente.

Enfermedades de Alto Costo

La gestión de patologías y tratamientos de alto costo en Colombia tiene sus raíces en la Ley 100 de 1993, que estableció el marco inicial para identificar y manejar estas condiciones dentro del sistema de salud. Para abordar estos desafíos de manera efectiva y equitativa, se constituyó la Cuenta de Alto Costo (CAC) mediante el Decreto 2699 de 2007, configurándola como una estrategia fundamental del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Este organismo fue diseñado específicamente para neutralizar la selección de riesgos entre aseguradoras y evitar la discriminación de pacientes con condiciones costosas, implementando un mecanismo de redistribución de recursos entre todas las aseguradoras de salud, quienes participan de manera obligatoria en la CAC.

Los instrumentos normativos que sustentan la operación de la CAC se han desarrollado y refinado progresivamente. La Ley 1122 de 2007 configuró las bases fundamentales para la creación de un mecanismo de administración financiera destinado a cubrir enfermedades ruinosas y catastróficas. Posteriormente, el Decreto 780 de 2016, como norma compilatoria del sector salud, profundizó en la reglamentación operativa de la CAC, abarcando aspectos cruciales como la gestión de recursos financieros, las actividades de evaluación, el monitoreo del desempeño del sistema y la recolección sistemática de datos de los pacientes. De manera complementaria, la Resolución 247 de 2014 estableció las responsabilidades específicas de la CAC en el registro y consolidación de información sobre pacientes oncológicos, contribuyendo así a la construcción de un panorama epidemiológico robusto y preciso.

El soporte financiero de la CAC proviene de los aportes de las EPS, tanto del régimen contributivo como del subsidiado, aspecto regulado principalmente por el Decreto 780 de 2016. Este instrumento normativo determina que un porcentaje específico (4%) de estos recursos se destina al funcionamiento administrativo y operativo de la entidad.

En el ámbito de sus competencias técnicas, la CAC examina y propone mecanismos de ajuste por riesgo fundamentados en mediciones epidemiológicas objetivas, reconociendo los beneficios alcanzados mediante la gestión efectiva de riesgos. Sus responsabilidades incluyen la implementación de mecanismos financieros de redistribución establecidos por los Ministerios de Salud y Hacienda, buscando mantener el equilibrio entre las EAPB del Sistema. En materia de gestión de información, la

entidad desarrolla metodologías técnicamente robustas para el censo de pacientes con patologías de alto costo y estructura un sistema de información que facilita el flujo de datos desde las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) hacia todos los actores del sistema.

La definición de las patologías consideradas de alto costo se concretó mediante las Resoluciones 2565 de 2004 y 3974 de 2009, estableciendo un catálogo que permanece vigente hasta la actualidad. Este conjunto incluye la enfermedad renal crónica, diversos tipos de cáncer como el de cérvix, mama, estómago, colon, recto y próstata, así como leucemias linfóide y mielóide aguda, linfomas Hodgkin y no Hodgkin, epilepsia, artritis reumatoide y VIH/SIDA. La CAC ha consolidado mecanismos especializados de seguimiento para algunas de estas condiciones, concentrando sus esfuerzos particularmente en la enfermedad renal crónica y sus precursoras (diabetes mellitus e hipertensión arterial), VIH/SIDA, hemofilia y otras coagulopatías, artritis, hepatitis C y los tipos priorizados de cáncer.

La ampliación de coberturas se materializó a través de la Resolución 2292 de 2021 del Plan de Beneficios en Salud, incorporando una gama integral de procedimientos especializados. Este marco normativo contempla diversos tipos de trasplantes (renal, corazón, hígado, médula ósea, páncreas, pulmón, intestino, multivisceral y córnea), atención de insuficiencia renal tanto aguda como crónica, intervenciones quirúrgicas para enfermedades cardíacas y del sistema nervioso central, corrección de hernias de núcleo pulposo, reemplazos articulares, atención integral del gran quemado, manejo del trauma mayor, y servicios especializados en unidades de cuidados intensivos.

En el panorama actual del SGSSS la CAC opera como un organismo técnico no gubernamental que articula la participación de actores públicos y privados. Sus competencias abarcan la administración de información, la gestión del riesgo financiero y el desarrollo de mecanismos de compensación entre aseguradoras para el manejo de estas patologías complejas. Su funcionamiento continúa rigiéndose por el marco normativo establecido, que comprende desde la Ley 100 de 1993 hasta la Resolución 2292 de 2021, coordinando la atención de las patologías y procedimientos definidos como de alto costo en el territorio nacional.

Además del marco normativo general que regula la CAC y sus mecanismos de operación, cada patología considerada de alto costo cuenta con disposiciones específicas que atienden sus particularidades clínicas, operativas y administrativas. Este desarrollo normativo diferenciado permite una gestión más precisa y efectiva de cada condición, considerando sus características epidemiológicas, necesidades terapéuticas y requerimientos particulares de seguimiento y control.

Marco normativo sobre VIH

Las bases normativas para la atención del VIH/SIDA en Colombia se fundamentan en la Ley 972 de 2005, que declaró esta patología como prioridad de interés nacional.

Este instrumento legal configura las bases para la atención integral, determinando obligaciones específicas tanto para el Estado como para el SGSSS en materia de suministro de medicamentos, reactivos y dispositivos médicos necesarios para el diagnóstico y tratamiento. Una característica distintiva de esta normativa radica en la incorporación de garantías fundamentales para los pacientes, incluyendo la prohibición explícita de negar servicios de salud a personas que viven con VIH/SIDA, respaldada por un régimen sancionatorio para las entidades que incumplan estas disposiciones.

El sistema de información y seguimiento epidemiológico se estructuró inicialmente mediante la Resolución 4725 de 2011, posteriormente refinada por la Resolución 783 de 2012, que implementó un esquema estructurado de reporte a la CAC. Dicho marco experimentó una actualización significativa con la Resolución 273 de 2019, que introdujo mejoras sustanciales en el sistema de reporte, armonizándolo con las guías de práctica clínica vigentes y ampliando su alcance para incluir entidades como la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios y el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario, reconociendo así la necesidad de una cobertura que alcance a poblaciones institucionalizadas.

Un avance significativo en materia diagnóstica se materializó con la Resolución 2338 de 2013, que democratizó el acceso a pruebas rápidas de VIH al autorizar su realización por profesionales de la salud y auxiliares de enfermería debidamente capacitados, en entornos diferentes al laboratorio clínico tradicional. Esta disposición mantiene el énfasis en la asesoría pre y post prueba, estableciendo un equilibrio entre accesibilidad y calidad en el proceso diagnóstico.

La viabilidad financiera del sistema para la atención del VIH encuentra su respaldo en la Resolución 1912 de 2015, que articula mecanismos específicos para el cálculo, giro y distribución de recursos de la CAC, complementada por la Resolución 5036 del mismo año que establece los plazos para estas operaciones financieras. Este esquema financiero se diseñó para incentivar la detección temprana y asegurar la continuidad en el tratamiento, vinculando la asignación de recursos con indicadores de gestión del riesgo y resultados en salud.

Los desarrollos normativos más recientes, contenidos en la Resolución 2164 de 2024, incorporan novedades en la gestión del suministro de medicamentos anti-retrovirales, estableciendo criterios para su compra centralizada y distribución, en articulación con las poblaciones definidas en la Resolución 1579 de 2023.

Marco normativo sobre la hemofilia

Los fundamentos normativos para la atención de la hemofilia en Colombia se establecieron mediante la Resolución 123 de 2015, que instauró las bases para la gestión sistemática de información sobre esta patología. Este instrumento implementa un mecanismo obligatorio de reporte que integra a todos los actores del sistema de

salud, incluyendo IPS, EAPB y autoridades territoriales, quienes deben proporcionar información detallada a la CAC.

El componente financiero del marco normativo contenido en la Resolución 975 de 2016, que introdujo un esquema de financiación específicamente diseñado para la Hemofilia A Severa, reconocida como enfermedad huérfana. Esta disposición configura un sistema de solidaridad financiera basado en la gestión compartida del riesgo, donde las EPS aportan un porcentaje de sus recursos UPC a un fondo común. El mecanismo de distribución se fundamenta en un modelo matemático que contempla la prevalencia de la enfermedad y la población afiliada, estableciendo así un sistema equitativo de redistribución que beneficia a las entidades con mayor concentración de pacientes. Este diseño no solo aborda la sostenibilidad financiera del tratamiento, sino que también sienta las bases para incorporar indicadores de resultados en salud.

La implementación práctica del esquema financiero se materializa mediante una serie de resoluciones, en donde destacan las Resoluciones 1839 de 2019, 1770 de 2021 y 861 de 2023, que representan la aplicación concreta del mecanismo establecido en la Resolución 975. Estos instrumentos normativos traducen el marco general en acciones específicas, determinando los montos exactos que cada EPS debe aportar y recibir durante cada vigencia fiscal. El método de cálculo se sustenta en la información más reciente reportada y auditada por la CAC, garantizando que la distribución de recursos responda a la realidad epidemiológica y financiera vigente.

Marco normativo sobre enfermedades huérfanas

El marco normativo aplicable para las enfermedades huérfanas en Colombia es la Ley 1392 de 2010, que reconoce estas patologías como un asunto prioritario de salud pública. Este instrumento legislativo no solo aportó la primera definición formal de enfermedades huérfanas en el contexto colombiano, sino que también configuró un marco integral sustentado en principios de universalidad, solidaridad, corresponsabilidad e igualdad. Esta Ley introduce un mecanismo de aseguramiento diferenciado, que reconoce explícitamente las particularidades de estas patologías en términos de su baja prevalencia y los elevados costos asociados a su atención.

El desarrollo normativo continuó con la Ley 1438 de 2011, que cambió la conceptualización de estas patologías mediante una modificación sustancial del artículo 140, incorporando criterios específicos de clasificación que contemplan su naturaleza crónicamente debilitante, su gravedad, y el umbral epidemiológico de prevalencia inferior a 1 por cada 5.000 personas. Esta precisión conceptual encontró su complemento operativo en el Decreto 1954 de 2012, que estructuró el sistema de información de pacientes, implementando un marco robusto para la recolección y gestión de datos epidemiológicos a través del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA).

Un avance significativo en la infraestructura institucional se materializó con la Resolución 651 de 2018, que instauró una red estructurada de centros de referencia para

diagnóstico y tratamiento. Este instrumento no solo definió estándares rigurosos de habilitación, sino que también estableció las bases para la conformación de redes especializadas de atención, reconociendo la necesidad de concentrar la experticia clínica y los recursos tecnológicos necesarios para el manejo de estas condiciones complejas.

El componente de gestión y monitoreo del marco normativo ha evolucionado mediante sucesivas actualizaciones del listado oficial de enfermedades huérfanas, alcanzando su versión más reciente en la Resolución 23 de 2023, que reconoce 2,236 patologías. Este proceso de actualización se fortalece con la Resolución 946 de 2019, que robusteció el Registro Nacional de Pacientes e implementó mecanismos flexibles para el diagnóstico mediante juntas médicas, atendiendo así los desafíos prácticos en la confirmación diagnóstica de estas condiciones complejas.

El aspecto en la gobernanza del sistema se consolidó mediante la Resolución 1871 de 2021, que constituyó la Mesa Nacional de Enfermedades Huérfanas/Raras como espacio de convergencia entre actores gubernamentales, académicos y de la sociedad civil. Este mecanismo participativo se articula con el Plan Nacional de Gestión para las Enfermedades Huérfanas/Raras de 2024, que proporciona un marco estratégico integral para la prevención, detección temprana, tratamiento y rehabilitación.

Los avances más recientes del marco normativo incluyen elementos significativos en prevención temprana, ejemplificados por la Ley 1980 de 2019 y la Resolución 207 de 2024, que estructuran y operacionalizan el programa de tamizaje neonatal. El Plan Nacional de Gestión para las Enfermedades Huérfanas/Raras de 2024 consolida estos avances a través de cinco líneas estratégicas fundamentales: el fortalecimiento de la gestión integral del riesgo en salud, la organización de la atención integral mediante centros de referencia especializados, la promoción de la inclusión y participación social, el desarrollo del conocimiento y sistemas de información, y el establecimiento de mecanismos sostenibles de financiación. Este instrumento de política pública articula la participación de diversos actores, desde entidades gubernamentales hasta organizaciones de la sociedad civil, configurando un marco comprehensivo para abordar los desafíos específicos que enfrentan los pacientes con enfermedades huérfanas en el sistema de salud colombiano.

Marco normativo sobre cáncer

El marco normativo para la atención del cáncer en Colombia encuentra sus bases en la Ley 1384 de 2010, conocida como Ley Sandra Ceballos, que estableció esta patología como prioridad nacional en salud pública. Este instrumento fundamental introduce un paradigma integral que abarca desde la prevención hasta los cuidados paliativos, incorporando elementos estructurales como las Unidades Funcionales y el control integral del cáncer. Su relevancia radica en la configuración de una estructura institucional comprehensiva que vincula a todos los actores del SGSSS, estableciendo responsabilidades específicas y mecanismos de coordinación para garantizar una atención coherente y efectiva en todo el territorio nacional.

Un marco específico de protección para la población pediátrica se materializó inicialmente con la Ley 1388 de 2010, posteriormente fortalecido por la Ley 2026 de 2020. Esta evolución normativa representa un avance significativo en la eliminación de barreras administrativas para el acceso a servicios de salud, destacando la supresión de autorizaciones previas. Este desarrollo legislativo se complementa con la Resolución 2263 de 2020, que implementa una estructura de gobernanza especializada mediante el Consejo Nacional Asesor en Cáncer Infantil y sus contrapartes territoriales, configurando así un sistema articulado de toma de decisiones enfocado en las necesidades específicas de esta población vulnerable.

El componente de información y vigilancia epidemiológica se consolida mediante la Resolución 4496 de 2012, que estructura el Sistema Nacional de Información en Cáncer como una red integrada de fuentes de datos. Este sistema incorpora registros de actividades, RIPS, estadísticas vitales y reportes de diversas entidades, fortaleciéndose con las Resoluciones 247 y 890 de 2014, que establecen mecanismos específicos de reporte a la CAC.

La dimensión operativa y de prestación de servicios encuentra su desarrollo a través de la Resolución 1441 de 2016, que define los parámetros para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud, incluyendo servicios oncológicos específicos. Esta estructura se enriquece con la Resolución 1868 de 2015, que configura la Red Virtual de las Unidades de Atención de Cáncer Infantil, estableciendo un sistema interconectado de atención especializada que optimiza recursos y experticia en beneficio de los pacientes pediátricos.

El aspecto financiero del marco normativo se articula mediante las Resoluciones 3339 de 2019 y 1620 de 2020, que implementan mecanismos específicos para el cálculo y distribución de recursos de la Unidad de Pago por Capitación, con énfasis en cánceres priorizados. Este diseño busca garantizar la sostenibilidad financiera de la atención, y también incorpora incentivos para la gestión efectiva del riesgo y la optimización de resultados terapéuticos.

Los desarrollos normativos más recientes, contenidos en la Ley 2360 de 2024, firmada el 14 de junio de ese año, amplían el alcance de la protección especial a todas las personas con sospecha o diagnóstico de cáncer, reconociendo las vulnerabilidades específicas de esta población. Esta evolución del marco regulatorio refleja el compromiso continuo del sistema de salud con el mejoramiento de la atención oncológica en Colombia, adaptándose a las necesidades cambiantes y los avances en el conocimiento médico.

El 2 de julio de 2024, el MSPS, junto con el Instituto Nacional de Cancerología y la Superintendencia Nacional de Salud, emitieron la Circular 10 de 2024 para poner en marcha un “Plan de Choque” relativo al control del cáncer en Colombia. Este plan se centra en cánceres de alta incidencia y mortalidad (mama, cuello uterino, colorrectal, próstata, gástrico e infantil) y buscó mejorar la gestión integral de estos,

desde la prevención hasta el tratamiento y seguimiento, mediante acciones como el fortalecimiento del registro y reporte de información. Así mismo, le instruye a las EPS e IPS garantizar la disponibilidad de recursos, agilizar trámites y eliminar barreras administrativas para el acceso oportuno a la atención, incluyendo el reporte oportuno de escasez o desabastecimiento de medicamentos.

Marco normativo sobre artritis reumatoide

La configuración normativa para la artritis reumatoide en Colombia se fundamenta en la Resolución 1393 de 2015, que instaura un sistema integral de vigilancia y seguimiento epidemiológico mediante el reporte obligatorio a la CAC. Este instrumento representa un avance significativo en la gestión de la enfermedad al implementar una infraestructura de información que integra a todos los actores del sistema de salud, desde las EAPB hasta las direcciones territoriales de salud, estableciendo un mecanismo coordinado para la recopilación, consolidación y análisis de datos epidemiológicos críticos.

El diseño operativo del sistema de información se sustenta en una estructura jerárquica claramente definida, donde cada nivel cumple funciones específicas y complementarias. Las direcciones municipales de salud actúan como primer eslabón en la cadena de información, recolectando y consolidando datos de pacientes no afiliados al SGSSS, que posteriormente se integran a nivel departamental y distrital. De manera paralela, las EAPB gestionan la información proveniente de su red de prestadores, mientras que las IPS alimentan este sistema con datos primarios, generando un flujo bidireccional que culmina en la CAC, entidad responsable de la consolidación, auditoría y transmisión final al MSPS.

La dimensión procedimental y temporal se estructura mediante un ciclo anual de reporte con fechas específicas establecidas (30 de septiembre, con corte a 30 de junio), operacionalizado a través de un aplicativo web que facilita la sistematización de la información. Este proceso incorpora mecanismos de control de calidad, incluyendo certificaciones de veracidad por parte de los representantes legales de las entidades que reportan y procesos sistemáticos de validación y auditoría. La transparencia del sistema se busca garantizar mediante la publicación de resultados estadísticos en las plataformas digitales oficiales del MSPS y la CAC.

El marco legal se complementa con la Resolución 3974 de 2009, que categoriza la artritis reumatoide como enfermedad de alto costo, y la Ley 1438 de 2011, específicamente en su artículo 114, que establece las bases generales para la gestión de información en el sistema de salud. Este entramado normativo trasciende la mera recopilación de datos, configurando un sistema de monitoreo que permite evaluar la gestión de las entidades, fundamentar la distribución de recursos y generar incentivos para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención. La protección de datos personales se integra como elemento esencial, estableciendo salvaguardas

específicas para el manejo de información sensible y asignando responsabilidades de vigilancia y control a la Superintendencia Nacional de Salud y las autoridades territoriales.

Marco normativo sobre Hepatitis C

La estructura normativa específica para la atención de la Hepatitis C crónica en Colombia incluye la Resolución 1692 de 2017, que introduce un modelo de gestión centralizada para el acceso a medicamentos y seguimiento de pacientes. Este instrumento aborda la enfermedad al implementar un sistema de compra centralizada a través del Fondo Rotatorio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), estableciendo así un mecanismo para la adquisición de tratamientos y la promoción de la equidad en el acceso a medicamentos de alto costo.

El componente operativo del sistema se fundamenta en un marco de prescripción basado en evidencia, donde las decisiones terapéuticas se alinean con las Guías de Práctica Clínica establecidas por el MSPS. Este diseño estructurado incorpora criterios específicos para determinar cantidades y tipos de medicamentos a adquirir, integrando variables epidemiológicas, patrones de recobro, evidencia científica actualizada e impacto terapéutico, todo ello dentro del marco de las restricciones presupuestarias existentes.

La arquitectura financiera y logística se integró normativamente desde un inicio mediante recursos de la Subcuenta de Compensación del entonces Fondo de Solidaridad y Garantías (FOSYGA) con aportes territoriales, implementando un mecanismo de distribución que utiliza la infraestructura del operador logístico del MSPS. La asignación de medicamentos a las EPS se sustenta en un sistema de información que articula los datos del SIVIGILA con procesos de verificación por parte de las aseguradoras, configurando así un ciclo de distribución basado en necesidades documentadas.

Un refinamiento significativo del marco normativo se materializa en la Resolución 1621 de 2020, que delega en la ADRES la responsabilidad de la compra directa de medicamentos, mientras mantiene en el MSPS la supervisión técnica y epidemiológica. Esta modificación estructural se implementa mediante convenios interadministrativos que establecen una delimitación precisa de responsabilidades y mecanismos de coordinación.

Marco normativo sobre enfermedad renal crónica

La estructura normativa para la Enfermedad Renal Crónica (ERC) en Colombia se fundamenta inicialmente en la Resolución 3442 de 2006, que introduce un modelo de atención basado en evidencia. Este instrumento fundamental establece las Guías de Práctica Clínica como referente obligatorio para la toma de decisiones en todas las entidades del SGSSS, configurando así una base para la estandarización de la atención en el territorio nacional.

El componente financiero del sistema toma forma mediante la Resolución 2565 de 2007, que marca un punto de inflexión al clasificar la ERC en fase cinco como enfermedad de alto costo, reconociendo su impacto económico en el sistema de salud. Esta categorización conduce al establecimiento de un mecanismo especializado de financiación a través de la CAC, creando un sistema que garantiza la sostenibilidad financiera y reconoce la interrelación de la ERC con otras patologías prioritarias, particularmente las nefropatías diabética e hipertensiva.

La gestión de información y vigilancia epidemiológica se estructura a través de la Resolución 4700 de 2008, que implementa un sistema de reporte periódico por parte de las Entidades Promotoras de Salud y demás Entidades Obligadas a Compensar. Este marco se complementa con el Decreto 861 de 2010, que introduce una metodología para el ajuste de la desviación de siniestralidad, buscando equilibrar las cargas financieras entre las entidades del sistema.

La dimensión de equidad y eficiencia operativa se consolida mediante el Acuerdo 388 de 2008, que implementa un sistema de coeficientes de alto costo y factores de ajuste (K) para la distribución de recursos entre las EPS. Este mecanismo de compensación se perfecciona a través de la Resolución 3394 de 2014, que operacionaliza los ajustes de siniestralidad para períodos específicos, configurando un sistema dinámico que responde a las variaciones en prevalencia y costos de atención.

El componente prestacional del marco normativo experimenta un fortalecimiento significativo con la Circular 38 de 2016, que establece lineamientos específicos para mejorar la atención de personas con sospecha o diagnóstico de ERC. A esta directriz se suma la Resolución 1441 de 2016, que define estándares y criterios para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud. Este marco operativo no solo establece requisitos mínimos para la prestación de servicios, sino que también configura una estructura en red que facilita la continuidad y coordinación de la atención.

Telemedicina

La regulación de la telemedicina en Colombia se fundamenta en un marco jurídico que parte de la Ley 1751 de 2015, conocida como Ley Estatutaria de Salud. Esta normativa consolida la salud como derecho fundamental y establece las bases para garantizar el acceso a servicios y tecnologías sanitarias integrales para toda la población, incluyendo modalidades de atención a distancia. En este contexto, la Ley 1419 de 2010 emerge como la base de este tipo de atención al establecer los lineamientos específicos para el desarrollo de la telesalud en el territorio nacional. Esta ley define la telesalud como el conjunto de actividades relacionadas con la salud, servicios y métodos que se llevan a cabo a distancia mediante tecnologías de la información y comunicaciones. Su implementación se rige por principios fundamentales como la eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y calidad, facilitando particularmente el acceso a servicios de salud en zonas rurales y dispersas del país.

La Resolución 2654 de 2019 profundiza en las disposiciones específicas para la práctica de la telemedicina, estableciendo cuatro modalidades principales de atención: la telemedicina interactiva, que permite la comunicación en tiempo real entre profesionales de salud y usuarios; la telemedicina no interactiva, basada en comunicación asincrónica; la teleexperticia, que facilita la comunicación entre profesionales de salud; y el telemonitoreo, destinado al seguimiento remoto de pacientes. Esta categorización permite adaptar los servicios a diferentes necesidades, incluyendo el manejo de enfermedades de alto costo que requieren seguimiento continuo.

La integración de estos servicios en el sistema de salud se complementa con la Ley 1438 de 2011, que establece las redes integrales de salud y promueve la coordinación de esquemas de comunicación electrónica. Esta normativa resulta especialmente relevante para garantizar la continuidad y calidad de la atención en todo el territorio nacional, incluyendo las zonas de difícil acceso.

En materia de historia clínica y protección de datos, el marco normativo nace con la Ley 23 de 1981 la que establece los fundamentos para el manejo de la historia clínica, mientras que la Ley 2015 de 2020 moderniza este marco al introducir la historia clínica electrónica interoperable. La protección de la información sensible de los pacientes se garantiza mediante la Ley 1581 de 2012, que establece los parámetros para el manejo de datos personales en el contexto del sistema de salud.

El aspecto financiero de la telemedicina se integra dentro del SGSSS, permitiendo que estos servicios sean cubiertos por los mecanismos financieros existentes, siempre que sean prestados por entidades debidamente habilitadas e inscritas en el Registro Especial de Prestadores de Salud (REPS). Este marco financiero busca garantizar la sostenibilidad y accesibilidad de los servicios de telemedicina para toda la población.

Reforma a la salud

El gobierno del presidente Gustavo Petro, que entró a regir el 7 de agosto de 2022, manifestó desde un comienzo su intención de presentar ante el Congreso de la República un proyecto de ley que hiciera una reforma sustancial al SGSSS, con un especial énfasis en cambios que permitan fortalecer la APS bajo un modelo preventivo y predictivo.

Primer intento de reforma

El 13 de febrero de 2023, el Gobierno Nacional, a través de la entonces ministra Carolina Corcho Mejía, radicó el proyecto de ley de reforma a la salud ante la Cámara de Representantes, en donde inició su trámite. En la propuesta inicial del Gobierno Nacional, el proyecto de reforma constaba de 152 artículos que planteaban un cambio importante en la estructura del actual sistema. En la propuesta se incluyó un artículo

especial para la prestación de servicios especiales para enfermedades raras, en donde se menciona la adquisición y distribución de medicamentos de alto costo para la atención de las mismas y en cuanto a la atención en salud en la ruralidad, el proyecto no incluyó un artículo central frente a este, sino que se menciona la ruralidad como criterio para la configuración de las Redes Integrales e Integradas de Salud (RIIS).

Este proyecto de ley fue acumulado con otras propuestas de reforma radicadas en ese momento y se le asignó el número PL 339 de 2023 (Cámara). El PL 339 C surtió su debate y votación tanto en la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la Cámara, en donde fue aprobado el 23 de mayo de 2023, como en la Plenaria de la Cámara de Representantes, en donde fue aprobado en segundo debate el 5 de diciembre de 2023. El proyecto siguió su trámite legislativo en la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, pero en esta instancia la ponencia positiva fue rechazada por la Comisión y luego se votó mayoritariamente su archivo, el 3 de abril de 2024. El Gobierno Nacional manifestó su desacuerdo con la decisión y anunció que volvería a presentar el proyecto en la próxima legislatura.

Segundo (y actual) intento de reforma

El 13 de septiembre de 2024, el Gobierno Nacional, esta vez a través del ministro Guillermo Alfonso Jaramillo Martínez, presentó ante la Cámara de Representantes una nueva versión de un proyecto de ley que reforme el SGSSS. La nueva propuesta incluyó 49 artículos en donde se mantuvo la intención general de implementar un sistema de salud centrado en la APS bajo un modelo preventivo y predictivo.

Frente a la ruralidad, el nuevo proyecto señaló la facultad de la ADRES para aplicar unidades de pago per cápita diferenciales para poblaciones rurales, dispersas y con mayores riesgos en salud, y de financiar soluciones de transporte para garantizar la oferta activa de servicios de salud de las poblaciones rurales y dispersas por parte de los equipos de salud territorial. El mismo artículo también propone que la ADRES destine recursos para el desarrollo e implementación del Plan Nacional de Salud Rural, que contaría con la asignación de recursos destinados a este propósito contenido en el punto 1 del Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera, además de otros que provengan de fondos de programas especiales para la paz, recursos de Cooperación Internacional, y demás recursos asignados para la construcción de salud y paz.

El proyecto también menciona incentivos para la prestación de servicios de salud en zonas rurales y dispersas. Finalmente, el proyecto propuesto por el Gobierno Nacional plantea la creación de Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud (UZPES) del orden departamental y distrital, como unidades funcionales o dependencias técnicas desconcentradas que garanticen el manejo técnico de los recursos y la asistencia técnica a los municipios para la planeación en salud. De acuerdo con la propuesta, en el desarrollo de capacidades de estas UZPES se daría

prioridad a las Entidades Territoriales con mayor ruralidad y dispersión poblacional.

Frente a las enfermedades de alto costo, la única mención explícita en la reforma propuesta plantea que serán las Gestoras de Salud y Vida (entidades de naturaleza privada, pública o mixta, con o sin ánimo de lucro, que surgen en virtud de la transformación de las EPS y que tienen como misión la gestión integral del riesgo en salud y operativo en el territorio de salud asignado) las encargadas de la prestación de servicios especializados para personas con enfermedades raras o huérfanas y enfermedades de alto costo, incluyendo su prevención, diagnóstico y manejo. En la sección que trata las disposiciones transitorias, el proyecto señala que la personas que, al momento de expedición de la Ley, se encuentren en cuidados permanentes o tengan alguna enfermedad crónica, de alto costo, rara o huérfana, continuarán siendo atendidos por las IPS públicas, privadas o mixtas de la complejidad que sea requerida y que los vienen atendiendo, haciendo énfasis en que los tratamientos no podrán ser suspendidos o interrumpidos.

A esta nueva propuesta de reforma a la salud se le acumuló otro proyecto de ley presentado ante la Cámara de Representantes y se asignó el número PL 312 de 2024 (Cámara), proyecto que fue debatido y aprobado en la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la Cámara el 18 de noviembre de 2024. A marzo de 2025, el PL 312 de 2024 se encuentra en trámite en la Comisión VII del Senado a espera de la votación positiva o negativa de la ponencia en tercer debate.

A diferencia de la versión presentada por el Gobierno Nacional, la versión modificada que se encuentra en trámite en la Comisión VII del Senado incluye algunas modificaciones importantes de interés para este proyecto. Por ejemplo, la versión que se discutiría en el tercer debate en la Comisión VII del Senado incluye un artículo exclusivo y muy extenso que define el Plan Nacional de Salud Rural (PNSR). La propuesta es la siguiente:

Artículo 58. Plan Nacional de Salud Rural (PNSR). En las zonas rurales y zonas rurales dispersas del país se garantizará la implementación del Plan Nacional de Salud Rural (PNSR), incluyendo además en sus priorizaciones a las subregiones, los municipios con Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET), Programa Nacional Integral de Sustitución de Cultivos de Uso Ilícito (PNIS) y Planes de Reforma Rural Agraria (RRA), o se encuentren o sean considerados como Zonas más Afectadas por el Conflicto Armado (ZOMAC), hasta llegar a la totalidad de los municipios que hacen parte de la ruralidad del país. Esta implementación se realizará con la participación de las organizaciones campesinas, víctimas del conflicto armado, comunidades rurales y comunidades étnicas presentes en los territorios rurales.

El Gobierno nacional reglamentará el PNSR. Dicho plan, será implementado dando cumplimiento al punto 1.3.2.1 del “Acuerdo Final para la Terminación

del Conflicto y la construcción de una paz estable y duradera” adoptado mediante el Acto Legislativo 02 de 2017, para ello se articulara con las estrategias de Atención Primaria en Salud, aseguramiento social en salud, los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), las sedes de atención descentralizados en salud rural, el enfoque de determinantes sociales, el enfoque territorial y diferencial y demás aspectos de la presente ley que permitan la formulación y gestión del PNSR.

Parágrafo 1. El Gobierno nacional en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social tendrá un plazo de seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley para la formulación e inicio de implementación del PNSR.

Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público asignarán y orientarán los recursos que propendan por el efectivo cumplimiento de las acciones e intervenciones estipuladas en el PNSR, de acuerdo al cálculo de costos según las características y necesidades de cada territorio, los cuales estarán dirigidos a garantizar el acceso en salud en el marco de las RIITS, la construcción, el mejoramiento de la infraestructura y la dotación en salud, la planificación y gestión del personal en salud para la ruralidad y la garantía de la calidad en salud para la atención de las personas, familias y comunidades que habitan en las zonas rurales y las zonas dispersas.

Por otra parte, el PL 312 de 2024 en su versión aprobada por la Plenaria de la Cámara propone también un artículo exclusivo para la definición de las Entidades de Salud del Estado Itinerantes, como prestadores de atención básica, preventiva y especializada dispuestas para zonas dispersas, alejadas de los centros urbanos, zonas rurales, o de difícil acceso geográfico. La propuesta del proyecto de ley es la siguiente:

Artículo 43. Entidades de Salud del Estado Itinerantes. Para las zonas dispersas, alejadas de los centros urbanos, zonas rurales, o de difícil acceso geográfico, operarán Entidades de Salud del Estado Itinerantes del orden nacional, que prestarán atención básica, preventiva y especializada; las cuales deberán contar con equipos de última tecnología, suministros médicos, medicamentos, equipos de diagnóstico y personal de salud con experiencia en atención a personas en entornos ambulantes.

Las Entidades de Salud del Estado Itinerantes podrán operar con el soporte logístico de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional que determine el Ministerio de Salud y Protección Social, demás deberá promover el acompañamiento de los Organismos Internacionales Protegidos por el Derecho Internacional Humanitario. La atención itinerante o ambulante se priorizará en los municipios vinculados los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET) y a los identificados como Zonas más Afectadas por el Conflicto Armado (ZOMAC).

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social implementará los mecanismos para que, en el marco de la operación de las Entidades de Salud del Estado Itinerantes, en articulación con ellas, se garantice el transporte multimodal “aéreo, marítimo, fluvial, terrestre” en departamentos fronterizos, insulares y de difícil acceso.

El proyecto actualmente en debate también menciona la necesidad de garantizar la dispensación de medicamentos en zonas rurales y de difícil acceso. Las demás disposiciones relativas a la atención en salud en las zonas rurales presentadas en la versión radicada por el Gobierno Nacional permanecen en el texto actualmente en votación, tales como la facultad de la ADRES para aplicar unidades de pago per cápita diferenciales, el destino recursos especiales para el desarrollo e implementación del Plan Nacional de Salud Rural, los incentivos para la prestación de servicios de salud en zonas rurales y dispersas y las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud (UZPES)

Frente a las enfermedades de alto costo, la última versión del proyecto de ley en trámite también incluye modificaciones importantes. El nuevo texto plantea un artículo único que trata la prestación de servicios de salud especiales para personas con enfermedades de alto costo como el cáncer y enfermedades huérfanas. Este es el artículo propuesto:

Artículo 38. Prestación de servicios de salud especiales para personas con enfermedades de alto costo como el cáncer y enfermedades huérfanas. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los mecanismos para que, en el marco de la organización de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), se garantice una Red Nacional de Atención en Salud para el diagnóstico, la adquisición y la distribución de medicamentos indispensables para el tratamiento de personas con enfermedades de alto costo como el cáncer y enfermedades huérfanas, sin importar la ubicación geográfica de la institución ni del paciente y se integren las instituciones, centros especializados y de referencia. Estas instituciones deberán diseñar e implementar programas de investigación científica tendientes a crear herramientas diagnósticas y generar evidencia en promoción de la salud, detección temprana, diagnóstico y tratamiento de estas enfermedades.

La prestación de servicios se realizará de forma integral mediante el modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo atendiendo de manera diferencial las necesidades de las personas con estas enfermedades desde la promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y acceso efectivo a tratamientos, terapias y procedimientos que se requieran, a través de la atención directa de pacientes o apoyándose en el uso de la telesalud u otras TIC para garantizar la asesoría, el manejo y la continuidad del tratamiento en el respectivo territorio, en articulación con

las Direcciones Territoriales de Salud, sus Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias y las Gestoras de Salud y Vida.

Parágrafo 1. En las RIITS la organización de la prestación de servicios a personas con enfermedades huérfanas estará articulada con el Plan Nacional para la Gestión de las Enfermedades Huérfanas/Raras y se podrá tener en cuenta la participación de la Mesa Nacional de Enfermedades Huérfanas/Raras con todos los actores que la conforman de acuerdo con lo dispuesto en la Resolución 1871 de 2021 o la que la modifique o sustituya.

Parágrafo 2. En todo momento, se deberá garantizar la continuidad e integridad en la atención de los pacientes en tratamiento y de los nuevos pacientes clasificados como casos probables, sospechosos o confirmados.

Parágrafo 3. Se deberá diseñar e implementar un programa de capacitación a los profesionales de la salud que hagan parte del proceso de atención de las personas a las que se refiere el presente artículo en promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y acceso efectivo a tratamientos, terapias, procedimientos en salud; y se deberá facilitar la consejería genética a las personas con enfermedades huérfanas.

La más reciente versión del PL 312 de 2024 también mantiene el rol de las Gestoras de Salud de Vida en la prestación, prevención, diagnóstico y manejo de las enfermedades de alto costo.

Síntesis de las propuestas relativas a la atención de enfermedades de alto costo en zonas rurales de la última versión de la reforma a la salud discutida en el Congreso de la República.

Entre las modificaciones más relevantes destaca la inclusión del artículo 58, que define específicamente el Plan Nacional de Salud Rural (PNSR). Este plan busca garantizar la implementación de servicios de salud en zonas rurales y dispersas, priorizando subregiones con programas como PDET, PNIS, RRA y zonas ZOMAC, contando con la participación activa de organizaciones campesinas, víctimas del conflicto y comunidades étnicas.

Por su parte, el artículo 43 establece las Entidades de Salud del Estado Itinerantes, diseñadas para operar en zonas alejadas de centros urbanos y de difícil acceso geográfico. Estas entidades prestarán atención básica, preventiva y especializada, contando con equipos de alta tecnología y personal calificado. Podrán funcionar con el soporte logístico de las Fuerzas Militares y de Policía Nacional, priorizando municipios vinculados a programas PDET y zonas ZOMAC, e implementando mecanismos de transporte multimodal para garantizar la accesibilidad en departamentos fronterizos, insulares y de difícil acceso.

El proyecto también incorpora modificaciones significativas para la atención de enfermedades de alto costo a través del artículo 38. Esta disposición establece una Red Nacional de Atención en Salud específica para el diagnóstico, adquisición y distribución de medicamentos indispensables para el tratamiento de enfermedades como el cáncer y enfermedades huérfanas. El proyecto de ley propone que la prestación de servicios se haga mediante un modelo preventivo, predictivo y resolutivo, atendiendo de manera diferencial las necesidades de estos pacientes e incorporando el uso de telesalud y TIC para garantizar la continuidad de los tratamientos.

Dentro de lo aprobado se puede destacar que las EPS pasarán a ser Gestoras de Salud y Vida, a estas se le reconocerá el cinco por ciento (5%) del valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) asignada para financiar la atención en salud de la población de la cual la Gestora participa en su atención integral (Cámara de Representantes, 2025).

El Presidente colombiano Gustavo Petro anunció el 12 de marzo del 2025 que convocará a una consulta popular para que los ciudadanos decidan en las urnas sobre la reforma laboral y a la salud, dos de las principales banderas de su Gobierno de izquierda que no han sido aprobadas por el Congreso.

Resumen de las normas

- **Leyes:** Este marco legal abarca desde la **Ley 100 de 1993**, que sentó las bases del sistema de salud colombiano, hasta la **Ley 2360 de 2024**, que amplía la protección a personas con sospecha o diagnóstico de cáncer. Incluye leyes clave como la **Ley 972 de 2005** (prioridad nacional para la atención del VIH/SIDA), la **Ley 1438 de 2011** (componentes de la APS), la **Ley 1751 de 2015** (garantiza el acceso a la salud en zonas marginadas), y leyes sobre enfermedades huérfanas (**Ley 1392 de 2010**) y cáncer (**Ley 1384 de 2010**).
- **Decretos:** Los decretos reglamentan aspectos operativos del sistema de salud. El **Decreto 780 de 2016** compila normas del sector salud y detalla la operación de la Cuenta de Alto Costo (CAC). El **Decreto 893 de 2017** prioriza la implementación de planes sectoriales en zonas PDET. El **Decreto 1599 de 2022** relaciona la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) con la APS.
- **Acuerdos:** Los acuerdos, como los **Acuerdos 025 de 1996** y **057 de 1997**, reglamentan los Consejos Territoriales de Seguridad Social.
- **Resoluciones:** Las resoluciones del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) definen políticas y procedimientos específicos. La **Resolución 2654 de 2019** establece las modalidades de telemedicina. La **Resolución 1035 de 2022** adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031. Varias resoluciones detallan el funcionamiento de los Equipos Básicos de Salud (**Resolución 2788 de 2022**) y los

criterios para la asignación de recursos (**Resolución 2206 de 2022**). Otras resoluciones se centran en enfermedades de alto costo, como la artritis reumatoide (**Resolución 1393 de 2015**) y la hepatitis C (**Resolución 1692 de 2017**).

- **Proyectos de Ley:** Los proyectos de ley buscan reformar el sistema de salud. El **PL 339 de 2023** y el **PL 312 de 2024** (Cámara) proponen cambios en la estructura del sistema, incluyendo la atención en zonas rurales y el manejo de enfermedades de alto costo. El **PL 312 de 2024** incluye artículos sobre el Plan Nacional de Salud Rural (PNSR) y las Entidades de Salud del Estado Itinerantes.

3. MARCO CONCEPTUAL

3.1. Atención Primaria en Salud (APS): Principios fundamentales

La Atención Primaria en Salud (APS) es el primer nivel de contacto de la población con el sistema de salud, y su objetivo es proporcionar atención integral y continua, centrada en las necesidades de los pacientes, sus familias y las comunidades. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la APS como un enfoque integral que no solo abarca la atención médica, sino también la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la participación comunitaria (Alma-Ata, 1978).

En el contexto de las enfermedades de alto costo (EAC), la APS juega un papel crucial al proporcionar seguimiento continuo y coordinación de la atención entre los diferentes niveles del sistema de salud.

Uno de los principios clave de la APS es la integración de los servicios de salud, que implica la coordinación efectiva entre la atención primaria, especializada y hospitalaria para ofrecer una atención continua y de calidad. Esto se debe hacer a través de la gestión del cuidado, que promueve la atención personalizada y la participación activa del paciente en su tratamiento, asegurando que las necesidades de los pacientes con enfermedades crónicas y de alto costo sean atendidas de manera integral (Wagner et al., 1990).

Otro principio fundamental es el enfoque comunitario, que busca empoderar a las comunidades en la gestión de su propia salud, asegurando que las decisiones de salud estén adaptadas a las realidades sociales, culturales y económicas de cada contexto. En las zonas rurales dispersas de Colombia, este enfoque es particularmente relevante debido a las barreras geográficas y socioeconómicas que enfrentan las comunidades para acceder a servicios de salud especializados.

En el contexto rural, el Ministerio de Salud y Protección Social busca implementar un modelo especial de salud pública con APS que garantice el acceso efectivo a los

servicios de salud en zonas marginadas o de baja densidad poblacional. Este modelo busca que la extensión de la red pública hospitalaria no dependa de la rentabilidad económica, sino de la rentabilidad social. Además, el Plan Nacional de Salud Rural (PNSR) reconoce la salud como un derecho fundamental de las comunidades rurales y busca la articulación de los actores del sistema de salud para garantizar este derecho.

Líneas Estratégicas del PNSR

- **Gobernanza y gobernabilidad:** Busca la articulación entre los diferentes niveles de gobierno, los actores del sistema de salud y las comunidades rurales en la toma de decisiones.
- **Modelo especial de salud pública para zonas rurales y rurales dispersas:** Se enfoca en la prestación de servicios de salud con atributos de accesibilidad, atención centrada en las personas y coordinación. Este modelo se basa en los siguientes componentes:
- **Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS):** Articulación de prestadores de servicios de salud para garantizar el acceso a la atención.
- **Construcción y mejoramiento de la infraestructura y dotación en salud:** Optimizar las sedes existentes, crear nuevas y utilizar modalidades como la telesalud.
- **Personal de salud para la ruralidad:** Aumentar gradualmente las plazas de servicio social obligatorio y fortalecer las condiciones de empleo del personal de salud.
- Participación inclusiva de las organizaciones sociales y comunitarias
- **Salud de los trabajadores rurales:** Busca el bienestar laboral y la protección de la salud de los trabajadores rurales.

3.2. Modelos de EAC en contextos rurales.

A nivel internacional, existen varios modelos de atención para enfermedades crónicas y de alto costo que han sido adaptados a contextos rurales. Un ejemplo destacado es el Modelo de Cuidado Crónico (CCM), propuesto por Wagner et al. (1990), que promueve un enfoque proactivo en la atención a las enfermedades crónicas. Este modelo incluye componentes como la organización de equipos de salud interdisciplinarios, el uso de tecnología para el monitoreo remoto de pacientes y el énfasis en la educación y empoderamiento del paciente.

Estos elementos son fundamentales para el manejo de EAC, ya que permiten una gestión de cuidados más eficiente, especialmente en áreas donde el acceso a especialistas es limitado.

En Colombia, se han implementado varios modelos de atención primaria adaptados a las realidades rurales. El Modelo de Atención para la Multimorbilidad del Banco Mundial (2016) es uno de ellos, enfocado en ofrecer atención integral a pacientes con enfermedades crónicas y múltiples condiciones de salud. Este modelo destaca la importancia de la coordinación interinstitucional y la participación de la comunidad, factores esenciales para mejorar la cobertura y calidad de los servicios de salud en las zonas rurales del país.

3.3. Determinantes sociales en salud de EAC en poblaciones rurales.

Los determinantes sociales de la salud (DSS) son las condiciones sociales, económicas y ambientales que influyen en la salud de las personas. Según la OMS (2008), los DSS incluyen elementos como el nivel educativo, el estatus socioeconómico, la condición de empleo, el acceso a servicios de salud, la calidad de la vivienda y las condiciones ambientales. Estas condiciones son particularmente relevantes en las zonas rurales dispersas, donde las desigualdades estructurales pueden amplificar las dificultades para acceder a atención de salud adecuada.

En las zonas rurales y rurales dispersas de Colombia, los DSS afectan de manera directa la capacidad de las personas para acceder y adherirse a los tratamientos de enfermedades de alto costo.

La falta de educación en salud, las barreras económicas y la dispersión geográfica limitan la capacidad de las comunidades para gestionar y prevenir estas enfermedades, lo que contribuye a una mayor mortalidad y morbilidad en comparación con las áreas urbanas.

La estratificación social también juega un papel crucial, ya que muchas comunidades rurales pertenecen al régimen subsidiado, lo que limita su acceso a tratamientos especializados y aumenta las disparidades en la atención sanitaria (Hochman & Asch, 2017).

3.4. Enfermedades de alto costo

El Ministerio de Salud y Protección Social define las enfermedades de alto costo como aquellas que cumplen con una serie de criterios técnicos, los cuales se enfocan en su impacto económico, su manejo dentro del sistema de salud y la posibilidad de intervención. Estos criterios no buscan identificar una lista específica de patologías, sino establecer los lineamientos para que, de manera periódica, se determinen cuáles enfermedades pueden considerarse de alto costo. Aquí están los principales criterios que el Ministerio de Salud tiene en cuenta para definir una patología como de alto costo, según las fuentes:

- **Desviación del costo esperado:** Los recursos necesarios para la atención de la enfermedad superan un umbral determinado en un tiempo específico. Esto

significa que el costo de atención de estos pacientes es significativamente mayor que el promedio. Este criterio se basa en la observación de que los costos de atención en salud tienen una distribución muy desigual, donde un pequeño porcentaje de pacientes genera la mayor parte de los gastos.

- **Persistencia en el tiempo:** La patología debe implicar costos elevados de manera continua en el tiempo, es decir, que los altos costos persistan por más de un período, aunque no necesariamente por más de dos períodos. Esto busca diferenciar entre condiciones agudas y crónicas, siendo las condiciones crónicas de alto costo las que persisten en el tiempo.
- **Posibilidad de gestión:** La patología debe ser susceptible de intervención y manejo por parte de los servicios de salud, con acciones probadas que modifiquen su curso, reduzcan su progresión y disminuyan el uso de servicios de alto costo. Esto implica que las intervenciones médicas pueden mejorar los resultados clínicos, reducir complicaciones y mejorar la calidad de vida del paciente. Además, la atención en salud debe ser el factor preponderante en el manejo de la enfermedad.
- **Impacto en la salud pública:** Las enfermedades de alto costo son consideradas un problema de salud pública debido a su impacto económico, social, y por la discapacidad que pueden ocasionar. Estas enfermedades tienen una etiología múltiple, presentando factores de riesgo y en algunos casos su origen infeccioso.
- **Enfermedades ruinosas y catastróficas:** El Ministerio de Salud incluye las “enfermedades ruinosas y catastróficas” en las enfermedades de alto costo, y establece mecanismos para el acceso y uso de datos relacionados con estas enfermedades.
- **Ajuste de riesgo:** El Ministerio tiene en cuenta el ajuste de riesgo para estas enfermedades, buscando una redistribución de recursos entre las aseguradoras de salud a través de la CAC.
- **Protección financiera:** Uno de los objetivos de la identificación de enfermedades de alto costo es proteger a los pacientes y sus familias de la catástrofe financiera que puede resultar de los altos costos de atención.

4. DESCRIPCIÓN DEL MODELO PROPUESTO

4.1. Principios rectores del Modelo

El Modelo de Atención Primaria en Salud (APS) para enfermedades de alto costo en la población rural y rural dispersa de Colombia se fundamenta en principios que garantizan una atención integral, equitativa y accesible para todos los pacientes, independientemente de su ubicación geográfica o condición socioeconómica. Este modelo está guiado por varios principios rectores:

El primer principio es la accesibilidad. La atención es accesible para toda la población, superando las barreras geográficas y económicas. Esto implica que las comunidades rurales tienen acceso a servicios de salud especializados, ya sea a través de telemedicina, unidades móviles o capacitación de personal local.

La accesibilidad también abarca la eliminación de las barreras económicas mediante subsidios y programas de financiamiento para pacientes en situaciones vulnerables.

Otro principio clave es la integralidad. El modelo abarca todos los aspectos de la salud, no solo el tratamiento de las enfermedades, sino también la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud y el seguimiento continuo de los pacientes. Esto implica una coordinación efectiva entre los diferentes niveles del sistema de salud (primario, secundario y terciario) y la creación de redes de atención que permiten a los pacientes recibir cuidados de manera oportuna y continua.

El principio de equidad es fundamental. El modelo garantiza que las intervenciones sean justas y adaptadas a las necesidades específicas de las comunidades rurales, con énfasis en las poblaciones más vulnerables, como las comunidades indígenas y afrodescendientes. Esto requiere un enfoque intercultural en la atención y la integración de prácticas de salud tradicionales con los tratamientos médicos convencionales.

La participación comunitaria también juega un papel crucial. Las comunidades son protagonistas en la identificación de sus necesidades de salud y en la construcción de soluciones. Esto implica la creación de comités locales de salud y la formación de líderes comunitarios que actúan como mediadores entre los servicios de salud y la población, promoviendo el autocuidado y el empoderamiento comunitario.

Finalmente, la sostenibilidad es esencial. El modelo es sostenible tanto en términos económicos como en la infraestructura y el personal de salud. Se fomenta la colaboración entre el sector público y privado, se buscan fuentes de financiamiento alternativas y se garantiza que el modelo pueda mantenerse a largo plazo a través de la capacitación continua del personal de salud y el refuerzo de las infraestructuras locales.

4.2. Gobernanza del Modelo

La estructura de gobernanza del modelo debe ser inclusiva y participativa, involucrando a diversos actores clave en la toma de decisiones y la supervisión de las actividades. Esto incluye:

- **Nivel nacional:** El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) debe liderar la formulación de políticas, la asignación de recursos y la supervisión general del modelo.
- **Nivel departamental y municipal:** Las secretarías de salud departamentales y municipales juegan un papel crucial en la implementación del modelo a nivel local, adaptándolo a las necesidades específicas de cada región y coordinando con otras entidades.
- **Nivel local:** Los comités de salud locales, conformados por líderes comunitarios, representantes de la población y proveedores de salud, deben participar activamente en la planificación, ejecución y seguimiento de las actividades del modelo.
- **Entidades promotoras de salud (EPS):** Las EPS son responsables de la prestación de servicios de salud, la coordinación de la atención y la gestión de los recursos financieros.
- **Instituciones restadoras de servicios de salud (IPS):** Las IPS son las encargadas de brindar la atención directa a los pacientes y de implementar los protocolos de manejo.
- **Organizaciones no gubernamentales (ONG), entidades privadas y fundaciones:** Estas organizaciones pueden colaborar en la implementación del modelo, proporcionando recursos financieros, apoyo técnico y conocimientos especializados.
- **Universidades e instituciones educativas:** Estas instituciones pueden contribuir con la formación de profesionales de salud y con la investigación de nuevas soluciones para mejorar la atención en zonas rurales.

Procesos de Gobernanza

Los procesos de gobernanza del modelo deben ser transparentes, eficientes y orientados a resultados. Esto implica:

- **Planificación participativa:** La elaboración de planes de acción debe involucrar a todos los actores clave, teniendo en cuenta las necesidades y prioridades de la comunidad.
- **Toma de decisiones informadas y basadas en la evidencia:** Las decisiones deben

basarse en la evidencia científica, los datos epidemiológicos y la retroalimentación de la comunidad.

- **Coordinación interinstitucional:** Es fundamental asegurar una coordinación efectiva entre las diferentes entidades del sector salud y otros sectores relevantes, como educación, bienestar social y desarrollo económico.
- **Gestión eficiente de recursos:** Los recursos financieros y humanos deben ser asignados de manera transparente y equitativa, priorizando las necesidades de las poblaciones más vulnerables.
- **Monitoreo y evaluación continuos:** El modelo debe ser monitoreado y evaluado de manera sistemática para identificar áreas de mejora y ajustar las intervenciones según sea necesario.
- **Adaptabilidad a los contextos locales:** El modelo debe ser flexible y adaptable a las necesidades y particularidades de cada comunidad rural.

Mecanismos de gobernanza

Los mecanismos de gobernanza incluyen las herramientas y estrategias que permiten llevar a cabo los procesos de gobernanza de manera efectiva:

- **Sistemas de información:** Implementar plataformas digitales para el registro y seguimiento de pacientes, asegurando la interoperabilidad de los sistemas de información y la disponibilidad de datos para la toma de decisiones en salud.
- **Protocolos clínicos:** Establecer protocolos claros para la detección temprana, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de las EAC.
- **Alianzas público-privadas:** Fomentar alianzas entre el sector público y privado para movilizar recursos y conocimientos.
- **Mecanismos de participación comunitaria:** Promover la creación de comités de salud locales y otros espacios de participación comunitaria, garantizando la inclusión de todos los grupos poblacionales.
- **Rendición de cuentas:** Establecer mecanismos claros para la rendición de cuentas de todos los actores involucrados en la implementación del modelo.
- **Transparencia:** Asegurar la transparencia en la gestión de los recursos y en la toma de decisiones, informando a la comunidad sobre los avances y los desafíos del modelo.

Liderazgo

- **Liderazgo técnico:** Los profesionales de la salud deben ser líderes en la prestación de servicios, garantizando la calidad y la seguridad de la atención.
- **Liderazgo comunitario:** Los líderes comunitarios deben ser empoderados para promover la salud en sus comunidades y para participar activamente en la gestión del modelo.
- **Liderazgo político:** Las autoridades locales y nacionales deben demostrar un compromiso político con la implementación del modelo, asignando los recursos necesarios y creando un entorno favorable para su desarrollo.

Financiamiento y sostenibilidad

- **Diversificación de fuentes de financiamiento:** Combinar recursos públicos, privados y donaciones internacionales.
- **Modelos de pago alternativos:** Implementar modelos de pago basados en valor, capitación ajustada al riesgo, y pago por desempeño, para incentivar la calidad y la eficiencia.
- **Uso eficiente de los recursos:** Priorizar las intervenciones costo-efectivas y minimizar el gasto de bolsillo en salud.

Coordinación Inter e Intrainstitucional y Adecuación Territorial del Modelo:

Una de las principales características del modelo propuesto es su enfoque coordinado tanto a nivel interinstitucional como intrainstitucional. La implementación efectiva de este modelo en las zonas rurales y rurales dispersas requiere una colaboración estrecha entre los diferentes actores del sistema de salud, tales como el Ministerio de Salud, las EPS, las IPS, los gobiernos locales, y las organizaciones no gubernamentales (ONGs), así como las propias comunidades locales. Esta coordinación es crucial para garantizar que los servicios de salud se integren de manera eficiente, evitando la fragmentación y mejorando la continuidad de la atención a lo largo del proceso de atención al paciente.

A nivel territorial, el modelo debe ser adaptable a las características y necesidades particulares de cada región. La adecuación territorial implica reconocer que las comunidades rurales y rurales dispersas tienen realidades muy diferentes, no sólo en términos geográficos, sino también en recursos disponibles, infraestructura, y capacidades locales. Por lo tanto, el modelo debe ser implementado con un grado de flexibilidad que permita ajustarse a las condiciones locales, garantizando que las estrategias de intervención sean eficaces y viables en cada contexto específico. Este enfoque asegura que los servicios de salud sean tanto accesibles como relevantes para las poblaciones locales.

Asimismo, se enfatiza la progresividad del modelo, lo que significa que su implementación debe ser gradual y adaptativa, comenzando con intervenciones pequeñas y escalonadas que puedan expandirse y ajustarse conforme se vayan superando obstáculos y mejorando la infraestructura y los recursos disponibles. Esta progresividad garantiza que el modelo se implemente de manera sostenible y permita ajustes constantes basados en los resultados obtenidos y en el feedback de las comunidades. Al ser flexible y progresivo, el modelo puede ajustarse a medida que se aprende de su implementación, permitiendo su mejora continua a lo largo del tiempo.

4.3. Teoría del cambio del Modelo

Problema central: Las comunidades rurales y rurales dispersas en Colombia enfrentan barreras significativas para acceder a la atención de salud y al manejo de enfermedades de alto costo (EAC), debido a la dispersión geográfica, la falta de infraestructura, la escasez de personal de salud especializado y las barreras culturales y socioeconómicas. Esto conlleva a un manejo inadecuado de las EAC, altas tasas de morbilidad y mortalidad, y la perpetuación de desigualdades en salud.

Visión a largo plazo (impacto): Lograr que las comunidades rurales y rurales dispersas en Colombia tengan acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad para la prevención, detección temprana y manejo efectivo de enfermedades de alto costo, lo que resulta en la mejora de su salud, bienestar y calidad de vida.

Supuestos Clave

- El gobierno y las entidades territoriales priorizarán y destinarán recursos suficientes para la implementación y sostenibilidad del modelo.
- El personal de salud estará dispuesto a trabajar en zonas rurales y rurales dispersas, y a participar en procesos de capacitación continua.
- Las comunidades rurales estarán dispuestas a participar activamente en la gestión de su salud.
- Se superarán las barreras de conectividad y acceso a tecnologías en las zonas rurales y rurales dispersas.
- Se logrará la coordinación entre los diferentes actores y sectores involucrados.

Resultados a corto y mediano plazo

- **Mayor acceso a servicios de salud:** Disminución de las barreras geográficas y económicas para acceder a la atención, aumento de consultas y atenciones.
- **Mejora en la calidad de la atención:** Mayor adherencia a protocolos, mejor satisfacción del usuario, y atención oportuna y adecuada.

- **Empoderamiento de la comunidad:** Mayor participación de las comunidades en la gestión de su salud y conocimiento de sus derechos.
- **Mayor adherencia al tratamiento:** Implementación de estrategias que promuevan el autocuidado y el cumplimiento de los planes de tratamiento.
- **Detección temprana de EAC:** Tamizaje poblacional que permite detectar EAC en etapas tempranas, facilitando un manejo más efectivo.
- **Coordinación intersectorial:** Mayor articulación entre los diferentes sectores y niveles de gobierno para abordar los determinantes sociales de la salud.
- **Uso de tecnologías:** Aumento en el uso de la telemedicina y otras herramientas tecnológicas para el acceso a la salud.

Cambios esperados (impacto a largo plazo)

- **Mejora en la salud y calidad de vida:** Disminución de la morbilidad y mortalidad por EAC, aumento de la esperanza de vida y mejor calidad de vida para las comunidades rurales.
- **Reducción de las desigualdades en salud:** Mayor equidad en el acceso a servicios de salud para poblaciones rurales y rurales dispersas.
- **Sostenibilidad del modelo:** Financiamiento asegurado a largo plazo y participación de la comunidad en la gestión de su salud.
- **Fortalecimiento del sistema de salud:** Un sistema de salud más resiliente, equitativo y eficiente.
- **Transformación digital:** Uso efectivo de las tecnologías para mejorar la prestación de los servicios de salud.

Teoría del cambio del modelo

Problema Central	Causas	Efectos	Visión a Largo Plazo	Cambios Esperados
<ul style="list-style-type: none"> • Las comunidades rurales dispersas en Colombia enfrentan barreras para acceder a la prevención y al tratamiento de las enfermedades de alto costo (EAC) 	<ul style="list-style-type: none"> • Dispersión geográfica • Falta de infraestructura • Escasez de personal de salud especializado • Barreras culturales y socioeconómicas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo inadecuado de las EAC, altas tasas de morbilidad y mortalidad, y la perpetuación de desigualdades en salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lograr que las comunidades rurales dispersas en Colombia tengan acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad para la prevención, detección temprana y manejo efectivo de enfermedades de alto costo 	<ul style="list-style-type: none"> • Mejora en la salud y calidad de vida • Reducción de las desigualdades en salud • Sostenibilidad del modelo • Fortalecimiento del sistema de salud • Transformación digital

Es importante tener en cuenta que estos elementos están interrelacionados y que el éxito del modelo depende de la articulación de todos ellos. La evaluación continua es clave para asegurar que el modelo se adapte a las necesidades cambiantes de las comunidades rurales y se alcancen los resultados esperados. El modelo debe ser sensible y flexible a las características de los territorios.

4.4. Estructura y componentes del Modelo

El modelo propuesto se estructura en cinco componentes clave que garantizan su efectividad y adaptación a las necesidades de las comunidades rurales y rurales dispersas.

El primer componente es el acceso geográfico y tecnológico. Esto incluye el uso de tecnologías de la información, como la telemedicina, para superar las barreras geográficas y permitir consultas a distancia con especialistas. También se considera el despliegue de unidades móviles de salud para realizar tamizajes, consultas y seguimiento en las comunidades más aisladas.

El segundo componente se refiere a la coordinación intersectorial e interinstitucional. Es fundamental fortalecer la coordinación entre entidades gubernamentales, organizaciones no gubernamentales (ONG) y entidades del sector privado para facilitar el acceso a servicios y recursos para los pacientes.

También se establecen redes de salud comunitarias, donde se integran los servicios de salud, las redes sociales y las organizaciones locales para abordar las necesidades de salud desde un enfoque multisectorial.

En cuanto al tercer componente, se resalta la participación comunitaria y enfoque intercultural. Las comunidades son protagonistas en la toma de decisiones sobre su salud. Además, se requiere la capacitación cultural para el personal de salud, con el fin de garantizar que la atención sea respetuosa con las tradiciones locales y que las intervenciones médicas sean aceptadas.

El cuarto componente está relacionado con el financiamiento sostenible y equitativo. El modelo permite el desarrollo de subsidios y cobertura para pacientes en situaciones de vulnerabilidad económica, especialmente en áreas donde el régimen subsidiado es predominante. Asimismo, se implementan modelos de financiamiento mixto, que incluyen tanto recursos públicos como privados, y se buscan alianzas con organizaciones.

Por último, el fortalecimiento del talento humano en salud es crucial. El modelo incluye estrategias para capacitar y retener profesionales de salud en zonas rurales mediante incentivos que atraen a médicos generales, enfermeras y otros profesionales de salud a las regiones más remotas. Además, se crean programas de formación continua para el personal de salud local, con un enfoque en enfermedades crónicas y EAC, para mejorar la calidad del cuidado prestado.

El modelo propuesto para la atención primaria en salud en poblaciones rurales y rurales dispersas en Colombia se distingue de los enfoques existentes por su integración de enfoques innovadores y adaptados a las necesidades particulares de estas comunidades. A diferencia de los modelos tradicionales de atención primaria, que se enfocan principalmente en la curación de enfermedades, este modelo pone un énfasis significativo en la prevención y la detección temprana de enfermedades de alto costo (EAC) como el cáncer, la insuficiencia renal crónica y las enfermedades cardiovasculares.

Mientras que muchos modelos existentes en Colombia carecen de una estrategia integral para el manejo de EAC en áreas rurales, el modelo propuesto integra la educación comunitaria, la promoción de la salud, y el autocuidado como componentes fundamentales para reducir la carga de estas enfermedades.

Otra diferencia clave es la incorporación de tecnologías digitales, como la telemedicina y las unidades móviles de salud, las cuales permiten superar las barreras geográficas que limitan el acceso a atención especializada en zonas rurales. Este modelo también prioriza la participación comunitaria activa, reconociendo el papel esencial de las comunidades locales en el éxito del modelo. A través de la capacitación de líderes locales y el fortalecimiento de las redes de salud comunitarias, se busca empoderar a las comunidades para que gestionen su salud de manera más autónoma y eficaz.

Además, en términos de financiamiento, el modelo propuesto se aparta de los enfoques tradicionales que dependen exclusivamente de los recursos públicos. Se sugiere un modelo de pago por resultados, que vincula los incentivos directamente al desempeño de los profesionales de salud, lo que busca no solo mejorar la calidad de la atención, sino también garantizar que los recursos se asignen de manera eficiente a las necesidades reales de las poblaciones rurales. Este enfoque diferenciado y adaptado tiene como objetivo no solo mejorar el acceso y la calidad de la atención, sino también promover la sostenibilidad a largo plazo del sistema de salud en contextos rurales dispersos.

El modelo de atención primaria para las enfermedades de alto costo (EAC) en las poblaciones rurales y rurales dispersas de Colombia requiere de una participación activa y bien definida de cada uno de los actores involucrados. La responsabilidad de cada actor debe estar claramente establecida para garantizar la efectividad del modelo en su implementación y operación.

El Ministerio de Salud es el actor central en la coordinación general del modelo a nivel nacional. Su función principal es liderar la implementación, establecer las políticas nacionales y supervisar la correcta ejecución en todos los niveles del sistema de salud. Además, el Ministerio debe asegurar que el modelo esté alineado con las normativas nacionales y que se promuevan estrategias de financiación adecuadas. Deberá asegurar también la formulación de guías y protocolos que sean aplicables en las zonas rurales, especialmente aquellos enfocados en la atención de enfermedades

de alto costo, y trabajar en la adaptación del sistema de salud a los cambios normativos que puedan surgir, como los derivados de la reforma a la salud.

Las Secretarías de Salud Departamentales y Municipales son responsables de coordinar las actividades locales y adaptar las estrategias del modelo a las realidades específicas de cada región. Deben establecer vínculos entre los servicios de salud de nivel primario, secundario y terciario, y trabajar estrechamente con las Gestoras de Salud para asegurar que la población rural tenga acceso a los servicios de salud necesarios. Su responsabilidad también incluye la capacitación continua del personal de salud, la gestión de recursos a nivel local, y el establecimiento de programas de educación en salud y prevención de enfermedades.

Las futuras Gestoras de Salud (actuales EPS) juegan un papel fundamental en la gestión de los servicios de salud. Deberán garantizar que los pacientes en las zonas rurales dispersas tengan acceso a servicios de salud especializados, incluyendo la atención en enfermedades de alto costo, y organizar sistemas de referencia y contra referencia. También se encargarán de coordinar la asignación de recursos financieros, gestionar las plataformas tecnológicas necesarias para el seguimiento de los pacientes y administrar los acuerdos con las IPS para la atención efectiva de los casos. Las Gestoras de Salud deben cumplir un rol crucial en la integración de tecnologías digitales y en la implementación de modelos de telemedicina para asegurar el acceso a servicios especializados en territorios remotos.

Los profesionales de la salud, incluyendo médicos, enfermeros y otros miembros del equipo de salud, son los encargados de brindar atención directa a los pacientes, implementando el modelo a nivel local. Su responsabilidad incluye educar a los pacientes y realizar la prevención de enfermedades y el manejo de condiciones crónicas, realizar diagnósticos oportunos, seguir los protocolos de atención establecidos y asegurar que los pacientes sean referidos correctamente a los centros de salud superiores cuando sea necesario. Además, deben contribuir a la gestión de la información de salud y a la monitoreo de los resultados de las intervenciones.

Finalmente, las comunidades tienen un papel crucial en la implementación del modelo, ya que su participación activa y compromiso en las actividades de promoción y prevención de la salud es esencial. Los líderes comunitarios y los agentes de salud comunitarios deben desempeñar el rol de facilitadores, promoviendo la sensibilización sobre hábitos saludables, la detección temprana de enfermedades y la prevención en su entorno. Además, son responsables de colaborar en la identificación de necesidades locales y aportar al proceso de retroalimentación para mejorar el modelo.

5. ESTRATEGIAS OPERATIVAS

5.1. Diseño de redes integradas de atención en salud

Una de las estrategias clave para mejorar la atención primaria en las zonas rurales y rurales dispersas es el diseño de redes integradas de atención en salud. Este enfoque permite la coordinación entre diferentes niveles del sistema de salud (atención primaria, secundaria y terciaria) para asegurar que los pacientes reciban atención continua y apropiada a sus necesidades.

En el caso de las enfermedades de alto costo (EAC), las redes deben incluir no solo a los profesionales de salud, sino también a líderes comunitarios, organizaciones sociales y grupos de apoyo que contribuyan a mejorar la cobertura y la calidad de los servicios.

El diseño de estas redes debe garantizar la comunicación fluida entre los actores del sistema de salud, mediante el uso de tecnologías de la información, como sistemas de telemedicina y plataformas digitales que permitan el monitoreo remoto de los pacientes, especialmente aquellos que viven en áreas de difícil acceso. Además, se deben fortalecer los vínculos entre las EPS (, IPS y organizaciones comunitarias para facilitar la derivación de casos complejos y la coordinación de los tratamientos.

El enfoque integrado también implica una atención multidisciplinaria, donde médicos generales, enfermeras, psicólogos, nutricionistas y otros profesionales trabajen juntos para proporcionar una atención integral. Esto es esencial para el manejo de enfermedades crónicas como la hipertensión, diabetes o el cáncer, que requieren atención continua y seguimiento constante.

El concepto de Redes Integradas Regionales es fundamental para la implementación efectiva del modelo de atención primaria en salud para EAC, ya que permite una coordinación eficiente entre los diferentes niveles de atención y los diversos actores involucrados en el sistema de salud. Las Redes Integradas Regionales son una forma de organizar los servicios de salud de manera interconectada, con un enfoque en la cooperación regional para mejorar la calidad de la atención y optimizar los recursos disponibles.

En el contexto de este modelo, las Redes Integradas Regionales deben funcionar como nodos de atención interconectados, donde los centros de salud de nivel primario, los hospitales de referencia, las unidades móviles de salud, y los CRUES trabajen de manera conjunta para proporcionar una atención continua y de calidad a los pacientes, independientemente de su ubicación. Estas redes permiten que el modelo se adapte a las realidades locales, optimizando los recursos y asegurando que los pacientes reciban la atención adecuada en el lugar y momento correcto.

El modelo propuesto podría tomar como ejemplo los planes de ajuste institucional en la red hospitalaria de Antioquia (Gobernación de Antioquia, 2024) donde se ha logrado una integración de servicios de salud a través de nodos regionales, mejorando la gestión de recursos y fortaleciendo la sostenibilidad de la red hospitalaria. Este enfoque debe ser adaptado a las zonas rurales y rurales dispersas de Colombia, creando estructuras regionales interconectadas que coordinen la atención en salud, desde la prevención y el diagnóstico temprano hasta el tratamiento especializado, y favorezcan una gestión eficiente de los pacientes a lo largo de su recorrido de atención.

La implementación de redes integradas regionales permitirá que el modelo funcione de manera más eficaz, con un mayor alcance y mejor cobertura en las zonas rurales y rurales dispersas, garantizando la continuidad de la atención y mejorando los resultados de salud para las poblaciones más vulnerables.

5.2. Uso de tecnologías para la telemedicina y la atención remota

El uso de tecnologías digitales y la telemedicina son fundamentales para superar las barreras geográficas en las zonas rurales y rurales dispersas de Colombia. Las tecnologías permiten a los profesionales de la salud realizar consultas, diagnósticos y seguimientos a distancia, lo que mejora el acceso a servicios especializados para los pacientes que viven en áreas alejadas. La telemedicina también facilita la educación en salud a través de plataformas digitales, que pueden ser utilizadas para ofrecer programas de prevención, promoción de la salud y seguimiento de pacientes con EAC.

Para la implementación efectiva de la telemedicina, es necesario invertir en la infraestructura tecnológica de las zonas rurales, como el acceso a internet de alta calidad, dispositivos adecuados para consultas remotas y plataformas seguras para almacenar y compartir información médica. Además, se debe capacitar al personal de salud en el uso de estas tecnologías y proporcionarles soporte técnico continuo para asegurar su correcto funcionamiento.

El uso de monitoreo remoto también puede ser una herramienta valiosa en el manejo de EAC, especialmente para enfermedades como la insuficiencia renal o enfermedades cardiovasculares, que requieren monitoreo constante de parámetros como la presión arterial, niveles de glucosa o función renal.

5.3. Protocolo para el manejo de pacientes con EAC

El manejo de pacientes con enfermedades de alto costo debe estar basado en protocolos estandarizados que garanticen la calidad y la continuidad de la atención. Estos protocolos deben cubrir desde la detección temprana, el diagnóstico, hasta el tratamiento y el seguimiento post-tratamiento o rehabilitación. La estandarización de los procedimientos es especialmente importante en zonas rurales donde los recursos son limitados y los profesionales de salud a menudo enfrentan dificultades para acceder a información actualizada sobre las mejores prácticas para el tratamiento de EAC.

Los protocolos deben incluir guías de diagnóstico para cada tipo de EAC, así como estrategias de tratamiento personalizadas para cada paciente, tomando en cuenta factores como la edad, el estado de salud general, y las condiciones sociales y económicas del paciente. Además, es crucial que los protocolos estén alineados con las normas nacionales e internacionales de atención en salud, y que sean flexibles para adaptarse a los contextos locales, respetando las costumbres y prácticas de cada comunidad.

5.4. Sistema de referencia y contrarreferencia adaptado a contextos rurales

En el sistema de salud colombiano, el modelo de referencia y contrarreferencia juega un papel esencial en la atención a pacientes con enfermedades complejas. Para las zonas rurales, este modelo debe ser adaptado a las condiciones locales, tomando en cuenta las dificultades geográficas, la falta de infraestructura y la escasez de personal especializado.

La referencia debe facilitar el traslado de los pacientes a centros de salud con mayores capacidades diagnósticas y terapéuticas, mientras que la contrarreferencia debe garantizar que los pacientes que reciben tratamiento en centros urbanos puedan ser monitoreados y continuados en su atención en sus lugares de origen. Para ello, el sistema debe contar con protocolos claros de comunicación entre los centros de salud rurales y urbanos, además de transportes adecuados y apoyo económico para los pacientes.

Este modelo adaptado debe integrar también redes de apoyo comunitario que ayuden en el proceso de seguimiento, asegurando que los pacientes puedan recibir atención sin la necesidad de desplazarse largas distancias.

El papel de los Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias de Salud (CRUES) en el sistema de referencia y contra referencia es esencial para garantizar que los pacientes reciban la atención adecuada en los diferentes niveles del sistema de salud, especialmente en las zonas rurales. Los CRUES deben ser vistos como un punto central en la gestión de los casos complejos que requieren traslado entre primer y segundo nivel de atención, o incluso hacia servicios terciarios de mayor especialización (Putumayo, 2014)

En cuanto a la función de referencia, los CRUES son los encargados de recibir la información sobre los pacientes que requieren atención especializada, como en el caso de las enfermedades de alto costo que no pueden ser atendidas en los centros de salud locales. Su responsabilidad es coordinar el traslado de estos pacientes a los centros hospitalarios especializados en tiempo y forma, asegurando que el proceso sea seguro y que la información médica llegue de manera clara al equipo de salud del hospital de referencia. Los CRUES también deben ser responsables de evaluar la urgencia de los casos y priorizar los traslados según la gravedad de los pacientes.

En cuanto a la función de contra referencia, después de que el paciente haya recibido la atención especializada, los CRUES deben coordinar su retorno a los centros de salud locales o a las comunidades para el seguimiento del tratamiento. Esta continuidad en el cuidado es fundamental para evitar interrupciones en el tratamiento de las EAC y asegurar que los pacientes puedan continuar con su monitoreo sin perder acceso a la atención. Los CRUES tienen la responsabilidad de coordinar la comunicación entre los profesionales de salud del hospital y los del primer nivel de atención, garantizando que se sigan las pautas de tratamiento y que el paciente sea revisado y atendido oportunamente en su comunidad.

El fortalecimiento de los CRUES es esencial para que este sistema de referencia y contra referencia funcione de manera eficiente.

Esto incluye la capacitación continua del personal, el mejoramiento de la infraestructura y la integración de tecnologías de la información para mejorar la comunicación y el seguimiento de los pacientes. Los CRUES deben ser capaces de gestionar adecuadamente los recursos y garantizar que los pacientes reciban una atención integral durante todo el proceso de tratamiento.

5.5. Estrategias de capacitación continua para personal de salud

La capacitación continua del personal de salud es una de las piedras angulares para garantizar la calidad de la atención en áreas rurales. Los profesionales deben estar actualizados en las mejores prácticas para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las EAC, además de estar familiarizados con los protocolos locales y las condiciones socioculturales de las comunidades que atienden.

Crear programas de formación adaptados a las realidades rurales, que incluyan cursos a distancia y entrenamiento en sitio, para garantizar que los profesionales de salud puedan acceder a educación de calidad sin necesidad de desplazarse a grandes centros urbanos. Fomentar los incentivos económicos y sociales para que los profesionales elijan trabajar en áreas rurales, donde la rotación de personal puede ser un desafío.

6. PROPUESTA DE INTERVENCIONES ESPECÍFICAS

El modelo de atención primaria propuesto reconoce la educación como un pilar fundamental para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades de alto costo. Para garantizar el éxito del modelo, es crucial fortalecer tanto la educación formal como no formal, adaptada a las necesidades de las comunidades rurales y rurales dispersas.

La educación formal, que incluye la capacitación en escuelas y centros de salud, debe integrarse de manera fluida en el currículo educativo, promoviendo hábitos saludables desde edades tempranas. A través de programas educativos, se puede inculcar en las futuras generaciones la importancia de la prevención temprana, el autocuidado y el control de enfermedades crónicas.

Por otro lado, la educación no formal juega un rol igualmente vital, especialmente en la población adulta y en las comunidades donde los niveles de escolaridad son limitados. Esta forma de educación debe ser impartida a través de talleres comunitarios, formación de líderes locales y capacitación de agentes de salud comunitarios, quienes tienen un impacto directo en la difusión de prácticas saludables. Estos talleres pueden abordar temas como la alimentación saludable, el ejercicio físico, la reducción de riesgos ambientales y el monitoreo de indicadores clave de salud, como la presión arterial y los niveles de glucosa.

Además, es fundamental fortalecer las capacidades educativas de los actores clave del modelo, incluidos profesionales de salud y líderes comunitarios, en aspectos vinculados con la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. Esta formación debe ser continua y accesible, utilizando recursos como plataformas digitales, materiales visuales y de fácil comprensión, y aprovechando las redes sociales para llegar a las comunidades rurales dispersas.

El fortalecimiento de estas dos formas de educación ayudará a garantizar que las comunidades no sólo reciban la información, sino que también cuenten con las herramientas necesarias para aplicar estos conocimientos en su vida diaria, mejorando así su calidad de vida y reduciendo la incidencia de enfermedades crónicas.

6.1. Actividades de prevención de la enfermedad

Las actividades de prevención primaria y secundaria son fundamentales para reducir la incidencia de enfermedades de alto costo en la población rural y rural dispersa. Estas intervenciones están diseñadas para prevenir la aparición de enfermedades, detectarlas de forma temprana y gestionar adecuadamente los factores de riesgo.

Prevención Primaria

La prevención primaria se enfoca en evitar la aparición de enfermedades. En el contexto rural, donde los determinantes sociales y la falta de infraestructura pueden ser desafíos significativos, se implementan varias acciones clave:

Una de las primeras intervenciones será la promoción de hábitos de vida saludables, que incluirá intervenciones comunitarias, educativas y comunicativas sobre la alimentación balanceada, la importancia de la actividad física regular, y la reducción del consumo de alcohol y tabaco. Estas campañas se llevarán a cabo a través de talleres comunitarios en espacios públicos, como centros de salud, escuelas y mercados, con el apoyo de líderes comunitarios capacitados.

Estas iniciativas no solo buscan cambiar el comportamiento individual, sino también crear un entorno social que favorezca el bienestar colectivo.

Además, se implementarán campañas de vacunación para enfermedades prevenibles como el VPH y la hepatitis B. Estas campañas se realizarán anualmente en las comunidades rurales más alejadas, con el uso de unidades móviles de salud que permitirán llegar a las poblaciones dispersas.

La vacunación contra el VPH es especialmente relevante, ya que puede reducir la incidencia de cáncer cervical en un 90% en mujeres vacunadas, mientras que la vacuna contra la hepatitis B disminuye la incidencia de cáncer hepático en un 70%.

En el ámbito de la educación en salud sexual y reproductiva, se organizarán talleres dirigidos principalmente a adolescentes y jóvenes, con el fin de prevenir embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual, como el VIH. Estos talleres también se abordarán en un contexto intercultural, respetando las costumbres y tradiciones locales, con el fin de fomentar un enfoque respetuoso y efectivo en las comunidades.

Prevención Secundaria

La prevención secundaria se centra en la detección temprana de enfermedades para iniciar el tratamiento lo antes posible y prevenir complicaciones graves. En este contexto, se implementarán tamizajes periódicos para detectar de manera temprana cáncer de cuello uterino, cáncer de mama, y cáncer de próstata. Las unidades móviles de salud, que recorrerán las comunidades rurales, realizarán las pruebas de Papanicolaou y las pruebas de VPH en mujeres entre 25 y 65 años, con el objetivo de reducir la mortalidad por cáncer cervical, que puede disminuir hasta un 80% cuando la citología se realiza cada 3-5 años (según la OMS).

Para el cáncer de mama, se ofrecerán mamografías a mujeres entre 50 y 69 años, o desde los 40 si presentan factores de riesgo. Hoy existe la tecnología para tener resultados inmediatos en citología. Se requiere, por tanto aumentar el poder resolutivo en tamización.

La mamografía es eficaz en reducir la mortalidad en un 20-30% en mujeres mayores de 50 años (UICC, 2020). En cuanto al cáncer de próstata, se realizarán pruebas de PSA y tacto rectal en hombres mayores de 50 años, lo que permite detectar la enfermedad en etapas curables.

Además de los tamizajes para cáncer, se implementarán pruebas de glicemia en ayunas o hemoglobina glicosilada (HbA1c) en personas mayores de 40 años o con factores de riesgo, como la obesidad y el sedentarismo. La detección temprana de la diabetes, por ejemplo, ha demostrado reducir complicaciones como la retinopatía, nefropatía y neuropatía en un 40-50%, lo que mejora considerablemente la calidad de vida de los pacientes.

Los programas educativos sobre nutrición y actividad física complementarán esta acción para prevenir el desarrollo de diabetes tipo 2 en personas con prediabetes, reduciendo la incidencia en un 58%.

Asimismo, la medición de presión arterial será una acción rutinaria en todas las consultas médicas y en las campañas comunitarias. El control efectivo de la hipertensión arterial reduce significativamente el riesgo de infartos en un 25% y de accidentes cerebrovasculares en un 40%, con lo que se previenen muchas complicaciones a largo plazo. A través de talleres comunitarios y el uso de dispositivos de monitoreo remoto, se fomentará el autocontrol de la presión arterial entre los pacientes.

Para la detección de enfermedades renales crónicas, se realizarán pruebas anuales de creatinina en sangre y análisis de orina para detectar proteinuria en personas con diabetes, hipertensión o antecedentes familiares. La detección temprana de estas condiciones puede retrasar la progresión a insuficiencia renal en un 50% y reducir en un 30% la necesidad de diálisis o trasplante renal, según estudios de la National Kidney Foundation y Kidney International.

Enfoque comunitario en la prevención

Además de las intervenciones individuales, el enfoque en la participación comunitaria es clave. A través de líderes locales y agentes comunitarios de salud, se implementarán programas de educación en salud que promuevan el autocuidado y la detección temprana de enfermedades. Estos programas se desarrollarán de manera conjunta con las comunidades, respetando su cultura y asegurando que la información proporcionada sea comprensible y útil para todos.

Los programas comunitarios de salud han demostrado ser eficaces para reducir la incidencia de enfermedades crónicas en un 20-30% en zonas rurales, especialmente cuando los mensajes se transmiten a través de canales confiables y accesibles. Esto se complementará con actividades de seguimiento comunitario, donde los pacientes que han sido diagnosticados con enfermedades de alto costo serán monitoreados periódicamente para asegurar que sigan los tratamientos indicados.

6.2. Actividades de promoción de la salud

La promoción de la salud es esencial para mejorar la calidad de vida de las personas en las comunidades rurales. A diferencia de la prevención de la enfermedad, que se enfoca en evitar la aparición de enfermedades, la promoción de la salud busca generar cambios en el comportamiento de la población y en su entorno para fomentar una vida más saludable y activa. Se implementarán programas educativos sobre la importancia de una alimentación saludable y la práctica regular de actividad física.

Estos programas estarán dirigidos a las familias, con énfasis en los jóvenes, y se llevarán a cabo a través de talleres comunitarios que se organizarán en espacios

públicos como plazas, centros de salud y escuelas. Los agentes comunitarios de salud serán los encargados de coordinar y facilitar estas actividades, adaptándolas a las necesidades y características de cada comunidad.

Otro aspecto fundamental de la promoción de la salud será la gestión de la salud mental en las comunidades rurales. La salud mental en zonas rurales ha sido históricamente desatendida, a pesar de que el estrés, la ansiedad y la depresión son comunes debido a las dificultades socioeconómicas y el aislamiento.

Para abordar esto, se implementarán programas de apoyo psicológico y emocional que incluirán actividades como talleres de manejo del estrés, técnicas de relajación y sesiones grupales de apoyo. Estos programas estarán dirigidos por psicólogos y trabajadores sociales, y se llevarán a cabo de manera regular en las comunidades, con un enfoque en la importancia de la salud mental para el bienestar general de las personas.

La capacitación en autocuidado será otro componente clave de la promoción de la salud. A través de talleres educativos, se enseñará a los pacientes y a sus familias cómo gestionar su salud de manera efectiva, especialmente en el caso de aquellos que ya padecen enfermedades crónicas. Los talleres estarán enfocados en temas como el control de la diabetes, la hipertensión y otras enfermedades comunes, y se llevarán a cabo tanto en centros de salud como en actividades comunitarias. Estos talleres también incluirán información sobre la importancia de la adherencia al tratamiento, la dieta adecuada y el ejercicio.

Por último, la creación de redes de apoyo comunitario será una estrategia importante para fomentar la solidaridad y la participación activa en la mejora de la salud colectiva. Se establecerán grupos de apoyo donde los pacientes podrán compartir experiencias y recibir consejos de otros miembros de la comunidad. Además, estos grupos servirán como canales de comunicación entre los pacientes, los profesionales de la salud y las autoridades locales, facilitando la identificación de necesidades y la implementación de soluciones efectivas.

Talleres comunitarios de autocuidado: Se organizarán talleres mensuales en escuelas locales, centros comunitarios y salas de espera de centros de salud para educar a la población sobre el manejo de enfermedades crónicas, la importancia del seguimiento médico y la prevención. Estos talleres serán dirigidos por enfermeros y promotores de salud, con el apoyo de médicos generales. Los temas cubrirán la importancia de controlar la presión arterial, monitorizar los niveles de glucosa, y cómo reconocer los síntomas tempranos de enfermedades crónicas.

Promoción de la salud mental: Se establecerá un programa de apoyo psicosocial en todas las comunidades rurales, dirigido por psicólogos y trabajadores sociales. Este programa incluirá sesiones mensuales de gestión del estrés, técnicas de relajación y manejo de la ansiedad. Los grupos de apoyo psicosocial se formarán en grupos de 10 a 15 personas por territorio.

Capacitación a líderes comunitarios: Se realizarán talleres trimestrales de capacitación en salud para líderes comunitarios. Estos talleres se centrarán en temas de prevención de enfermedades y promoción de hábitos saludables, y serán facilitados por profesionales de salud capacitados en cada región.

6.3. Diseño e implementación de albergues para pacientes y familias

El diseño e implementación de albergues para pacientes y familias tiene como objetivo proporcionar un lugar de alojamiento temporal para los pacientes que necesitan recibir tratamiento especializado en hospitales urbanos, pero que residen en áreas rurales dispersas. Estos albergues permitirán a los pacientes y sus familias permanecer cerca de los centros de salud sin la carga económica y logística que implica viajar constantemente.

Los albergues serán diseñados con un enfoque en la comodidad, la seguridad y la accesibilidad, y contarán con habitaciones equipadas con camas, baños privados, y zonas comunes para el descanso y la interacción social. Esto teniendo en cuenta el diseño a través de procesos de co-construcción con las comunidades.

Además, los albergues ofrecerán servicios básicos como alimentación, transporte gratuito a los centros de salud y apoyo psicosocial para los pacientes y sus familias. Este apoyo incluirá asesoramiento emocional, programas de educación sobre la enfermedad y su tratamiento, y acceso a grupos de apoyo.

Los albergues deben estar ubicados en áreas cercanas a hospitales de referencia, y estarán coordinados por fundaciones locales y ONG en colaboración con las EPS y las Secretarías de Salud. Las autoridades locales también desempeñarán un papel clave en la identificación de los pacientes que más necesitan estos servicios y en la distribución de recursos para garantizar el acceso a los albergues.

6.4. Programas de educación comunitaria sobre EAC

La educación comunitaria sobre las enfermedades de alto costo (EAC) será un pilar central de este modelo de atención. El objetivo es aumentar la conciencia sobre las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo, y capacitar a la población en cómo prevenir, detectar y manejar estas condiciones de manera efectiva.

Se organizarán jornadas educativas en cada comunidad, donde se ofrecerán charlas sobre temas como el cáncer, la diabetes, la hipertensión y las enfermedades cardiovasculares.

Los médicos generales y otros profesionales de la salud estarán a cargo de las charlas, que se adaptarán a las características culturales y sociales de cada comunidad. Además, se distribuirán materiales educativos en formato impreso y digital, incluyendo folletos y videos que expliquen de manera sencilla los factores de riesgo y las mejores prácticas para prevenir las enfermedades.

Las unidades móviles también se utilizarán para realizar tamizajes gratuitos de las enfermedades más prevalentes, y se organizarán ferias de salud para promover la detección temprana de enfermedades y proporcionar información sobre la importancia de la atención médica regular.

La educación comunitaria sobre las EAC se enfocará en el autocuidado, la detección temprana y el seguimiento constante. El programa tendrá los siguientes pasos:

- **Sesiones educativas en cada comunidad:** Se organizarán sesiones mensuales en centros comunitarios, plazas y mercados locales. Estos eventos contarán con la presencia de médicos generales, enfermeros y líderes comunitarios para explicar a la población cómo prevenir las enfermedades más prevalentes como el cáncer y las enfermedades cardiovasculares.
- **Material educativo:** Se distribuirán folletos informativos, videos educativos y se usarán plataformas digitales para aumentar la cobertura educativa. Estos materiales serán distribuidos por voluntarios comunitarios durante eventos y consultas en centros de salud.
- **ornadas de sensibilización en salud:** Una vez al año, se organizarán ferias de salud en cada municipio con actividades de tamizaje gratuito y charlas educativas sobre EAC.

6.5. Implementación de programas de nutrición y soporte psicosocial.

La nutrición adecuada y el soporte psicosocial son fundamentales para garantizar la salud integral de las personas, especialmente aquellas que sufren de enfermedades crónicas y de alto costo, como diabetes, hipertensión y cáncer. Estos programas no solo abordan las necesidades físicas de los pacientes, sino que también proporcionan apoyo emocional, psicológico y social, aspectos cruciales para el tratamiento y manejo de enfermedades complejas. La implementación efectiva de estos programas contribuirá a mejorar la calidad de vida de los pacientes y facilitará su adherencia al tratamiento médico.

Diseño del Programa de Nutrición

El programa de nutrición se diseñará con el objetivo de promover una alimentación equilibrada, adaptada a las necesidades de los pacientes con enfermedades de alto costo.

La dieta debe estar orientada a controlar los factores de riesgo asociados con estas enfermedades, como la obesidad, la hipertensión, los niveles elevados de glucosa y el colesterol. La implementación de este programa se basará en las siguientes acciones:

- **Evaluación nutricional individualizada:** En el primer contacto, todos los pacientes recibirán una evaluación nutricional detallada, realizada por un nutricionista.

Esta evaluación permitirá identificar las necesidades específicas de cada paciente y diseñar un plan de alimentación personalizado, teniendo en cuenta sus condiciones de salud, antecedentes médicos, preferencias alimentarias y recursos disponibles en su comunidad.

- **Diseño de planes de alimentación adaptados:** Los planes de alimentación no sólo se ajustarán a las necesidades médicas de los pacientes, sino también a los recursos locales y la cultura alimentaria. Se priorizarán los alimentos locales accesibles, garantizando que los pacientes puedan cumplir con el plan sin dificultades económicas. El enfoque se centrará en la promoción de alimentos frescos, bajos en grasa y sal, e incluirá recomendaciones sobre la preparación y consumo adecuado de los mismos.
- **Talleres y charlas educativas:** Como ya se mencionó previamente, se organizarán talleres comunitarios mensuales en los que los nutricionistas explicarán los beneficios de una alimentación saludable y cómo los pacientes pueden ajustar su dieta para mejorar su salud. Estos talleres se realizarán en centros comunitarios, escuelas y plazas públicas, donde se integrará el aprendizaje práctico con la distribución de materiales educativos, recetas saludables y demostraciones de preparación de alimentos.
- **Seguimiento y monitoreo continuo:** Los pacientes recibirán seguimiento mensual para evaluar su progreso, ajustando los planes de nutrición según sea necesario. Las consultas de seguimiento serán realizadas por los nutricionistas en los centros de salud o en las unidades móviles, que visitarán las comunidades más alejadas.

Diseño del programa de soporte psicosocial

El soporte psicosocial es una parte crucial del tratamiento integral para pacientes con enfermedades de alto costo. Las personas con estas condiciones a menudo enfrentan retos emocionales, como el estrés, la ansiedad y la depresión, que pueden afectar su capacidad para adherirse al tratamiento y mejorar su salud. Por lo tanto, el programa de soporte psicosocial se implementará con un enfoque integral que aborde tanto el bienestar emocional como el acompañamiento familiar.

- **Evaluación psicosocial inicial:** Al igual que en el programa de nutrición, todos los pacientes recibirán una evaluación psicosocial inicial. Esta evaluación será realizada por un psicólogo o trabajador social y permitirá identificar las necesidades emocionales y sociales de cada paciente. Se evaluarán factores como el estrés, la ansiedad, los problemas familiares y las barreras sociales que puedan estar afectando su bienestar.
- **Sesiones de apoyo emocional:** Se ofrecerán sesiones individuales y grupales de apoyo emocional para pacientes y sus familias. Estas sesiones estarán dirigidas

por psicólogos y trabajadores sociales especializados en el manejo de enfermedades crónicas. Durante estas sesiones, se abordarán temas como la aceptación de la enfermedad, el manejo del estrés emocional, las técnicas de relajación y las estrategias para afrontar las dificultades cotidianas relacionadas con el tratamiento.

- **Grupos de apoyo y redes comunitarias:** Se fomentará la creación de grupos de apoyo dentro de las comunidades, en los que los pacientes puedan compartir sus experiencias, consejos y estrategias para manejar la enfermedad. Estos grupos serán facilitados por líderes comunitarios capacitados y estarán orientados a la creación de redes de apoyo tanto para los pacientes como para sus cuidadores. Los grupos se reunirán mensualmente en centros comunitarios o en las casas de los propios pacientes.
- **Acompañamiento familiar:** La familia juega un papel clave en el proceso de recuperación y adherencia al tratamiento. Por lo tanto, se ofrecerán sesiones de orientación y apoyo psicosocial para los familiares de los pacientes, ayudándoles a comprender la enfermedad, cómo cuidar al paciente y cómo manejar el impacto emocional de la situación. Estas sesiones se realizarán de forma regular, con especial énfasis en pacientes con enfermedades complejas como el cáncer, donde el apoyo familiar es esencial.

Capacitación de personal de salud

Para que los programas de nutrición y soporte psicosocial sean efectivos, es esencial que el personal de salud esté bien capacitado. Se realizarán talleres de formación para médicos generales, enfermeros, nutricionistas y psicólogos locales, con el objetivo de actualizarlos sobre las mejores prácticas en el manejo de pacientes con enfermedades crónicas y de alto costo y en la implementación de estrategias de apoyo emocional y nutricional.

Estos talleres incluirán capacitación sobre la identificación temprana de problemas nutricionales y emocionales en los pacientes, el manejo integral de la salud y las estrategias de comunicación efectiva para tratar con personas que padecen enfermedades de alto costo.

Implementación en comunidades rurales

La implementación de estos programas en las zonas rurales y rurales dispersas se llevará a cabo mediante un enfoque descentralizado, utilizando unidades móviles de salud que visitarán las comunidades más alejadas. De esta forma, se garantizará que las personas que viven en áreas de difícil acceso también tengan acceso a los servicios de nutrición y soporte psicosocial.

Los centros comunitarios locales serán clave en la coordinación de las actividades, sirviendo de punto de encuentro para los talleres educativos y las consultas de seguimiento. Además, se trabajará de manera estrecha con líderes comunitarios, promotores de salud y organizaciones sociales para asegurar que las intervenciones se adapten a las realidades locales y se implementen de manera efectiva.

Evaluación y seguimiento

El éxito de los programas de nutrición y soporte psicosocial se evaluará mediante el seguimiento continuo de los pacientes y la recopilación de datos sobre su bienestar físico y emocional. Se realizarán evaluaciones trimestrales de los pacientes para medir el impacto de las intervenciones en su salud, adherencia al tratamiento y calidad de vida.

La satisfacción de los pacientes también será un indicador clave para evaluar la efectividad del programa, por lo que se implementarán encuestas de satisfacción y sesiones de retroalimentación en las que los pacientes y sus familiares podrán expresar sus experiencias y sugerencias.

6.6. Alianzas Público - Privadas

Las alianzas públicas-privadas son fundamentales para asegurar la sostenibilidad del modelo de atención primaria en salud. Estas alianzas permitirán combinar los recursos y conocimientos del sector público y privado, lo que contribuirá a la ampliación de la cobertura de los servicios y a la mejora de la calidad de la atención.

El sector público, a través de las secretarías de salud y las EPS, será responsable de coordinar la implementación de las actividades, proporcionar los recursos humanos necesarios y garantizar el acceso a la atención médica básica. El sector privado, a través de organizaciones no gubernamentales, fundaciones y empresas privadas, contribuirá con financiamiento, infraestructura y tecnologías de salud innovadoras, como plataformas digitales para el seguimiento de pacientes y sistemas de telemedicina.

Además, las universidades e instituciones educativas también serán parte de estas alianzas, proporcionando capacitación a los profesionales de la salud y colaborando en la investigación de nuevas soluciones para mejorar la atención en las zonas rurales.

6.7. Análisis normativo del Modelo

Como se describió en la anterior sección sobre el contexto normativo de la atención en salud de enfermedades de alto costo en zonas rurales de Colombia, el país cuenta con un marco jurídico robusto sobre el cual se puede estructurar un modelo de atención específico para la atención de estas enfermedades en las zonas dispersas del país.

La Ley 1751 de 2015, Ley Estatutaria de Salud, mantiene vigente la obligación del Estado de garantizar servicios en zonas marginadas o de baja densidad poblacional y el marco jurídico de la APS, establecida por la Ley 1438 de 2011, mantiene vigentes los componentes integrados de servicios de salud, acción intersectorial y participación social. Su implementación se ha materializado a través de los Planes Decenales de Salud Pública que a su vez se han materializado vía resoluciones del MSPS, el primero para 2012-2021 y el segundo para 2022-2031. Además, la operacionalización de la APS mediante equipos de salud interdisciplinarios también está hoy reglamentada a partir de resoluciones del MSPS. También está vigente el Plan Nacional de Salud Rural (PNSR) del 2021, que define acciones específicas a desarrollarse en 170 municipios PDET. Este plan contempla un modelo especial de salud para zonas rurales y el fortalecimiento de la oferta de servicios como base para un desarrollo posterior.

En relación con las enfermedades de alto costo, la CAC continúa siendo el mecanismo para neutralizar la selección de riesgos entre aseguradoras y compensar la atención de patologías costosas. Las enfermedades consideradas de alto costo, que incluyen la enfermedad renal crónica, diversos tipos de cáncer, VIH/SIDA, hemofilia, artritis reumatoide y enfermedades huérfanas, tienen cada una su normatividad específica y que no riñe de manera directa con una propuesta de Modelo de Atención Primaria para Enfermedades de Alto Costo en Población Rural en Colombia. Por otra parte, la telemedicina también está reglamentada por la Ley 1419 de 2010, que establece los lineamientos para el desarrollo de la telesalud en el país, mientras que la Resolución 2654 de 2019 reglamenta cuatro modalidades: telemedicina interactiva, no interactiva, teleexpertise y telemonitoreo. Este marco normativo permite la prestación de servicios a distancia, particularmente relevante para zonas rurales y para el seguimiento de enfermedades de alto costo.

Los principios rectores propuestos en el modelo de APS para enfermedades de alto costo en la población rural dispersa de Colombia son totalmente compatibles con el marco jurídico vigente y no requieren de modificaciones de normas de rango legal, ni tampoco de los decretos vigentes.

Propuesta Normativa para la Implementación del Modelo MAPS-EAC Rural

En el Anexo 1 se incluye una propuesta normativa para materializar el modelo a través de una resolución del Ministerio de Salud y Protección Social, diseñada para adoptar formalmente el Modelo de Atención Primaria en Salud para Enfermedades de Alto Costo en Zonas Rurales y Rurales Dispersas (MAPS-EAC Rural). El objetivo principal de esta resolución es establecer el marco jurídico y operativo necesario para la implementación efectiva del modelo, sirviendo como el instrumento legal que define instrucciones claras, asigna responsabilidades específicas a los actores del sistema de salud, orienta el manejo de la información para el seguimiento, y sienta las bases para la adecuación de los mecanismos de financiación requeridos.

Estructura y Contenido Clave de la Resolución Propuesta:

La resolución propuesta se estructura en torno a los siguientes elementos fundamentales:

Objeto y ámbito de aplicación (artículos 1 y 2): Define claramente el propósito de adoptar el MAPS-EAC Rural y especifica los actores institucionales y comunitarios a los cuales aplica la norma, incluyendo entidades territoriales, EPS (o quien haga sus veces), IPS, y otros actores relevantes en el contexto rural.

Fundamentos del modelo (artículos 3, 4 y 5): Establece los Principios Rectores (Accesibilidad, Integralidad, Equidad, Participación Comunitaria, Sostenibilidad, Calidad) que guían el modelo, ofrece una Definición clara del MAPS-EAC Rural como un enfoque basado en APS con perspectiva territorial y diferencial, y detalla los Objetivos específicos que busca alcanzar en términos de acceso, resultados en salud, fortalecimiento de redes, coordinación, uso de TICs, continuidad, participación, financiación y talento humano.

Ejes estratégicos operativos (artículo 6): Detalla los componentes centrales del modelo, organizados en ejes que abordan: Acceso y Oportunidad (telesalud, unidades móviles, albergues, eliminación de barreras); Prestación de Servicios y Redes Integradas (organización de RIPSS, protocolos, referencia y contrarreferencia); Prevención y Promoción (tamizajes, vacunación, hábitos saludables, educación); Talento Humano (formación, incentivos, equipos multi); Participación y Enfoque Diferencial (comités locales, interculturalidad, empoderamiento comunitario); Gobernanza y Coordinación (roles, articulación, sistemas de info, M&E); y Soporte Integral (nutrición, apoyo psicosocial, redes comunitarias).

Desarrollos específicos (artículos 7 y 8): Dedicar artículos particulares a elementos críticos para el contexto rural:

Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud (RIPSS): Establece los requisitos para su organización y gestión adaptada al MAPS-EAC Rural, asegurando la articulación entre niveles y la continuidad de la atención.

Servicio de albergue temporal: Define este servicio esencial para pacientes rurales y sus familias, especificando sus componentes mínimos (alojamiento, alimentación, acompañante bajo condiciones, apoyo psicosocial) y orientando su diseño participativo y financiación.

Gobernanza y coordinación (artículo 9): Asigna explícitamente las responsabilidades de liderazgo, implementación, aseguramiento, prestación y participación a los diferentes actores (MSPS, Entidades Territoriales, EPS, IPS, Comunidad), enfatizando la necesidad de coordinación y alianzas.

Financiamiento (artículo 10): Aborda la sostenibilidad financiera proponiendo el desarrollo y/o adaptación de mecanismos como: ajustes a la UPC basados en riesgo rural,

pago por desempeño (P4P), esquemas de riesgo compartido, análisis de integración vertical, gestión de fuentes alternativas (cooperación, APP, Obras por Impuestos) y el uso de recursos del PIC, incluyendo la financiación específica para albergues.

Implementación, seguimiento y evaluación (artículo 11): Establece el carácter gradual y progresivo de la implementación, la necesidad de Planes de Acción Territoriales, la definición de indicadores por parte del MSPS y la importancia del monitoreo y evaluación participativos.

Articulación y vigencia (artículos 12 y 13): Asegura la coherencia del MAPS-EAC Rural con otras políticas y modelos existentes y establece la entrada en vigencia de la resolución.

Comentarios frente a la propuesta de resolución

Es importante anotar que en este momento se encuentra en curso no solamente una propuesta de reforma a la salud que, hasta la fecha de este reporte, se encuentra en trámite en la Comisión VII del Senado. La versión del PL 312 de 2024 (Cámara) aprobada por la Cámara de Representantes incluye artículos específicos relacionados con la atención en salud en las zonas rurales y las responsabilidades de los actores del sistema frente a la atención en salud de enfermedades de alto costo, lo cual podrá incidir directamente en la resolución propuesta que adopte el Modelo de Atención Primaria para Enfermedades de Alto Costo en Población Rural en Colombia.

Por otra parte, también se encuentra en trámite un borrador de decreto que establece el Plan Nacional de Salud Rural y que define proyectos, inversiones y medidas en zonas rurales. Si bien el Modelo de Atención Primaria para Enfermedades de Alto Costo en Población Rural en Colombia no riñe directamente con ninguno de los contenidos en trámite, ambos proyectos normativos son de rango superior a una resolución. También cabe destacar que es importante tener en cuenta las disposiciones que queden vigentes en la resolución que hoy se encuentra en borrador sobre la implementación de la GSP a nivel territorial en el contexto del Plan Decenal de Salud Pública y el modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo. Esto significa que cualquier resolución que quiera adoptar el modelo propuesto en este documento, tendrá que adaptarse a la estructura institucional, financiera y jurídica que definan las normas superiores o anteriores mencionadas.

La única propuesta del modelo que requeriría una norma de mayor rango para su materialización es aquella que busca una combinación de diferentes fuentes de recursos públicos, privados y donaciones internacionales para su financiamiento (como la formalización de las alianzas público-privadas), pero la aprobación del borrador del decreto del PNSR podría eliminar esa necesidad ya que el proyecto normativo ya dispone de un artículo específico para la financiación de la salud rural.

Por otra parte, El MSPS ha autorizado la financiación de estos servicios para zonas específicas del país, como es el caso del servicio de albergues en el departamento

del Guainía, en donde se desarrolló la aplicación de un mecanismo de financiación para las EPS Coosalud y Nueva EPS para la operación de un modelo especial de aseguramiento. Las resoluciones que definieron este mecanismo, 722 de 2023 y 1213 de 2024, establecieron el concepto y alcance del servicio de albergue, sus fuentes de financiación, el procedimiento de reconocimiento y pago de los servicios y el valor a reconocer. La resolución que adopte el Modelo de Atención Primaria para Enfermedades de Alto Costo en Población Rural en Colombia tendrá que desarrollar una sección específica para la definición de los servicios de albergue a nivel general.

6.8. Financiamiento y costos del Modelo

Para la implementación de este modelo es fundamental diseñar incentivos que respondan a las barreras estructurales y económicas que enfrentan las EPS e IPS en estos territorios. La baja densidad poblacional y la dispersión geográfica generan un problema de rentabilidad que debe abordarse con estrategias diferenciadas, alineadas con modelos exitosos en otros contextos.

Ajustes en la Financiación

En las áreas rurales, los costos operativos son considerablemente más altos debido a factores como la dispersión geográfica, la escasez de infraestructura y las dificultades logísticas. A pesar de que existen ajustes diferenciales en la UPC para zonas especiales, estos no siempre reflejan adecuadamente la complejidad y los costos reales de operar en estas regiones. Esta situación puede comprometer la sostenibilidad financiera de las IPS especializadas en el manejo de enfermedades catastróficas.

Un ejemplo de la necesidad de ajustar la UPC se observa en la atención de enfermedades como la Hemofilia A Severa. La Resolución 861 de 2023 del Ministerio de Salud y Protección Social establece montos específicos a reconocer y pagar a las EPS para ajustar la desviación de siniestralidad asociada a esta condición. Este mecanismo busca compensar los costos adicionales que implican tratamientos especializados y continuos, evidenciando la importancia de considerar la complejidad de la patología en la asignación de recursos. Además, la Cuenta de Alto Costo se ha implementado como un mecanismo de ajuste financiero entre EPS con diferentes cargas de enfermedades de alto costo, como VIH, hemofilia y cáncer. Este sistema busca equilibrar las cargas financieras derivadas de la atención de estas patologías, promoviendo una distribución más equitativa de los recursos y asegurando la sostenibilidad del sistema de salud.

Sin embargo, estos mecanismos pueden no ser suficientes para abordar las particularidades de las zonas rurales. Por lo tanto, se recomienda el diseño de un cálculo de UPC basado en riesgo, que considere no solo la complejidad de la enfermedad, sino

también factores demográficos, epidemiológicos y de costos operativos específicos de las zonas rurales. Este enfoque podría incentivar la instalación y operación de IPS especializadas en regiones apartadas, mejorando el acceso a servicios de salud de alta complejidad y la sostenibilidad financiera de los prestadores.

Para estimar una Unidad de Pago por Capitación (UPC) basada en riesgo que sea adecuada para enfermedades de alto costo en zonas rurales de Colombia, es necesario incorporar múltiples factores estructurales y territoriales que reflejen con mayor precisión las condiciones reales de prestación en estos contextos. Uno de los elementos más relevantes es la carga de enfermedad ajustada por severidad clínica, ya que los costos asociados al tratamiento varían considerablemente según la complejidad de cada condición. No es equivalente el manejo de hipertensión leve al tratamiento continuo y especializado de pacientes con hemofilia severa, cáncer metastásico o enfermedad renal crónica en estadios avanzados. Esta variación debe ser reconocida explícitamente en la fórmula de la UPC para evitar el subfinanciamiento de casos de alta complejidad.

Adicionalmente, los costos operativos reales en zonas rurales representan un componente crítico del cálculo. La dispersión geográfica, la falta de infraestructura básica y las dificultades logísticas incrementan de forma significativa los gastos necesarios para operar servicios de salud en estos territorios. A pesar de que existen ajustes por ruralidad en la UPC actual, estos no siempre reflejan con exactitud los costos reales de funcionamiento, lo que compromete la sostenibilidad financiera de las IPS que prestan servicios en regiones apartadas.

Otro aspecto fundamental es la composición demográfica y epidemiológica local. Poblaciones con un alto porcentaje de personas mayores, con dependencia funcional o con mayor carga de comorbilidades, tienden a generar una demanda más intensiva de servicios de salud y seguimiento clínico. Este factor, combinado con la capacidad instalada existente —es decir, la infraestructura y el talento humano disponible en cada territorio—, permite identificar brechas que deben ser consideradas como parte del riesgo financiero asumido por los aseguradores.

A estos elementos estructurales se pueden sumar ajustes adicionales de carácter territorial. Por ejemplo, la accesibilidad geográfica y tecnológica (incluyendo la necesidad de transporte fluvial, rutas alternas o conectividad para telemedicina), la variabilidad estacional del acceso (como ocurre en regiones amazónicas durante las temporadas de lluvia o crecida de ríos), y las barreras socioculturales propias de comunidades indígenas o afrodescendientes. Estos factores, aunque no aplican de forma homogénea en todo el país, deben poder modularse dentro del esquema de financiación como componentes de ajuste, permitiendo así una mejor correspondencia entre el riesgo asumido y los recursos asignados.

Pago por Desempeño y Cobertura en Enfermedades Catastróficas

Otra estrategia a explorar para fortalecer la atención de enfermedades de alto costo en zonas rurales en Colombia es la implementación de un modelo de pago por resultados en salud, dirigido a EPS e IPS. Este enfoque condicionaría los incentivos financieros al cumplimiento de indicadores específicos de calidad y eficiencia, promoviendo la detección temprana, el manejo adecuado y la optimización de los recursos en enfermedades catastróficas. Bajo este esquema, las IPS que logren reducir hospitalizaciones evitables, mejorar la adherencia a tratamientos y garantizar un manejo oportuno de patologías como artritis reumatoide o cáncer recibirían pagos adicionales en zonas rurales.

Para reforzar el impacto de esta estrategia, se recomienda que los incentivos no solo beneficien a las instituciones prestadoras, sino que lleguen directamente a los profesionales de la salud que están en primera línea de atención. Esto podría lograrse mediante bonificaciones individuales, incrementos salariales o programas de incentivos económicos ligados al desempeño y cumplimiento de objetivos clínicos y operativos. De esta manera, se fomentaría un mayor compromiso y calidad en la prestación de los servicios, incentivando a los profesionales a mejorar la continuidad del tratamiento y la adherencia de los pacientes.

Este tipo de incentivos económicos directos podría estimular la prestación de servicios de alta calidad y favorecería la eficiencia en la atención de pacientes con condiciones de alto costo en zonas rurales. Además, la implementación de esquemas de pago por resultados con límites claramente definidos evitaría sobrecostos y fomentaría un uso racional de tecnologías y procedimientos. Para ello, se establecerían métricas de desempeño que permitan evaluar de manera objetiva la efectividad de las intervenciones sin incentivar el uso innecesario de pruebas diagnósticas o tecnologías costosas que no aporten valor clínico significativo.

El pago por desempeño (P4P) ha demostrado ser una estrategia costo-efectiva, mejorando tanto la calidad del tratamiento como la eficiencia organizacional. Este tipo de estrategia, con solo un 5% de incremento en costos, ha generado un 325% de aumento en adherencia al tratamiento (ICER = \$453) y 116% (ICER = \$333) en la competencia del personal. En Colombia, implementar P4P en enfermedades de alto costo en zonas rurales podría incrementar la oferta de servicios en esas áreas, optimizando recursos y fortalecer la sostenibilidad financiera del sistema de salud (Garner et al., 2018).

Riesgo Compartido entre el Estado y las EPS

Implementar esquemas de riesgo compartido entre el Estado y las Entidades Promotoras de Salud (EPS) podría ser una estrategia viable para incrementar la oferta de servicios de salud en las zonas rurales de Colombia, especialmente en la atención de

enfermedades de alto costo. Este enfoque busca distribuir equitativamente los riesgos financieros asociados con tratamientos costosos, incentivando a las EPS a operar en áreas donde, debido a la baja demanda y altos costos operativos, tradicionalmente no han tenido presencia.

En España, se han establecido acuerdos de riesgo compartido para facilitar el acceso a medicamentos innovadores y costosos (Espín et al., 2010). Estos acuerdos permiten que las autoridades sanitarias y las compañías farmacéuticas compartan los riesgos financieros y clínicos relacionados con la introducción de nuevos tratamientos, asegurando que los pacientes reciban terapias avanzadas sin comprometer la sostenibilidad del sistema de salud.

En el contexto colombiano, aunque la implementación de acuerdos de riesgo compartido es aún incipiente, existe un interés creciente en adoptarlos para mejorar la eficiencia en el uso de recursos y garantizar el acceso a tratamientos de alto costo (Copete Oviedo, 2022). Un estudio reciente destaca que estos acuerdos podrían ser particularmente beneficiosos en el manejo de enfermedades crónicas y en la introducción de nuevas tecnologías médicas (Copete Oviedo, 2022). Sin embargo, para que estos esquemas sean efectivos, es fundamental establecer una infraestructura sólida de seguimiento y evaluación de resultados, así como una alineación clara de objetivos entre el Estado y las EPS. Además, se requiere una inversión en sistemas de información que permitan monitorear de manera eficiente los resultados clínicos y financieros de los tratamientos implementados bajo estos acuerdos.

Integración Vertical entre Aseguradores y Prestadores

La integración vertical entre aseguradores y prestadores de servicios de salud es una estrategia que podría mejorar la coordinación, eficiencia y sostenibilidad del sistema de salud, especialmente en el manejo de enfermedades de alto costo en zonas rurales. Bajo este modelo, las EPS y las IPS operan de manera conjunta, optimizando recursos, reduciendo barreras administrativas y asegurando una prestación más eficiente y continua de los servicios.

A través de este esquema, se podrían establecer modelos de pago por desempeño, con la finalidad de alinear los incentivos financieros con la calidad de la atención, al tiempo que se evitan sobrecostos derivados del uso innecesario de tecnologías o procedimientos médicos costosos. Además, esta integración facilitaría inversiones en infraestructura y talento humano en regiones de difícil acceso, donde la oferta de servicios especializados es limitada.

Beneficios de la Integración Vertical en el Contexto Rural

La implementación de la integración vertical en el sistema de salud colombiano podría generar múltiples beneficios, en particular en la prestación de servicios en zonas rurales:

- **Mejora en la continuidad del tratamiento y la eficiencia del sistema:** Al coordinar directamente la provisión y aseguramiento de los servicios de salud, se reducen los problemas de fragmentación en la atención de enfermedades crónicas y catastróficas, lo que permite una mejor adherencia a tratamientos y una optimización del uso de recursos.
- **Distribución equitativa del riesgo financiero:** Al compartir la gestión de costos entre aseguradores y prestadores, se disminuye la incertidumbre sobre la viabilidad de ofrecer tratamientos de alto costo en zonas rurales, donde la baja densidad poblacional suele dificultar la sostenibilidad de los prestadores.
- **Incentivo a la inversión en infraestructura y tecnologías en salud:** Al operar bajo un esquema integrado, las EPS podrían justificar y realizar inversiones en clínicas, centros de diagnóstico, telemedicina y otras innovaciones que permitan fortalecer la oferta de servicios en regiones apartadas.

Regulación para Minimizar Riesgos

Si bien la integración vertical presenta beneficios potenciales, su implementación en Colombia enfrenta debe ser cuidadosamente contemplada:

- **Riesgo de monopolización y reducción de la competencia:** Si una EPS controla la mayoría de los prestadores en una región rural, podría generar barreras para la libre elección de servicios, reduciendo la competencia y potencialmente afectando la calidad del servicio.
- **Incentivos mal alineados:** Existe la posibilidad de que las EPS prioricen la reducción de costos en detrimento de la calidad, restringiendo el acceso a tratamientos costosos o promoviendo opciones de menor eficacia.
- **Falta de regulación específica en Colombia:** Aunque algunas EPS han operado bajo esquemas de integración vertical, el país ha impuesto restricciones para evitar la concentración de mercado y garantizar la libre competencia.

Ejemplos Internacionales de Integración Vertical en Salud

Existen experiencias exitosas de integración vertical que han demostrado su impacto positivo en la eficiencia y calidad del sistema de salud:

- **Kaiser Permanente (Estados Unidos):** Un sistema de salud altamente integrado donde aseguramiento y provisión de servicios operan de manera conjunta, logrando reducciones en costos y mejoras en la calidad de la atención en enfermedades crónicas. Este modelo ha sido reconocido por su enfoque preventivo y su capacidad de gestionar enfermedades de alto costo de manera eficiente.

- **National Health Service (Reino Unido):** En el Reino Unido, el modelo de atención integrada entre prestadores y financiadores ha sido clave en la optimización de costos y la mejora en el acceso a tratamientos especializados en zonas con menor densidad de población.
- **Sistema de Salud Integrado de España:** España ha implementado modelos de integración en regiones con alta dispersión geográfica, donde el Estado financia parcialmente la provisión de servicios en colaboración con aseguradoras, asegurando así el acceso a tratamientos de alto costo en zonas rurales.

Incentivos para Profesionales de la Salud en Áreas Rurales

El acceso limitado a profesionales de la salud en zonas rurales de Colombia constituye un obstáculo significativo para la prestación de servicios de atención en enfermedades de alto costo. La escasez de especialistas y la alta rotación del personal sanitario en estas regiones dificultan la continuidad del tratamiento, lo que impacta negativamente en los resultados en salud y en la eficiencia del sistema. Para abordar este problema, se propone la implementación de un programa de incentivos dirigido a médicos, enfermeros y otros profesionales de la salud, con el objetivo de mejorar la disponibilidad y retención de talento en áreas rurales.

El esquema de incentivos debe contemplar tres dimensiones clave:

- Incentivos económicos directos, a través de bonificaciones salariales y primas diferenciales para profesionales que trabajen en zonas rurales con acceso limitado a servicios especializados.
- Desarrollo profesional y formación, mediante el acceso a programas de especialización en medicina rural, becas para estudios avanzados y esquemas de condonación de créditos educativos para quienes presten sus servicios en estas regiones.
- Mejoras en la calidad de vida y estabilidad laboral, con subsidios para vivienda, apoyo en transporte y contratación estable con beneficios adicionales.

Un referente internacional de esta estrategia es el programa Mais Médicos en Brasil, una estrategia destinada a mejorar la oferta de servicios de salud en municipios con escasez de personal médico. Este programa ofrece incentivos salariales de hasta R\$ 475,000 para médicos que acepten trabajar en zonas rurales y vulnerables. Además, los profesionales de la salud reciben formación específica en medicina familiar y comunitaria, asegurando que los servicios prestados sean adecuados a las necesidades de la población. La iniciativa ha permitido aumentar la cobertura médica en regiones apartadas, reduciendo las brechas en la atención de enfermedades crónicas y de alto costo.

Fuentes de financiación

Diversificación de Fuentes de Recursos

El Plan Nacional de Salud Rural (PNSR) ha definido una estrategia de financiamiento a través del Presupuesto General de la Nación (PGN), con una asignación total de \$2.937.092.268.135 COP para el período 2018-2031 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022). Este presupuesto se orienta a fortalecer la infraestructura sanitaria, la formación del talento humano en salud, la asistencia técnica territorial y la implementación de modelos de atención integral en salud pública para zonas rurales dispersas.

Infraestructura Hospitalaria y Servicios de Salud

Uno de los principales ejes de inversión se centra en la construcción y mejoramiento de la infraestructura hospitalaria en zonas rurales, con una asignación de \$68.922.392.583 COP destinada al funcionamiento de centros y puestos de salud. Dentro de este rubro, se incluyen:

- Construcción y dotación de infraestructura hospitalaria de nivel 1.
- Reforzamiento estructural de hospitales de nivel 1 y 2.
- Construcción y dotación de hospitales de nivel 2.

Si bien este componente representa una inversión importante, es significativamente menor en comparación con otros rubros del presupuesto, lo que sugiere una posible necesidad de mayor asignación de recursos para la ampliación y modernización de la infraestructura de salud en áreas rurales.

Asistencia Técnica y Telemedicina

El fortalecimiento de los servicios de asistencia técnica territorial y telemedicina es otro de los componentes estratégicos del PNSR. Se han destinado \$4.036.035.236 COP para apoyar la implementación de tecnologías de salud a distancia y la capacitación de profesionales de la salud en regiones apartadas. La telemedicina es una herramienta clave en la atención de enfermedades de alto costo, ya que facilita el acceso a especialistas y reduce costos operativos asociados a traslados y hospitalizaciones innecesarias.

Talento Humano en Salud

El desarrollo del talento humano en salud es una prioridad en el modelo de atención rural, con una inversión de \$94.505.565 COP destinada a la formulación de documentos de lineamientos técnicos y a la capacitación del personal sanitario. La disponibilidad de profesionales con competencias específicas para la atención en zonas rurales es fundamental para garantizar la efectividad del modelo de atención

en enfermedades de alto costo, como el cáncer, VIH/SIDA, artritis reumatoide y hemofilia A severa. Aunque esto es un avance en la inversión en capitación en salud, la inversión sigue siendo limitada.

Modelo de Atención Integral y Salud Pública

El componente con mayor asignación presupuestaria es la formulación y ejecución de planes y programas de salud pública, con una inversión de \$2.863.939.781.277 COP, lo que representa aproximadamente el 97.7% del total del presupuesto asignado. Este financiamiento busca garantizar la sostenibilidad de la atención primaria en salud en el ámbito rural mediante estrategias de prevención, vigilancia epidemiológica y fortalecimiento de redes integradas de atención. Lo cual se alinea perfectamente con este modelo que es basado en atención primaria en salud.

Evaluación y Seguimiento del Modelo de Atención

Finalmente, el presupuesto contempla \$57.551.000 COP para la asistencia técnica territorial orientada a la evaluación del modelo de atención en salud rural.

Fuentes de financiamiento alternativo

Recursos Propios de las Entidades Territoriales

Los recursos propios de las entidades territoriales son esenciales para complementar la inversión nacional y garantizar un enfoque local adaptado a las necesidades específicas de las zonas rurales. Para fortalecer la atención de enfermedades de alto costo, es fundamental que las entidades territoriales incorporen estas intervenciones dentro de sus estrategias de promoción y prevención.

Una de las principales herramientas para este propósito es el Plan de Intervención Colectiva (PIC), el cual permitiría la implementación de estrategias locales dirigidas a la prevención, diagnóstico temprano y atención integral de enfermedades como cáncer, VIH/SIDA, artritis reumatoide y hemofilia A severa.

Convenios con el Sector Privado y Cooperación Internacional

La captación de recursos mediante alianzas con empresas privadas y organismos internacionales es crucial. Ejemplos como el Plan Fronteras para la Prosperidad, en el que se consolidaron centros de telemedicina en zonas fronterizas, evidencian que estas alianzas pueden reducir significativamente los costos iniciales y operativos. La colaboración con el Ministerio de TIC y el sector de telecomunicaciones también es vital para mejorar la conectividad, elemento esencial para el éxito de la telemedicina.

Licencia obligatoria en la modalidad de uso gubernamental

Dado que Colombia ha declarado razones de interés público para someter la patente del medicamento cuyo principio activo es Dolutegravir a licencia obligatoria en la

modalidad de uso gubernamental, y considerando que este medicamento se encuentra en el esquema de primera línea para la atención de personas con VIH –lo que representa un ahorro anual directo por el acceso a ese medicamento por paciente de cerca de \$4,645,001 COP, sin incluir el ahorro por complicaciones– se propone la creación de una alianza público-privada estratégica. Esta alianza invitaría a actores clave del sector privado y a organizaciones internacionales, como Médicos Sin Fronteras, a coordinar un programa integral de tratamiento del VIH en zonas rurales. La iniciativa buscaría optimizar el acceso a Dolutegravir a costos reducidos o gratuitos, dado que está incluido en el Plan de Beneficios en Salud, mediante la implementación de mecanismos de distribución eficientes y la capacitación del personal local. De esta manera, se aseguraría que las poblaciones más vulnerables reciban atención oportuna y de alta calidad, contribuyendo a la equidad en el acceso a los tratamientos del VIH en Colombia.

Obras por impuestos

Según lo establecido en el artículo 71 de la Ley 1943 de 2018, los contribuyentes pueden formalizar convenios con entidades públicas a nivel nacional para desarrollar proyectos de infraestructura o equipamiento, a cambio de recibir títulos negociables que les permitan compensar el impuesto sobre la renta. Los proyectos se seleccionarán a través del Banco de Proyectos, coordinado conjuntamente por la Agencia para la Renovación del Territorio (ART) y el Departamento Nacional de Planeación (DNP). En este sentido, se podría coordinar con DNP y ART para adelantar inversiones en infraestructura y dotación en el sector salud de las zonas rurales, facilitando así una atención integral para enfermedades de alto costo en estas regiones.

Programas Específicos para Poblaciones Vulnerables y Migrantes

Ante el incremento de migrantes y asentamientos en áreas rurales, se debe considerar la inclusión de estos grupos en programas de atención de alto costo. Por ejemplo, según el Ministerio de Salud y Protección Social al alrededor del 0,8% y 1,2% de las personas migrantes y refugiadas de Venezuela que viven en Colombia tenían VIH (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023). La colaboración con la OIM y otros organismos internacionales para financiar proyectos dirigidos a migrantes permitirá atender un segmento que, históricamente, ha sido desatendido y que requiere de un enfoque integral.

Gestión de Fondos Alternativos y Voluntarios

Alianzas con Organizaciones No Gubernamentales y Fondos Internacionales:

La cooperación con entidades como la Federación Colombiana de Enfermedades Raras (FECOER), el Fondo Mundial y ONUSIDA puede abrir nuevas vías de financiamiento. Estas organizaciones han demostrado experiencia en la financiación de programas de salud de alto impacto y pueden aportar tanto recursos económicos como asistencia técnica para la implementación de modelos innovadores en zonas rurales.

Conclusión

La atención de enfermedades de alto costo en zonas rurales de Colombia requiere un enfoque integral que combine financiamiento sostenible, optimización de recursos y estrategias innovadoras para mejorar la oferta de servicios de salud. Si bien el SGSSS ha avanzado en la financiación de servicios de salud, la creciente complejidad de los casos y las limitaciones en la oferta de especialistas evidencian la necesidad de mecanismos complementarios para garantizar la sostenibilidad del sistema y la equidad en el acceso a tratamientos.

Las estrategias exploradas en este apartado destacan ajustes en la financiación, como el incremento de la UPC diferencial en zonas rurales, y la implementación de esquemas de pago por desempeño, que han demostrado ser costo-efectivos en otros contextos. Asimismo, la integración vertical entre aseguradores y prestadores permitiría una mejor gestión de los servicios, mientras que los esquemas de riesgo compartido entre el Estado y las EPS podrían reducir la carga financiera sobre las aseguradoras y mejorar la cobertura en regiones de difícil acceso.

Adicionalmente, la implementación de incentivos para profesionales de la salud es fundamental para garantizar la disponibilidad de personal médico en zonas rurales. Programas internacionales, como Mais Médicos en Brasil, han demostrado que las bonificaciones económicas, la estabilidad laboral y el desarrollo profesional son elementos clave para mejorar la retención de talento en estas áreas.

Desde el punto de vista financiero, la inversión en salud rural no solo mejora los indicadores de equidad, sino que también genera beneficios económicos sustanciales a largo plazo. Estrategias como la prevención del VIH y el tratamiento temprano de la artritis reumatoide han demostrado ser altamente rentables, generando ahorros significativos y optimizando la eficiencia del sistema de salud.

No obstante, persiste el desafío de garantizar el financiamiento de programas de beneficios sociales dirigidos a personas con discapacidad severa que les impida laborar y que no hayan contribuido a un sistema de pensiones. Actualmente, la falta de un esquema de protección social integral para esta población representa una barrera en la equidad del acceso a la salud y el bienestar económico. La inclusión de mecanismos de subsidios universales o programas de renta básica, financiados a través de fuentes alternativas como alianzas público-privadas y cooperación internacional, podría ser clave para garantizar la protección económica de estos grupos y complementar los esfuerzos en salud.

Finalmente, el fortalecimiento de alianzas estratégicas con el sector privado y la cooperación internacional representa una oportunidad clave para ampliar las fuentes de financiamiento y reducir las barreras económicas que limitan el acceso a servicios de alto costo en zonas rurales.

Metodología y resultados del análisis de costos

El presente análisis de costos fue desarrollado a partir de una estrategia metodológica previamente utilizada para estimar el costo de implementar un modelo de atención primaria en salud en zonas rurales y dispersas del país en la cual la participó del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) de Colombia (Universidad de los Andes, 2019; Ministerio de Salud y Protección Social & BID, 2013). La metodología retoma experiencias documentadas en ejercicios técnicos realizados en departamentos como con alta ruralidad, y se ajusta a las condiciones específicas del territorio objeto de análisis.

El modelo de costos está estructurado en cinco componentes esenciales para el funcionamiento operativo de un sistema de atención primaria en zonas de difícil acceso: (i) personal de salud, (ii) dotación de puestos de salud, (iii) dotación de centros de salud, (iv) infraestructura de conectividad para telemedicina, y (v) transporte. Cada componente fue valorado como una unidad funcional estándar. Este enfoque no solo facilita la comparación entre territorios, sino que ofrece una base flexible que puede ser adaptada según las condiciones demográficas, epidemiológicas y geográficas de cada región. De esta manera, se convierte en una herramienta útil para la planeación estratégica, permitiendo estimaciones más precisas cuando se integran datos locales de demanda y capacidad instalada.

La estimación de los costos de personal parte del cálculo del talento humano mínimo requerido para garantizar la operación continua de servicios intramurales y extramurales. Se reconoce que, por normativa, los centros de salud no pueden operar sin presencia médica permanente, lo que limita la flexibilidad del personal para desarrollar actividades comunitarias fuera del establecimiento. En respuesta a esta restricción operativa, el modelo contempla la contratación de personal adicional que permita cubrir de manera simultánea la atención institucional y las acciones extramurales. Los salarios fueron definidos con base en precios de mercado de Colombia y ajustados con un margen del 30% como incentivo a la permanencia en territorios de alta dispersión y difícil acceso para un periodo de 12 meses (Huicho et al., 2012).

Por su parte, la dotación de puestos y centros de salud fue calculada bajo un modelo basado en kits de provisión, compuestos por medicamentos esenciales, elementos de laboratorio, papelería, insumos odontológicos y equipos clínicos menores. Los contenidos de los kits y los consumos promedio se fundamentan en estándares establecidos por Médicos Sin Fronteras (MSF) en operaciones de atención en zonas rurales de Colombia, así como en experiencias previas del MSPS. Estos kits están diseñados como un paquete base que garantiza la provisión de insumos médicos y medicamentos esenciales. Su estructura estandarizada permite no solo facilitar la planificación y logística, sino también ser un punto de partida adaptable a las realidades locales. A partir de esta base, los kits pueden ser optimizados incorporando información específica sobre la carga de enfermedad, la frecuencia de consulta y las características demográficas del territorio.

El componente de transporte contempla el costo de adquisición de una ambulancia fluvial, destinada a garantizar la oportunidad en la atención de emergencias y en la movilidad del personal de salud en contextos rurales dispersos. Si bien esta estimación no incluye los gastos de combustible, mantenimiento, viáticos asociados a remisiones intermunicipales o interdepartamentales, ni los costos de hospedaje del paciente, dicha exclusión obedece a una estrategia que reconoce la alta variabilidad de estos rubros según el destino, las condiciones climáticas, la duración del trayecto y el tipo de vehículo requerido. En lugar de asumir valores promedio que podrían distorsionar la planificación, esta aproximación habilita a los gestores territoriales a tomar decisiones informadas sobre la modalidad de transporte más adecuada —ya sea mediante la adquisición de vehículos propios o la contratación de servicios por demanda— con base en criterios locales de costo-efectividad, frecuencia de uso y capacidad logística instalada.

Finalmente, el análisis de infraestructura para telemedicina incluye los costos de instalación de infraestructura mínima necesaria para habilitar servicios de telemedicina en territorios sin conectividad convencional. Este componente comprende equipos satelitales (VSAT), radios HF, antenas y computadores portátiles. Al igual que con el transporte, no se incluyen costos de mantenimiento o renovación tecnológica, debido a que estos varían significativamente según condiciones climáticas, frecuencia de uso, proveedor tecnológico y condiciones de servicio. Se considera más adecuado que estos costos sean estimados de manera localizada y programados en los planes de sostenibilidad tecnológica de cada red de atención.

Resultados del análisis de costos

El costo total estimado del modelo unitario estándar de atención primaria rural asciende a \$813.130.184 COP para el año 2024 (Tabla 1). Este valor se distribuye entre los cinco componentes esenciales, como se detalla en la Tabla 1. El componente de mayor peso corresponde a los salarios del personal de salud, con \$479.007.516 COP, lo que representa el 58,9% del total. Esta proporción refleja la alta dependencia del modelo en la presencia y permanencia del talento humano capacitado, especialmente en contextos donde la escasez de personal clínico es estructural.

Le sigue en magnitud la dotación de centros de salud, con \$166.392.137 COP (20,5%), lo cual obedece a la mayor complejidad operativa y logística en comparación con los puestos de salud, cuya dotación básica asciende a \$19.339.250 COP (2,4%). El componente de transporte se estima en \$91.306.650 COP (11,2%), y representa una inversión clave para garantizar accesibilidad en zonas fluviales o con baja densidad vial. Finalmente, la infraestructura para telemedicina suma \$57.084.630 COP (7%), y constituye una estrategia costo-efectiva para superar barreras de acceso en áreas sin cobertura de telecomunicaciones.

Tabla 1. Modelo de Atención Primaria para Enfermedades de Alto Costo en Población Rural

Componente	Descripción	Costo
Salario del personal de salud	Incluye el costo anual de contratación de un equipo básica de atención primaria en zonas rurales (eg., médicos, enfermeros, auxiliares, odontólogos, psicólogos y personal de apoyo logístico y comunitario). Se recomienda ajustar este valor según la demanda proyectada y condiciones del territorio.	\$479,007,516
Dotación Puesto de Salud	Comprende la provisión de insumos médicos básicos, medicamentos esenciales, elementos de laboratorio, papelería, material odontológico, y equipos clínicos menores necesarios para el funcionamiento del puesto de salud. El costo corresponde a una unidad de dotación estándar, sin ajustes por tamaño poblacional, frecuencia de uso ni horizonte temporal. Se recomienda ajustar este valor según la demanda proyectada y condiciones del territorio.	\$19,339,250
Dotación Centro de Salud	Comprende la provisión de insumos médicos básicos, medicamentos esenciales, elementos de laboratorio, papelería, material odontológico, y equipos clínicos menores necesarios para el funcionamiento del puesto de salud. El costo corresponde a una unidad de dotación estándar, sin ajustes por tamaño poblacional, frecuencia de uso ni horizonte temporal. Se recomienda ajustar este valor según la demanda proyectada y condiciones del territorio.	\$166,392,137
Infraestructura de conectividad para telemedicina	Cubre el costo de instalación de sistemas de comunicación satelital (VSAT), radios HF, antenas y computadores portátiles para habilitar servicios de telemedicina. Se recomienda ajustar este valor según la demanda proyectada condiciones del territorio y mantenimiento.	\$57,084,630
Transporte	Incluye el costo de una ambulancia para zonas fluviales, necesarias para el transporte oportuno de pacientes y personal de salud en contextos rurales dispersos. El costo corresponde a una unidad de dotación estándar, sin ajustes por frecuencia de uso ni horizonte temporal. Se recomienda ajustar este valor según la demanda proyectada condiciones del territorio, mantenimiento y combustible para su funcionamiento.	\$91,306,650
Total		\$813,130,184

Estos resultados ofrecen una estimación comprensiva y adaptable del costo de implementar un modelo de atención primaria en salud en zonas rurales y de difícil acceso, considerando los componentes clave necesarios para su funcionamiento integral. Dado el nivel de detalle técnico involucrado en la construcción del modelo de costos, se invita a los lectores a consultar los anexos del documento, donde se presentan las especificaciones técnicas y los supuestos utilizados para cada uno de los cinco componentes analizados: (i) personal de salud, (ii) dotación de puestos de salud, (iii) dotación de centros de salud, (iv) infraestructura de conectividad para telemedicina, y (v) transporte. Esta información adicional permite una comprensión más profunda de los resultados y facilita su replicabilidad y adaptación a otros territorios.

7. IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO

La implementación del modelo de atención primaria para enfermedades de alto costo en población rural y rural dispersa, debe ser gradual, estratégica y basada en las necesidades identificadas en las comunidades. Se enfocará en garantizar un acceso equitativo a los servicios de salud, particularmente para las poblaciones más vulnerables.

En esta sección se describen las principales estrategias para la puesta en marcha del modelo, que incluye la identificación de áreas prioritarias, la formación de recursos humanos, el establecimiento de infraestructura adecuada, y el monitoreo constante para ajustar el modelo a las necesidades de la población.

7.1. Estrategias de implementación

Una de las características esenciales del modelo propuesto es su adaptabilidad a las diferentes capacidades de las entidades territoriales. Las zonas rurales y rurales dispersas de Colombia presentan una gran heterogeneidad en términos de infraestructura, recursos humanos, capacidad técnica y acceso a servicios de salud. Por ello, es imprescindible que el modelo reconozca y se ajuste a las diferencias locales en cuanto a estas capacidades.

Las entidades territoriales, ya sean municipios, departamentos o distritos, tienen realidades distintas que deben ser consideradas al momento de implementar las estrategias del modelo. En este sentido, se debe garantizar que el diseño y la ejecución del modelo puedan ajustarse a los recursos disponibles, y que las intervenciones sean viables dentro de los contextos locales, con un enfoque flexible y realista.

Además, es fundamental que el modelo se implemente con una visión de mediano y largo plazo, ya que el desarrollo de las acciones de salud en áreas rurales no debe ser visto como un proceso aislado o inmediato.

Las acciones deben estar diseñadas de manera progresiva, permitiendo que las entidades territoriales avancen gradualmente en el fortalecimiento de su infraestructura de salud, la capacitación de recursos humanos y la creación de sistemas de información eficientes. Esto permitirá no solo resolver las necesidades inmediatas, sino también fortalecer las capacidades locales para la gestión de la salud en el futuro.

La visión de mediano y largo plazo implica también la sostenibilidad del modelo, asegurando que, a medida que el modelo se expanda, las entidades territoriales cuenten con las herramientas, los recursos financieros, y el apoyo técnico necesario para operar de manera autónoma y eficiente. Esto incluye la creación de planes de acción que tomen en cuenta la realidad local y permitan que las intervenciones se adapten conforme a las prioridades cambiantes y los desafíos emergentes de cada territorio.

7.2. Capacitación de recursos humanos

El éxito del modelo dependerá de la capacidad del personal de salud para implementar los principios y las prácticas del modelo en las comunidades rurales. Por lo tanto, es esencial que se lleve a cabo un programa de capacitación continua para los médicos generales, enfermeros, agentes comunitarios de salud, nutricionistas, psicólogos y trabajadores sociales involucrados en la atención primaria.

Esta formación debe ser multidisciplinaria y debe incluir tanto conocimientos técnicos como habilidades para trabajar en entornos rurales, con un enfoque en la gestión integral de enfermedades de alto costo, el manejo de grupos vulnerables, y la implementación de estrategias de promoción de la salud. Además de ello, debe existir un programa de incentivos que permita establecer la permanencia de estos profesionales de salud en los territorios.

7.3. Infraestructura y tecnología

Para asegurar la efectividad del modelo, es necesario contar con una infraestructura adecuada que permita la atención continua de los pacientes. Las unidades móviles de salud y los albergues para pacientes y familias son componentes fundamentales de esta infraestructura.

Además, se implementarán tecnologías de salud como plataformas de telemedicina y monitoreo remoto de pacientes para garantizar el seguimiento adecuado de las personas con enfermedades de alto costo que viven en áreas rurales dispersas.

7.4. Propuesta de fases de implementación del Modelo

La implementación efectiva de un modelo de atención primaria para enfermedades de alto costo en población rural dispersa en Colombia requiere un enfoque estructurado y gradual. Para garantizar su éxito y sostenibilidad, el modelo se desplegará en

varias fases, cada una diseñada para abordar las particularidades del contexto rural y superar las barreras de acceso a la atención. Desde la planificación inicial hasta el monitoreo continuo, cada fase se basa en la recopilación de datos, la evaluación de resultados y el ajuste dinámico del modelo para responder a las necesidades cambiantes de las comunidades. Estas fases, que incluyen la preparación, el diseño de infraestructura, la evaluación de un piloto, la expansión gradual y el monitoreo constante, buscan asegurar que la atención primaria llegue de manera integral y equitativa a todas las poblaciones rurales, mejorando así los resultados de salud a largo plazo.

Fase 1: Planificación y Preparación

Esta fase es esencial para sentar las bases para la implementación exitosa del modelo. Incluye la definición de objetivos, el establecimiento de metas alcanzables y la movilización de recursos.

Acciones principales:

Definición de objetivos: Establecer metas específicas como la mejora del acceso a servicios de salud, la reducción de la mortalidad por enfermedades de alto costo y la integración de tecnologías en la atención primaria.

Identificación de recursos: Determinar los recursos necesarios, como el personal capacitado, la infraestructura sanitaria, las tecnologías necesarias (como plataformas de telemedicina), y el financiamiento.

Alianzas clave: Establecer alianzas con gobiernos locales, organizaciones no gubernamentales, empresas privadas y otros actores clave.

Sensibilización comunitaria: Realizar campañas de sensibilización y formación para que las comunidades comprendan el modelo y se involucren activamente en su implementación.

Fase 2: Diseño e Implementación de Infraestructura

En esta fase, el modelo comienza a tomar forma en el terreno. La infraestructura debe adaptarse para garantizar el acceso y la calidad de la atención en áreas rurales dispersas.

Acciones principales:

Adaptación de infraestructura sanitaria: Mejorar las instalaciones existentes o construir nuevas infraestructuras de salud adaptadas a las necesidades locales.

Implementación de unidades móviles de salud: Desplegar unidades móviles que lleven servicios médicos a comunidades rurales de difícil acceso.

Desarrollo de plataformas de telemedicina: Implementar tecnologías digitales para consultas médicas a distancia y seguimiento de pacientes.

Diseño de protocolos: Crear protocolos de atención para enfermedades de alto costo y formación del personal en estos nuevos enfoques.

Capacitación del personal: Entrenar al personal de salud, incluidos médicos, enfermeros y promotores comunitarios, en el uso de nuevas tecnologías y enfoques de atención.

3. Fase 3: Piloto y Evaluación Inicial

Una vez que la infraestructura esté lista, se implementará un piloto en una región rural seleccionada para evaluar la viabilidad y eficacia del modelo.

Acciones principales:

Implementación del piloto: Seleccionar una región rural para implementar el modelo en pequeña escala, asegurando que se cuente con todos los recursos necesarios.

Monitoreo de indicadores clave: Evaluar el acceso a los servicios de salud, la satisfacción de la comunidad, la calidad de los diagnósticos y la efectividad de los tratamientos.

Evaluación de la eficacia del modelo: Analizar los resultados iniciales y recoger retroalimentación de la comunidad, el personal de salud y los líderes locales.

Ajustes iniciales: Realizar ajustes en el modelo según los resultados del piloto.

Fase 4: Expansión Gradual

Con base en la evaluación del piloto, el modelo se expandirá a otras regiones rurales, adaptándose a las lecciones aprendidas y asegurando la sostenibilidad.

Acciones principales:

Ampliación a otras áreas rurales: Expandir el modelo a otras comunidades rurales, basándose en el éxito del piloto y adaptando los enfoques a nuevas realidades.

Incremento de programas preventivos: Desarrollar programas de prevención y detección temprana más robustos, como tamizajes regulares de cáncer y diabetes.

Continuación de la capacitación: Seguir capacitando al personal en nuevas técnicas y tecnologías.

Fortalecimiento de la participación comunitaria: Ampliar la formación de líderes comunitarios y comités de salud para mejorar la implicación de la población.

Fase 5: Monitoreo y Evaluación Continuos

Una vez implementado el modelo a mayor escala, es fundamental establecer un sistema de monitoreo y evaluación para asegurar la efectividad a largo plazo y ajustar los enfoques cuando sea necesario.

Acciones principales:

Monitoreo continuo: Implementar un sistema para supervisar de manera constante los resultados del modelo, recolectando datos sobre prevalencia, mortalidad, acceso y satisfacción.

Evaluación periódica: Realizar evaluaciones periódicas del impacto del modelo en la salud de la población rural, tomando en cuenta indicadores clave como reducción de mortalidad, mejora en la calidad de vida y acceso a servicios.

Ajuste del modelo: Modificar el modelo conforme a la retroalimentación recibida y los resultados de las evaluaciones, asegurando que se sigan abordando las necesidades cambiantes de las comunidades rurales.

7.5. Articulación con otras iniciativas y programas

La articulación interinstitucional y la sinergia con otras iniciativas serán esenciales para la implementación exitosa del modelo. Se debe garantizar que este modelo no opere de manera aislada, sino que se integre con otros programas de salud pública y desarrollo social que ya están siendo implementados en las comunidades rurales. Esto incluirá la colaboración con programas de seguridad alimentaria, educación comunitaria, nutrición infantil y desarrollo económico en áreas rurales.

Además, se debe buscar la colaboración con organizaciones no gubernamentales (ONG) que trabajen en el ámbito rural, especialmente aquellas que tengan experiencia en la promoción de la salud, la gestión de enfermedades crónicas y el fortalecimiento de la capacidad local para atender las necesidades de la población.

7.6. Participación comunitaria y empoderamiento

La participación activa de la comunidad será fundamental para el éxito del modelo. La comunidad no solo debe ser receptora de los servicios de salud, sino que debe ser proactiva en su gestión y monitoreo. La participación comunitaria incluirá la creación de comités de salud locales, en los que los líderes comunitarios y representantes de la población colaboren estrechamente con los proveedores de salud para definir las prioridades de atención, organizar las actividades de promoción de la salud y coordinar las intervenciones de prevención de enfermedades.

El empoderamiento comunitario no solo fortalecerá la capacidad de la población para prevenir y manejar enfermedades de alto costo, sino que también contribuirá a la

sostenibilidad del modelo al garantizar que los miembros de la comunidad asuman un rol activo en la preservación de los avances logrados y como veedores frente a lo que se plantea en las acciones.

7.7. Plan de comunicación y sensibilización

El plan de comunicación será clave para asegurar que las intervenciones lleguen de manera efectiva a las comunidades. Este plan debe incluir tanto estrategias de comunicación masiva (radio, televisión local, carteles, etc.) como comunicación directa a través de los agentes comunitarios de salud. El objetivo es aumentar el conocimiento de la población sobre las enfermedades de alto costo, su prevención, los servicios disponibles y la importancia del autocuidado.

La sensibilización debe ser culturalmente relevante y adaptada a las características locales. Además, se debe usar el lenguaje local y hacer uso de medios tradicionales para asegurar que la información llegue a las comunidades más remotas.

Las jornadas de sensibilización serán estrategias clave para difundir información importante, promover comportamientos saludables y fomentar la participación activa en las actividades del modelo.

7.8. Sostenibilidad a largo plazo del Modelo

La sostenibilidad del modelo de atención primaria es un desafío clave que debe ser abordado desde el inicio. Para garantizar la continuidad de las intervenciones, se implementarán varias estrategias, entre ellas:

- La formulación de alianzas duraderas con el sector privado, las organizaciones internacionales y las comunidades locales.
- El desarrollo de un sistema de financiamiento sostenible, que incluya fuentes de fondos públicos, privados y donaciones internacionales, además de mecanismos de autofinanciamiento mediante cooperativas de salud.
- La capacitación continua de los recursos humanos, de modo que el personal de salud esté siempre actualizado en las mejores prácticas para el manejo de las enfermedades de alto costo.

Adaptación a los Cambios Normativos

El modelo propuesto para la atención primaria en salud para las enfermedades de alto costo (EAC) en las poblaciones rurales y rurales dispersas en Colombia debe estar preparado para adaptarse a los posibles cambios normativos que puedan resultar de la reforma a la salud impulsada por el actual gobierno. En particular, la transición de las EPS a las Gestoras de Salud y los cambios en los esquemas de financiamiento

de los servicios de salud tendrán un impacto significativo en la estructura y el funcionamiento del modelo. Esta reforma, que busca modificar la gestión y la prestación de servicios de salud en Colombia, puede alterar las dinámicas de financiamiento y la forma en que los servicios son contratados, administrados y entregados en las zonas rurales.

En cuanto a la transformación de las EPS en Gestoras de Salud, el modelo deberá adaptarse a la nueva figura organizativa que tendrá la responsabilidad de garantizar la atención y el acceso a los servicios para las poblaciones rurales dispersas. Esta nueva estructura organizacional podría implicar cambios en la gestión administrativa, la contratación de servicios y la forma en que se asignan los recursos financieros. Por lo tanto, el modelo debe incorporar estrategias para alinearse con las nuevas competencias y responsabilidades de las Gestoras de Salud, asegurando que las gestiones descentralizadas sean adecuadas para las particularidades de las zonas rurales dispersas.

Además, el modelo deberá tener en cuenta las modificaciones propuestas en el financiamiento de la salud, especialmente en relación con la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Si la reforma redefine el cálculo de la UPC, se deberán ajustar los mecanismos de pago para reflejar las necesidades específicas de la atención primaria para enfermedades de alto costo, teniendo en cuenta la alta carga de enfermedades como el cáncer, la insuficiencia renal crónica y las enfermedades cardiovasculares en estas áreas rurales. La reforma podría implicar ajustes en el modelo de pago por resultado, lo que requerirá una actualización de los incentivos a los profesionales de salud para que los servicios sean proporcionados de manera eficiente, con un enfoque en resultados de salud concretos y no solo en la cantidad de atención brindada.

Para garantizar la sostenibilidad del modelo, será necesario desarrollar estrategias de adaptación continua que permitan la flexibilidad del modelo ante estos cambios normativos. Esto podría implicar la creación de comités interinstitucionales que aseguren la coordinación entre las nuevas Gestoras de Salud, el Ministerio de Salud, las Secretarías Departamentales y las IPS rurales, además de otros actores clave como las organizaciones comunitarias. Estos comités deberán velar por que la implementación de la reforma no interrumpa el acceso a los servicios ni desajuste la red de atención primaria en salud en los territorios rurales.

La adaptación también incluirá la necesidad de realizar ajustes normativos internos dentro del modelo, para alinearlo con las nuevas leyes y decretos que puedan surgir a partir de la reforma, sin comprometer la calidad del servicio o el acceso equitativo a la atención en salud. Se deberá garantizar que cualquier cambio en la legislación sea seguido de manera oportuna y que se pueda ajustar el modelo de atención sin afectar a las comunidades más vulnerables.

Finalmente, el modelo debe ser lo suficientemente flexible para que pueda evolucionar a medida que los cambios normativos vayan siendo aprobados e implementados.

Este enfoque permitirá que el modelo se mantenga actualizado, responda adecuadamente a los nuevos desafíos y continúe siendo un sistema eficaz y eficiente para el tratamiento de enfermedades de alto costo en las zonas rurales dispersas.

7.9. Impacto esperado del Modelo

El impacto esperado del modelo se medirá en términos de la reducción de la carga de enfermedades de alto costo, la mejora de la calidad de vida de los pacientes rurales, y el incremento en la equidad en salud entre las poblaciones urbanas y rurales. Se espera que, a través de las intervenciones de prevención y atención integral, la tasa de mortalidad y morbilidad por enfermedades como cáncer, diabetes e hipertensión disminuya significativamente en las zonas rurales.

Además, el modelo contribuirá al fortalecimiento del sistema de salud pública rural, mejorando la infraestructura, la capacidad de respuesta y el acceso a servicios médicos especializados para los pacientes más vulnerables. La participación de la comunidad también fomentará un entorno de solidaridad y autogestión, lo que contribuirá a la sostenibilidad y replicabilidad del modelo en otras regiones rurales del país.

7.10. Recomendaciones para la expansión del modelo

A medida que el modelo se implemente y se evalúe en las comunidades rurales de las zonas piloto, será necesario realizar ajustes y optimizaciones para lograr su expansión a otras regiones del país. Entre las recomendaciones clave para la expansión se incluyen:

- La mejora continua de la infraestructura y la tecnología de salud.
- La expansión de las alianzas público-privadas para asegurar un financiamiento continuo.
- La ampliación de la capacitación de los recursos humanos para incluir más profesionales de salud en las regiones rurales.

La expansión del modelo deberá ser escalonada, comenzando con las áreas rurales que presenten mayores índices de enfermedades de alto costo, y extendiéndose gradualmente a otras zonas con necesidades similares.

8. EVALUACIÓN Y MONITOREO DEL MODELO

8.1. Marco de evaluación del Modelo

La evaluación continua y el monitoreo constante del modelo de atención primaria para enfermedades de alto costo en la población rural y rural, dispersa son esenciales para garantizar la efectividad y la sostenibilidad del modelo a largo plazo. El marco de evaluación debe estar basado en una combinación de indicadores de desempeño cuantitativos y cualitativos, y debe incluir una retroalimentación constante para ajustar las intervenciones y mejorar los procesos.

El marco de evaluación debe ser diseñado para medir tanto los resultados inmediatos (como el acceso a la atención y la satisfacción del paciente) como los impactos a largo plazo (como la reducción de la carga de enfermedades de alto costo y la mejora en la calidad de vida de la población rural). Estos resultados se deben evaluar periódicamente y se deben realizar ajustes al modelo según los hallazgos.

8.2. Indicadores clave de desempeño

Para medir el éxito del modelo, se deben establecer indicadores clave de desempeño (KPI, por sus siglas en inglés), que permitan evaluar de manera objetiva las intervenciones. Algunos de estos indicadores incluyen:

- **Acceso a la atención médica:** Número de pacientes que reciben atención médica en los albergues, unidades móviles y centros de salud rurales.
- **Cobertura de servicios de salud:** Porcentaje de la población rural que ha recibido servicios de tamizaje, diagnóstico y tratamiento para enfermedades de alto costo.
- **Mejoras en la salud de los pacientes:** Reducción de las tasas de mortalidad y morbilidad por enfermedades como cáncer, diabetes e hipertensión.
- **Satisfacción del paciente:** Evaluación de la experiencia de los pacientes con respecto a la calidad de los servicios recibidos.
- **Eficiencia en el uso de recursos:** Evaluación de la eficiencia de los recursos invertidos, incluyendo costos operativos y de infraestructura en relación con los beneficios obtenidos.

Los indicadores deben ser específicos, medibles, alcanzables, relevantes y temporalmente definidos (SMART, por sus siglas en inglés), lo que garantizará que la evaluación sea efectiva y permita realizar los ajustes necesarios de manera oportuna.

8.3. Métodos de monitoreo

El monitoreo continuo debe basarse en diversas fuentes de datos que permitan evaluar el progreso del modelo en tiempo real. Los métodos de monitoreo incluirán:

- Revisión de registros médicos: Recopilación de datos sobre la frecuencia de consultas médicas, tratamientos aplicados y resultados clínicos obtenidos.
- Encuestas de satisfacción: Se realizarán encuestas periódicas a los pacientes para evaluar su satisfacción con los servicios y la calidad de la atención.
- Auditorías de calidad: Implementación de auditorías internas y externas que aseguren que las intervenciones se realizan conforme a los estándares de calidad establecidos.
- Plataformas digitales: Uso de herramientas de telemedicina y monitoreo remoto para seguir el progreso de los pacientes con enfermedades crónicas y permitir un seguimiento constante.

Estos métodos permitirán una revisión constante de la implementación del modelo y asegurarán que las intervenciones estén alineadas con los objetivos del proyecto.

8.4. Revisión de resultados y ajustes al Modelo

La evaluación y el monitoreo deben ir acompañados de un proceso de retroalimentación que permita identificar las áreas de mejora y realizar ajustes al modelo según los resultados obtenidos. Los resultados de las evaluaciones y los informes de monitoreo se deben revisar trimestralmente, lo que permitirá realizar ajustes en las estrategias y modificar las intervenciones que no estén alcanzando los objetivos establecidos.

Las sesiones de retroalimentación con los profesionales de salud, líderes comunitarios, pacientes y agentes comunitarios son fundamentales para evaluar de manera integral los logros del modelo y las áreas que requieren reforzarse.

Además, se implementará un sistema de ajuste adaptativo que permita modificar las intervenciones en tiempo real para garantizar que el modelo se mantenga eficaz en función de las necesidades cambiantes de las comunidades rurales.

8.5. Informe anual de evaluación

Una vez al año, se debe generar un informe anual de evaluación que resuma los resultados obtenidos a lo largo del año en cuanto a la accesibilidad, calidad, eficiencia e impacto de las intervenciones implementadas. Este informe será elaborado por un equipo multidisciplinario de expertos en salud pública, epidemiólogos, analistas de datos y personal de las EPS, y se presentará a las autoridades de salud locales y nacionales.

El informe debe incluir:

- Análisis de los indicadores de desempeño.
- Evaluación de la satisfacción del paciente.
- Recomendaciones para mejoras en las intervenciones.
- Propuestas para la expansión y escalabilidad del modelo.

Este informe también servirá como base para presentar propuestas de financiación adicional y nuevas alianzas para asegurar la sostenibilidad a largo plazo del modelo.

9. ANÁLISIS DE RIESGOS

Riesgos	Estrategia de mitigación
Falta de voluntad política: Aunque las EAC son un problema en aumento, no se encuentra en la agenda política del país.	promover el debate y colocar las EAC en la agenda política y en el debate actual sobre la reforma al sistema de salud.
Recursos insuficientes: Aunque existen recursos de la UPC y de la CAC, estos no son suficientes.	promover un cálculo adecuado de la UPC, diversificar las fuentes de financiación. Alianzas público-privadas para movilizar recursos.
Infraestructura Insuficiente: La falta de infraestructura adecuada en muchas áreas rurales para soportar intervenciones complejas de salud es un riesgo significativo.	Inversión en unidades móviles de salud y albergues. Uso de telemedicina para consultas a distancia. Adaptación de la infraestructura existente a las necesidades locales.
Barreras Culturales y Lingüísticas: Las barreras culturales y lingüísticas pueden dificultar la efectividad de las intervenciones, especialmente en comunidades indígenas.	Enfoques interculturales en los servicios de salud. Capacitación cultural para el personal de salud. Uso del lenguaje local y medios tradicionales en la comunicación. Participación comunitaria activa para asegurar la relevancia cultural de las intervenciones.
Acceso Geográfico Limitado: La dispersión geográfica y la falta de infraestructura vial dificultan el acceso a los centros de salud especializados.	Uso de unidades móviles de salud para llevar servicios a comunidades remotas. Implementación de plataformas de telemedicina para consultas a distancia y seguimiento de pacientes. Soluciones de transporte para garantizar la oferta activa de servicios de salud.

<p>Escasez de Profesionales Capacitados: La falta de profesionales de la salud capacitados en el manejo de EAC en zonas rurales puede comprometer la calidad de la atención.</p>	<p>Programas de capacitación continua para el personal de salud. Incentivos para la prestación de servicios en zonas rurales y dispersas. Colaboración con universidades e instituciones educativas para la formación de profesionales.</p>
<p>Sostenibilidad a Largo Plazo: Garantizar la sostenibilidad del modelo en términos económicos, de infraestructura y de personal de salud es un desafío.</p>	<p>Alianzas duraderas con el sector privado, organizaciones internacionales y comunidades locales. Desarrollo de un sistema de financiamiento sostenible, incluyendo fuentes públicas, privadas y donaciones. Capacitación continua de los recursos humanos.</p>
<p>Coordinación Intersectorial e Interinstitucional Deficiente: La falta de coordinación entre entidades gubernamentales, ONG y el sector privado puede dificultar el acceso a servicios y recursos.</p>	<p>Establecer redes de salud comunitarias que integren servicios de salud, redes sociales y organizaciones locales. Fortalecer la coordinación entre entidades gubernamentales, ONG y el sector privado para facilitar el acceso a servicios y recursos.</p>
<p>Falta de Participación Comunitaria: La insuficiente participación de las comunidades en la identificación de necesidades y la construcción de soluciones puede disminuir la efectividad del modelo.</p>	<p>Creación de comités locales de salud y formación de líderes comunitarios. Promoción del autocuidado y el empoderamiento comunitario. Adaptación de las intervenciones a las necesidades específicas de las comunidades rurales, con énfasis en las poblaciones más vulnerables.</p>
<p>Riesgos en la Implementación de Telemedicina</p>	<p>Asegurar la interoperabilidad de los sistemas de información. Establecer protocolos clínicos claros para la detección temprana, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de las EAC.</p>

9.1. Estrategias adicionales de mitigación

Evaluación y Monitoreo Continuos: Implementar un sistema de monitoreo y evaluación sistemático para identificar áreas de mejora y ajustar las intervenciones según sea necesario.

Acciones: Utilización de indicadores de desempeño y auditorías para medir el impacto del modelo. Recopilación y análisis de datos sobre acceso, calidad, eficiencia e impacto de las intervenciones.

Plan de Comunicación y Sensibilización: Desarrollar estrategias para aumentar el conocimiento sobre las EAC y los servicios disponibles.

Acciones: Campañas de educación comunitaria sobre prevención, detección y manejo de EAC. Uso de medios de comunicación masiva y comunicación directa a través de agentes comunitarios.

Adaptabilidad a los Contextos Locales: El modelo debe ser flexible y adaptable a las necesidades y particularidades de cada comunidad rural.

Acciones: Realizar evaluaciones iniciales para comprender las necesidades específicas de cada comunidad. Ajustar las intervenciones según la retroalimentación de la comunidad y los resultados del monitoreo.

Al abordar estos riesgos de manera proactiva y adaptar las estrategias a las necesidades específicas de cada comunidad, el modelo de APS para EAC en zonas rurales dispersas de Colombia tiene el potencial de mejorar significativamente la salud y el bienestar de estas poblaciones.

10. CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS FUTURAS DEL MODELO

10.1. Conclusiones

El diseño del modelo de atención primaria para enfermedades de alto costo en población rural y rural dispersa ha sido estructurado para abordar las necesidades específicas de las comunidades rurales en Colombia, reconociendo las barreras de acceso, las condiciones geográficas y las vulnerabilidades sociales y económicas de la población. Este modelo busca ser sostenible, flexible y replicable, permitiendo su implementación en diversas regiones del país.

Su enfoque integral, que incluye prevención, detección temprana y tratamiento adecuado de enfermedades de alto costo como cáncer, VIH, enfermedades renales crónicas y otras, busca reducir la carga de enfermedades graves y mejorar la calidad de vida de las poblaciones más vulnerables.

En ese orden de ideas, el modelo ofrece:

Modelo integral y adaptado

El modelo ha sido diseñado de manera integral, combinando la prevención, el diagnóstico temprano y la atención de enfermedades de alto costo. La flexibilidad del modelo permitirá su adaptación a las características locales, asegurando que se implementen soluciones específicas para las diferentes realidades de las comunidades rurales.

Fortalecimiento de la atención primaria en salud

El diseño prioriza la atención primaria en salud, entendida como la puerta de entrada al sistema de salud, que será clave para la reducción de la carga de enfermedades y para la mejora del acceso a la atención médica en las zonas más desatendidas.

Participación comunitaria

Una de las características destacadas es el énfasis en la participación de la comunidad. La creación de comités de salud locales y la formación de líderes comunitarios fortalecerán la gestión local de la salud, lo que garantizará la sostenibilidad a largo plazo del modelo.

Uso de tecnología para incrementar accesibilidad y la cobertura rural

El modelo contempla el uso de tecnologías digitales, como la telemedicina y plataformas de monitoreo remoto, que permitirán mejorar el acceso a la atención en las zonas rurales y reducir las barreras logísticas y económicas.

Desafíos de Infraestructura y Logística

Uno de los principales retos será la infraestructura y la logística necesaria para implementar el modelo en áreas de difícil acceso. Aunque se ha propuesto el uso de unidades móviles de salud y albergues para pacientes, la adaptación de la infraestructura existente y la gestión de los recursos seguirán siendo áreas clave para garantizar el éxito del modelo.

10.2. Perspectivas futuras del modelo

Las perspectivas futuras se refieren a cómo el modelo debe evolucionar para asegurar su sostenibilidad y expansión. A medida que se ajusta y se implementa, existen oportunidades clave para mejorar la cobertura y efectividad de las intervenciones.

Expansión gradual

El modelo tiene el potencial de expandirse gradualmente a diversas zonas rurales de Colombia, llevando la atención primaria y el tratamiento de enfermedades de alto costo a nuevas comunidades. A medida que se avanza en la implementación inicial, se podrán hacer ajustes para garantizar que el modelo sea replicable y adaptado a diferentes contextos rurales.

Integración de tecnologías emergentes

La incorporación de tecnologías emergentes en salud, como el uso de inteligencia artificial para diagnósticos precoces y el monitoreo remoto inteligente, jugará un papel

crucial en el seguimiento continuo de pacientes con enfermedades de alto costo, mejorando la eficiencia y la accesibilidad de los servicios de salud.

Alianzas Público-Privadas Sostenibles

Las alianzas con el sector privado serán esenciales para asegurar la sostenibilidad financiera del modelo. Además de las contribuciones de las EPS, el sector privado puede colaborar proporcionando medicamentos, equipos médicos y tecnologías de salud que mejoren la calidad y eficiencia del modelo.

Desarrollo de modelos financieros innovadores

La sostenibilidad financiera será clave para la expansión del modelo. Se deben explorar nuevas fuentes de financiamiento, como fondos comunitarios, microseguros de salud y financiamiento a través de cooperativas de salud que permitirán mantener el modelo en funcionamiento sin depender exclusivamente de fuentes externas.

Monitoreo y evaluación continuos

El modelo debe seguir siendo objeto de monitoreo y evaluación constante para medir su impacto en la salud de las comunidades rurales. Esto incluirá la recolección de datos, el uso de indicadores de desempeño y la retroalimentación de los pacientes y las comunidades para ajustar las intervenciones según sea necesario.

Replicabilidad del Modelo en Contextos Internacionales

La replicabilidad del modelo en otros países o contextos similares será una de sus principales perspectivas. El modelo tiene el potencial de ser una referencia internacional para la atención primaria de enfermedades de alto costo en zonas rurales y comunidades desatendidas en diferentes regiones del mundo.

10.3. Conclusión Final

El modelo de atención primaria para enfermedades de alto costo en la población rural y rural dispersa de Colombia ha sido diseñado para ser innovador, sostenible y escalable. Aunque aún estamos en la fase de diseño y planificación, los principios de equidad, accesibilidad y participación comunitaria son fundamentales para garantizar su éxito.

Con el apoyo continuo de las comunidades locales, el sector público y el sector privado, el modelo tiene el potencial de transformar la manera en que se aborda la salud en las zonas rurales de Colombia, mejorando el acceso a la atención médica y reduciendo las desigualdades en salud.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alarid-Escudero, F., Sosa-Rubí, S. G., Fernández, B., & Galárraga, O. (2013). Análisis de costo-beneficio: prevención del VIH/sida en migrantes en Centroamérica [Cost-benefit analysis: HIV/AIDS prevention in migrants in Central America]. *Salud Pública de México*, 55(Suppl 1), S23-S30. PMID: 23918053; PMCID: PMC3914404.
2. Alma-Ata. (1978). *Declaración de Alma-Ata*. Organización Mundial de la Salud.
3. American Heart Association. (2021). Guidelines for Cardiovascular Disease Prevention. American Heart Association.
4. Banco Mundial. (2016). Modelo de Atención para la Multimorbilidad.
5. Cohen, J. T., Neumann, P. J., & Weinstein, M. C. (2008). Does preventive care save money? Health economics and the presidential candidates. *New England Journal of Medicine*, 358(7), 661-663. <https://doi.org/10.1056/NEJMp0708558>
6. Copete Oviedo, J. C. (2022). Factores clave en la implementación de acuerdos de riesgo compartido en el sector farmacéutico colombiano [Proyecto de grado, Universidad de La Sabana]. Universidad de La Sabana.
7. CRUE. (s. f.). Salud Putumayo. Recuperado 25 de marzo de 2025, de <https://www.saludputumayo.gov.co/index.php/saludyaseguramiento/urgencias-y-emergencias-en-salud/crue>
8. *Cuenta de Alto Costo*. (s. f.). Recuperado 9 de febrero de 2025, de <https://cuentadealtocosto.org/>
9. Díaz Rojas, J. (2017). Costo-efectividad del tratamiento agresivo de la artritis reumatoide temprana con medicamentos modificadores de la enfermedad convencionales, comparados con inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa en una cohorte de pacientes colombianos.
10. Espín, J., Oliva, J., & Rodríguez-Barrios, J. M. (2010). Esquemas innovadores de mejora del acceso al mercado de nuevas tecnologías: los acuerdos de riesgo compartido. *Gaceta Sanitaria*, 24(6), 491-497. Recuperado el 26 de febrero de 2025, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S0213-91112010000600010&lng=es&tlng=es
11. Garner, B. R., Lwin, A. K., Strickler, G. K., Hunter, B. D., & Shepard, D. S. (2018). Pay-for-performance as a cost-effective implementation strategy: results from a cluster randomized trial. *Implementation Science*, 13(1), 92. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0774-1>
12. Gobernación de Antioquia. (2024, mayo 4). A través de nodos regionales, la Secretaría de Salud avanza en planes de ajuste institucional para la sostenibilidad de la red hospitalaria. <https://antioquia.gov.co/don-carlos/20177-a-traves-de-nodos-regionales-la-secretaria-de-salud-avanza-en-planes-de-ajuste-institucional-para-la-sostenibilidad-de-la-red-hospitalaria>
13. Hochman, M. & Asch, S. (2017). Stratification in healthcare. *BMJ*, 357;j1783.
14. Huicho, L., Canseco, F. D., Lema, C., Miranda, J. J., & Lescano, A. G. (2012). Incentivos para atraer y retener personal de salud de zonas rurales del Perú: un estudio cualitativo [Incentives to attract

- and retain the health workforce in rural areas of Peru: a qualitative study]. *Cadernos de Saúde Pública*, 28(4), 729–739. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2012000400012>
15. Ministerio de Salud y Protección Social, & Banco Interamericano de Desarrollo (BID). (2013). *Modelo intercultural de atención primaria en salud para el Guainía*.
 16. Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). *Plan Nacional de Salud Rural*. Gobierno de Colombia.
 17. Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). Un hito en la lucha contra el VIH: Minsalud declara de interés público el Dolutegravir. Gobierno de Colombia.
 18. *Minsalud avanza en la construcción del Modelo de Salud Preventivo y Predictivo para una Colombia Potencia Mundial de la Vida*. (s. f.). Recuperado 16 de mayo de 2024, de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-avanza-en-la-construccion-del-Modelo-de-Salud-Preventivo-y-Predictivo.aspx>
 19. *Minsalud Colombia, 2019. Normatividad—Cuenta de Alto Costo*. (2019, octubre 7). <https://cuentadealtocosto.org/normatividad/>
 20. National Kidney Foundation. (2021). Chronic Kidney Disease: A public health problem. National Kidney Foundation.
 21. Normatividad—Cuenta de Alto Costo. (2019, octubre 7). <https://cuentadealtocosto.org/normatividad/>
 22. OPS. *Modelos de atención en salud—OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud*. (2024, enero 30). <https://www.paho.org/es/temas/modelos-atencion-salud>
 23. Organización Mundial de la Salud. (2002). Modelo Innovador de Atención para Condiciones Crónicas (ICCC).
 24. Organización Mundial de la Salud. (2008). *Determinantes sociales de la salud*.
 25. Pan American Health Organization (PAHO). (2020). Chronic disease prevention in rural areas. PAHO.
 26. *T-894-13 Corte Constitucional de Colombia*. (s. f.). Recuperado 16 de mayo de 2024, de <https://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2013/T-894-13.htm>
 27. The Lancet. (2019). Reducing cardiovascular disease in rural areas. *The Lancet*.
 28. Universidad de los Andes. (2019). *Costeo de los servicios prestados en el primer nivel de atención (preventivos y curativos). Componente funcionamiento* (Producto 3). Agencia Francesa de Desarrollo (AFD); Ministerio de Salud, DNP, Secretaría de Salud del Amazonas.
 29. Wagner, E. H., Austin, B. T., & Von Korff, M. (1990). Improving outcomes in chronic illness. *Managed Care Quarterly*, 4(2), 12–25.
 30. World Bank. (2021). Improving Health Outcomes in Rural Communities. World Bank.
 31. World Health Organization (WHO). (2020). Global report on diabetes. World Health Organization.
 32. Yamey, G., Beyeler, N., Wadge, H., & Jamison, D. (2017). Invirtiendo en salud: el argumento económico. Informe del Foro sobre Inversión en Salud de la Cumbre Mundial sobre Innovación para la Salud 2016. *Salud Pública de México*, 59(3). <https://doi.org/10.21149/8675>

12. ANEXOS

12.1. Anexo 1. Propuesta de articulado

Ministerio de Salud y Protección Social

Resolución número [XXXX] de [AÑO]

Por la cual se adopta el Modelo de Atención Primaria en Salud para Enfermedades de Alto Costo en Zonas Rurales y Rurales Dispersas (MAPS-EAC Rural) y se dictan otras disposiciones.

El Ministro de Salud y Protección Social

En ejercicio de sus facultades legales, en especial las conferidas por [Mencionar las leyes y decretos vigentes pertinentes, ej. Ley 1751 de 2015, Ley 1438 de 2011, Decreto 780 de 2016, etc.] y,

Considerando:

Que la Constitución Política de Colombia y la Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751 de 2015) consagran la salud como un derecho fundamental que debe ser garantizado en condiciones de equidad, accesibilidad y calidad para toda la población.

Que las poblaciones residentes en zonas rurales y rurales dispersas enfrentan barreras geográficas, económicas, culturales y de infraestructura que dificultan el acceso oportuno y continuo a los servicios de salud, especialmente para el manejo de Enfermedades de Alto Costo (EAC).

Que la Atención Primaria en Salud (APS) es una estrategia fundamental para organizar el sistema de salud, centrado en las personas, familias y comunidades, promoviendo la salud, previniendo la enfermedad y garantizando una atención integral y resolutive.

Que es necesario implementar un modelo de atención específico para las EAC en el contexto rural, que integre la prevención, promoción, diagnóstico temprano, tratamiento, rehabilitación y paliación, con un enfoque territorial, diferencial y participativo.

Que se requiere fortalecer la coordinación intersectorial e interinstitucional, optimizar el uso de tecnologías, adecuar la financiación y desarrollar el talento humano para responder eficazmente a las necesidades de salud de la población rural con EAC.

[Otras justificaciones clave específicas del modelo que se consideren necesarias]

Resuelve:

Artículo 1. Objeto. Adoptar el Modelo de Atención Primaria en Salud para Enfermedades de Alto Costo en Zonas Rurales y Rurales Dispersas (en adelante MAPS-EAC

Rural), como un desarrollo específico del Plan Nacional de Salud Rural (PNSR) para dichos territorios.

Artículo 2. Ámbito de aplicación. La presente resolución aplicará a la población residente en las zonas rurales y rurales dispersas del territorio nacional, con énfasis en aquellos con diagnóstico o riesgo de Enfermedades de Alto Costo (EAC); las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB) o las entidades que hagan sus veces; las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas, privadas y mixtas que operen o atiendan población de zonas rurales y rurales dispersas; las Entidades Territoriales (Departamentos, Distritos y Municipios) con jurisdicción sobre zonas rurales y rurales dispersas; el Ministerio de Salud y Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud y demás entidades de inspección, vigilancia y control; organizaciones comunitarias, ONGs, sector privado, academia y otros actores que participen en la implementación del modelo.

Artículo 3. Principios Rectores del MAPS-EAC Rural. El Modelo se fundamenta y orienta por los siguientes principios:

- 3.1. Accesibilidad:** Superar barreras geográficas, económicas, tecnológicas y culturales para garantizar el acceso efectivo a los servicios requeridos para la atención de EAC.
- 3.2. Integralidad:** Abordar la salud desde la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y cuidado continuo, articulando los diferentes niveles de atención.
- 3.3. Equidad:** Adaptar las intervenciones a las necesidades específicas de las comunidades rurales, con énfasis en poblaciones vulnerables y aplicando un enfoque diferencial e intercultural.
- 3.4. Participación comunitaria:** Involucrar activamente a las comunidades y sus líderes en la identificación de necesidades, planificación, implementación y seguimiento del modelo.
- 3.5. Sostenibilidad:** Asegurar la viabilidad financiera, técnica y operativa del modelo a largo plazo, mediante la optimización de recursos, alianzas y fortalecimiento de capacidades locales.
- 3.6. Calidad:** Garantizar que la atención sea segura, oportuna, continua, pertinente, resolutive y centrada en la persona.

Artículo 4. Definición del MAPS-EAC Rural. El MAPS-EAC Rural es un conjunto articulado de estrategias, procesos, herramientas y acciones basadas en la Atención Primaria en Salud (APS), con enfoque territorial, diferencial y participativo, diseñado para organizar y coordinar la respuesta del sistema de salud frente a las Enfermedades de Alto Costo (EAC) en zonas rurales y rurales dispersas, buscando mejorar los resultados en salud, la experiencia del usuario y la eficiencia del sistema.

Artículo 5. Objetivos del MAPS-EAC Rural. Son objetivos principales de este modelo:

- 5.1. Mejorar el acceso efectivo y la oportunidad en la prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las EAC en la población rural.
- 5.2. Reducir la carga de enfermedad y mortalidad asociada a las EAC en zonas rurales.
- 5.3. Fortalecer la capacidad resolutoria de la red de prestadores en el primer nivel de atención y su articulación con niveles de mayor complejidad en el contexto rural.
- 5.4. Promover la coordinación efectiva y la corresponsabilidad entre los diferentes actores del sistema y la comunidad.
- 5.5. Implementar y optimizar el uso de tecnologías de la información y comunicación (TIC), incluyendo telesalud y unidades móviles, adaptadas al contexto rural.
- 5.6. Garantizar la continuidad e integralidad de la atención a lo largo de la trayectoria del paciente con EAC.
- 5.7. Fomentar el autocuidado, la participación comunitaria y el enfoque intercultural en la gestión de la salud.
- 5.8. Desarrollar e implementar mecanismos de financiación y contratación que incentiven la calidad, eficiencia y sostenibilidad de la atención de EAC en zonas rurales.
- 5.9. Fortalecer y desarrollar el talento humano en salud necesario para la operación del modelo en zonas rurales.

Artículo 6. Ejes Estratégicos del MAPS-EAC Rural. El Modelo se desarrollará a través de los siguientes ejes estratégicos mínimos, los cuales se implementarán de manera progresiva y adaptada a cada territorio:

- 6.1. **Acceso y oportunidad:** Comprende acciones como la implementación y fortalecimiento de servicios de telesalud adaptados a la conectividad rural; el despliegue estratégico de unidades móviles de salud con capacidad resolutoria; el diseño e implementación de mecanismos de apoyo para transporte y alojamiento (albergues) con enfoque de co-construcción comunitaria; y la eliminación de barreras administrativas y financieras para el acceso.
- 6.2. **Prestación de servicios y redes integradas:** Incluye la organización y fortalecimiento de Redes Integradas de Prestadores de Servicios de Salud (RIPSS) con enfoque regional; la adopción y adaptación de protocolos y guías de

práctica clínica para el manejo integral de las EAC en APS rural; el fortalecimiento del sistema de referencia y contrarreferencia adaptado al contexto rural, optimizando el rol de los CRUES; y el incremento de la capacidad resolutoria del primer nivel en tamización.

- 6.3. Prevención de la enfermedad y promoción de la salud:** Abarca la implementación de programas de detección temprana y tamizaje para EAC priorizadas; el desarrollo de acciones de prevención primaria con enfoque comunitario e intercultural; la implementación de programas comunitarios de promoción de la salud; y el fortalecimiento de la educación formal y no formal en salud adaptada culturalmente.
- 6.4. Talento humano en salud:** Involucra el diseño e implementación de programas de formación continua para el personal de salud rural; el desarrollo de estrategias e incentivos para atraer y retener profesionales de salud idóneos; y la consolidación de equipos multidisciplinares de salud en el ámbito rural.
- 6.5. Participación comunitaria y enfoque diferencial:** Contempla el fomento de la creación y fortalecimiento de comités locales de salud; la incorporación del enfoque intercultural en la prestación de servicios; la capacitación y empoderamiento de líderes y agentes comunitarios de salud; y la adaptación de los servicios a las necesidades específicas de grupos vulnerables.
- 6.6. Gobernanza y coordinación:** Define la necesidad de establecer roles y responsabilidades claras; mecanismos efectivos de coordinación intersectorial e interinstitucional; sistemas de información interoperables; y procesos de planeación participativa, monitoreo, evaluación y rendición de cuentas.
- 6.7. Soporte integral al paciente y familia:** Incluye la implementación de programas de soporte nutricional individualizado y adaptado culturalmente; el desarrollo de programas de soporte psicosocial (individual, grupal, familiar); y la creación y fortalecimiento de redes de apoyo comunitario.

Artículo 7. Gobernanza y Coordinación del MAPS-EAC Rural. El Ministerio de Salud y Protección Social liderará la formulación de lineamientos, la asistencia técnica y la supervisión general del Modelo.

Las Entidades Territoriales (Secretarías Departamentales, Distritales y Municipales de Salud) liderarán la implementación, adaptación territorial, coordinación local y seguimiento del Modelo en su jurisdicción, en articulación con los demás actores.

Las EAPB (o las entidades que hagan sus veces) garantizarán el aseguramiento, la gestión del riesgo en salud, la conformación de redes, la contratación de servicios y la gestión financiera conforme a los lineamientos del Modelo.

Las IPS implementarán las acciones de atención directa conforme a los protocolos y

redes definidas. Las comunidades participarán activamente en la planeación, ejecución y veeduría del Modelo a través de sus instancias representativas.

Se promoverán alianzas estratégicas con ONGs, sector privado, academia y cooperación internacional.

Artículo 8. Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud (RIPSS) para el MAPS-EAC Rural. Las EAPB o las entidades que hagan sus veces, en coordinación con las Entidades Territoriales, deberán organizar y gestionar Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud (RIPSS) adaptadas a las necesidades del MAPS-EAC Rural. Estas redes asegurarán la articulación funcional entre los diferentes niveles de atención, conectando los servicios de atención primaria rural con los centros de referencia de mayor complejidad, para garantizar la continuidad, integralidad y resolutivez en la atención de las Enfermedades de Alto Costo.

Las RIPSS del MAPS-EAC Rural deberán:

- 8.1. Incorporar prestadores ubicados estratégicamente en zonas rurales y urbanas para facilitar el acceso de la población rural y rural dispersa.
- 8.2. Establecer mecanismos claros y eficientes de referencia y contrarreferencia, apoyados en tecnologías de la información y comunicación y en la optimización del rol de los Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias (CRUES), asegurando el flujo de información clínica pertinente.
- 8.3. Contar con equipos multidisciplinarios que operen coordinadamente a lo largo de la red, incluyendo profesionales de la salud, personal de apoyo, agentes comunitarios y líderes locales, según corresponda.
- 8.4. Implementar sistemas de comunicación e información interoperables que faciliten la gestión de pacientes, la coordinación entre prestadores y el seguimiento de la atención dentro de la red.
- 8.5. Adoptar y adaptar las guías de práctica clínica y protocolos definidos para el manejo de las EAC en el marco del MAPS-EAC Rural.
- 8.6. Promover la optimización de recursos y la mejora continua de la calidad de la atención en el contexto rural.

Artículo 9. Servicio de Albergue Temporal para Pacientes Rurales. Para efectos de la presente resolución y en el marco del MAPS-EAC Rural, entienda-se por albergue el servicio de alojamiento y alimentación temporal que se brinda a los pacientes afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud residentes en zonas rurales o rurales dispersas, que requieran recibir servicios o tecnologías en salud para el manejo de Enfermedades de Alto Costo en un municipio diferente al de su residencia por indisponibilidad de oferta local.

El servicio de albergue buscará reducir las barreras geográficas y económicas asociadas al desplazamiento y estancia fuera del hogar. Incluirá como mínimo:

- 9.1. Alojamiento en condiciones dignas, seguras y accesibles para el paciente.
- 9.2. Alimentación balanceada acorde a las posibles necesidades clínicas del paciente durante su estancia.
- 9.3. Acceso a servicios básicos y espacios comunes adecuados.
- 9.4. Alojamiento y alimentación para un acompañante cuando sea clínicamente necesario o en los casos previstos en las disposiciones legales vigentes para poblaciones vulnerables (menores de edad, personas con discapacidad, etc.).
- 9.5. Servicios complementarios de apoyo psicosocial y educación en salud para el paciente y su familia, articulados con las acciones del MAPS-EAC Rural.

El diseño, ubicación (preferiblemente cercana a las IPS de referencia) e implementación de los albergues se realizará mediante procesos de concertación y/o co-construcción con las comunidades, Entidades Territoriales, EAPB, IPS y organizaciones sociales o comunitarias pertinentes. La financiación y operación de este servicio se definirá conforme a la reglamentación que expida este Ministerio y a los mecanismos establecidos en el artículo 10 de la presente resolución.

Parágrafo: Los gastos de transporte intermunicipal asociados a la remisión inicial o al retorno del paciente a su lugar de residencia seguirán las reglas generales del sistema y no se entenderán incluidos dentro del servicio de albergue definido en este artículo, sin perjuicio de otros mecanismos de apoyo al transporte que puedan gestionarse a través de las Entidades Territoriales o alianzas específicas en el marco del MAPS-EAC Rural.

Artículo 10. Financiamiento del MAPS-EAC Rural. La implementación del modelo se financiará con fuentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, recursos del Presupuesto General de la Nación destinados a salud pública y al Plan Nacional de Salud Rural, recursos propios de las entidades territoriales, y fuentes alternativas. Se promoverán y desarrollarán, según viabilidad y reglamentación:

- 10.1. Ajustes a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) basados en riesgo, que consideren las particularidades de las EAC y los costos operativos diferenciales de las zonas rurales y rurales dispersas.
- 10.2. Implementación de mecanismos de pago por desempeño (P4P) para EAPB, IPS y profesionales, vinculados a indicadores de calidad, acceso y resultados en salud para EAC en zonas rurales.
- 10.3. Exploración e implementación de esquemas de riesgo compartido entre el Estado y las EAPB para la atención de EAC de alto costo en zonas rurales.

- 10.4. Análisis de viabilidad y regulación de modelos de integración vertical, asegurando la calidad y evitando la monopolización.
- 10.5. Gestión de recursos de cooperación internacional, alianzas público-privadas (incluyendo mecanismos como Obras por Impuestos) y fondos voluntarios para complementar la financiación.
- 10.6. Uso estratégico de recursos del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) territorial para acciones de promoción y prevención del modelo.

Artículo 11. Implementación, Seguimiento y Evaluación. La implementación del MAPS-EAC Rural será gradual y progresiva, iniciando en territorios priorizados según criterios epidemiológicos y de vulnerabilidad.

Las Entidades Territoriales, con el acompañamiento del Ministerio y la participación de los actores locales, formularán Planes de Acción Territoriales para la implementación del Modelo, adaptados a sus contextos.

El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los indicadores clave para el monitoreo y evaluación del desempeño, resultados e impacto del Modelo.

Se realizarán procesos periódicos de seguimiento y evaluación participativa para ajustar el Modelo según la evidencia y las necesidades territoriales.

Artículo 12. Articulación con otros Modelos y Políticas. El MAPS-EAC Rural se desarrollará de manera articulada y complementaria con la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), el PNDR, el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, y demás políticas, planes y estrategias sectoriales e intersectoriales pertinentes.

Artículo 13. Vigencia. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

12.2. Anexo 2. Costeo preliminar para un departamento con alta ruralidad, año 2024.

Costos de Salarios de Recurso Humano - 2024				
Centro de Salud	Salario M COP / mes	cant./ centro	Salario COP /año	Incentivo salarial (+30%)
MD familiar	\$6,564,427	1	\$78,773,124	102,405,061
MD Intramural	\$3,638,422	1	\$43,661,064	56,759,383
MD extramural	\$3,638,422	1	\$43,661,064	56,759,383
Odontologo	\$2,404,450	1	\$28,853,400	37,509,420

Modelo de Atención Primaria para Enfermedades de Alto Costo en Población Rural y Rural dispersa en Colombia.

Psicologo/a	\$ 2,012,926	1	\$24,155,112	31,401,646
Enfermera/o	\$2,309,628	1	\$27,715,536	36,030,197
Bacteriologa/o	\$2,309,628	1	\$27,715,536	36,030,197
Aux. de enfermeria	\$1,173,582	1	\$14,082,984	18,307,879
Prof. Sci. Soc.	\$1,959,797	1	\$23,517,564	30,572,833
promotora	\$1,173,582	1	\$14,082,984	18,307,879
Promotor saneamiento	\$1,173,582	1	\$14,082,984	18,307,879
Operador logistico (eg., motorista o conductor)	\$1,173,582	1	\$14,082,984	18,307,879
Oficios Varios	\$1,173,582	1	\$14,082,984	18,307,879
Total				\$479,007,516

Dotación Puestos de Salud - Consumibles		
Categoría	Descripción Consumibles	Costo/ Unidad 2024
aseo	JABON para manos, 100 gs	\$1,222.22
aseo	KIT de aseo (cloro, jabon, escobars, detergente etc)	\$287,580.00
disinf	COLORO 1 G NaDCC (AQUA SAFE)	\$359.48
disinf	DICLOROISOCIANURATO SODIO 17mg(A-GUASAFE)Tab.purific agua	\$359.48
disinf	HOJA DE ESTERILIZACION, PAPEL CREPE, 1,2 x 1,2 m	\$4,169.91
kit suturas	(bisturí n°4) HOJA, u.u., estéril, n°22, 01-22-22	\$172.55
kit suturas	Sutura no absorbible, N° 2/0, aguja curva 3/8 triang., marca Pro	\$2,875.80
kit suturas	Sutura no absorbible, N° 3/0, aguja curva 4/8 red., marca Prolen	\$2,875.80
lab	LAMINA, esmerilada, 76x26 mm, empaque tropicalizado	\$150.98
lab	Lapiz de cera	\$7,189.50
lab	Recipiente para cortopunzantes, 3 LTR	\$7,189.50

lab	Recolector de muestras de esputo, estéril, plástico traslúcido,	\$718.95
lab	TIRAS PARA GLUCÓMETRO ENTRUST x 50 x 50 lancetas	\$57,516.00
lab	Prueba rapida de sifilis	\$5,751.60
lab reactivos	Aceite de inmersión, botella x 100 ml	\$21,568.50
lab reactivos	Coloración de Field, solución A, botella x 200 ml	\$14,379.00
lab reactivos	Coloración de Field, solución B, botella x 200 ml	\$14,379.00
lab reactivos	Wright, 500ml, bottle	\$143,790.00
mat. Iny	Aguja estéril, Vacutainer, N° 21G x 1.5 adulta	\$143.79
mat. Iny	Jeringa desechable x 5 ml + aguja, N° 21 G x 1.5 “	\$339.34
med externos	Alcohol, 70 %, botella x 120 ml	\$1,437.90
med externos	Benzoato de bencilo, 30 %, frasco x 120 ml	\$13,299.14
med externos	Calamina, loción, 15 %, frasco x 100 ml	\$2,637.11
med externos	Clorhexidina 20%+Cetrimida 0.05 gr Sln Tópica x120ml	\$5,462.58
med externos	Clotrimazol crema tópica, 1 %, tubo x 40 gr	\$1,509.80
med externos	Clotrimazol, tableta vaginal x 500 mg	\$1,006.53
med externos	Hidrocortisona, crema, 1 %, tubo x 15 gr	\$2,240.25
med externos	Lidocaina, gel, 2 %, tubo x 30 gr	\$6,112.51
med externos	Oxido de zinc, 10 %, tubo x 57 gr	\$6,039.18
med externos	Permetrina, champú, 1%, Frasco x 60 ml	\$21,440.53
med externos	Podofilina, solución, 20 %, frasco x 5 ml	\$37,035.99
med externos	Vaselina pura, frasco x 105 gr	\$10,098.37
med externos	Violeta de genciana, solución, frasco x 30 ml	\$11,395.36
med externos	Yodopovidona Solución Tópica frasco x 60 ml	\$1,869.27
med iny	Lidocaína, 2 % + epinefrina, ampolla x 20 ml	\$258.82
med mat renov.	ALGODON hidrófilo, rollo, 500 g	\$10,699.41
med mat renov.	Bajalenguas o depresores en madera	\$71.90
odont	Cepillo dental niño, marca Colgate	\$1,560.12

Modelo de Atención Primaria para Enfermedades de Alto Costo en Población Rural y Rural dispersa en Colombia.

odont	Cepillo dental, adulto, marca Colgate	\$1,669.40
med mat renov.	COMPRESA DE GASA, 10 cm, 8 pliegues, 17 hilos, NO ESTERIL	\$53.20
odont	Crema dental, tubo x 25 gr	\$1,150.32
med mat renov.	Cuchara dosificadora plástica	\$143.79
med mat renov.	Curitas plásticas	\$57.52
med mat renov.	Esparadrapo de tela con óxido de Zinc, rollo, 5 cm x 4.57 m	\$7,450.70
med mat renov.	Guante estéril, N° 7.5, par	\$ 852.67
med mat renov.	Guante no estéril, para examen, talla M	\$136.60
med mat renov.	Mascarilla con visor desechable	\$14,379.00
odont	Pastilla reveladora de placa bacteriana	\$100.65
med mat renov.	Preservativo masculino, talla estandar	\$309.15
med mat renov.	Sabana, desechable	\$2,729.13
med mat renov.	VENDA DE GASA, 8 cm x 4 m, orillada	\$2,286.26
med mat renov.	VENDA ELASTICA, 10 cm x 4 m	\$3,019.59
medicamentos	Acetaminofen, gotas, 100 mg / ml, frasco x 30 ml	\$1,148.88
medicamentos	Acetaminofen, tableta x 100 mg	\$513.33
medicamentos	Acetaminofen, tableta x 500 mg	\$25.88
medicamentos	Acido acetil salicilico, tableta x 100 mg	\$30.20
medicamentos	Acido acetil salicílico, tableta x 500 mg	\$56.08
medicamentos	Acido Fólico, 1 mg, tab	\$17.25
medicamentos	Acido folico, tableta x 5 mg	\$17.25
medicamentos	Albendazol, tableta x 200 mg	\$99.22
medicamentos	Amoxicilina, cápsula x 500 mg	\$202.74
medicamentos	Amoxicilina, polvo suspensión, 250 mg / 5ml, frasco x 100 ml	\$2,156.85
medicamentos	Atenolol, tableta x 100 mg	\$143.79
medicamentos	Cloroquina difosfato o sulfato, tableta x 250 mg (150 mg base)	\$218.56
medicamentos	COTRIMOXAZOL, 400 mg / 80 mg, tab. fraccionable	\$70.46

medicamentos	Hidróxido de aluminio, tableta x 234 mg	\$517.64
medicamentos	Ibuprofen, tableta x 400 mg	\$41.70
medicamentos	Ibuprofeno, suspensión oral, 100 mg / 5 ml, frasco x 5 ml	\$2,027.44
medicamentos	Ivermectina, gotas, 0.6 %, frasco x 5 ml	\$1,854.89
medicamentos	Levonorgestrel + etinilestradiol, tableta x (0.15 mg + 0.03 mg)	\$ 864.18
medicamentos	Levonorgestrel, tableta x 0.75 mg, marca Postinor	\$3,846.38
medicamentos	Multivitaminas, tableta	\$156.73
medicamentos	Nistatina suspensión, 100.000 U.I. / ml, frasco x 60 ml	\$3,146.13
medicamentos	Omeprazol, cápsula x 20 mg	\$69.02
medicamentos	Sales de rehidratación oral, 27.9 gr / litro, sobre	\$547.84
medicamentos	Sulfato Ferroso Jarabe 195mg	\$21,716.60
medicamentos	Sulfato ferroso, tableta x 131 mg (42 mg de hierro elemental)	\$143.79
medicamentos	Tinidazol, tableta x 500 mg	\$69.02
medicamentos	Vitamina A, cápsula x 50.000 U.I.	\$445.75
papeleria	BLOC DE NOTAS, A5, cuadriculado	\$1,437.90
papeleria	BOLIGRAFO, azul	\$431.37
papeleria	BOLIGRAFO, negro	\$431.37
papeleria	BOLIGRAFO, rojo	\$431.37
papeleria	CUADERNO, 210 x 297 mm, con espiral, cuadricula 5 mm, 180 p.	\$1,437.90
papeleria	MARCADOR, negro, permanente, punta fina	\$718.95
papeleria	MARCADOR, rojo, permanente, punta fina	\$718.95
papeleria	KIT papeleria pequeña (grapasa, clip de papel, tachuela)	\$57,516.00
papeleria	KIT promoción y prevención consumibles (papel, carton, marcadoras)	\$143,790.00
varios	PILAS tipo D alcalina para linterna plastica	\$7,189.50
Total		\$1,035,495

Modelo de Atención Primaria para Enfermedades de Alto Costo en Población Rural y Rural dispersa en Colombia.

Dotación Puestos de Salud - Equipo		
Categoría	Descripción Equipo	Costo/ Unidad 2024
agua	KIT sistema de recoger agualluvia (tejas de zinc, canales, tanque, plomeria)	\$718,950
aseo	BALDE plastico 20 litros	\$28,758
aseo	CEPILLO uñas, plástico, autoclavable	\$2,876
clinic	ALGODONERA, con tapa	\$10,065
clinic	ATRIL METALICO	\$268,168
clinic	BANDEJA DE CURA, 30 x 20 x 3 cm, acero inoxidable	\$53,375
clinic	BASCULA mecánica, adulto 0-150 kg, grad. 500 g	\$168,234
clinic	BASCULA TIPO SALTER, 0-25 kg, sin calzón, grad. 100 g	\$ 273,201
clinic	CALZONES para báscula Salter (juego de 5 calzones)	\$121,517
clinic	ESFIGMOMANOMETRO, manómetro manual, Velcro, adulto	\$186,927
clinic	ESFIGMOMANOMETRO, manómetro manual, Velcro, infantil	\$216,835
clinic	ESTESTOCOPIO DE PINAR	\$14,178
clinic	ESTETOSCOPIO, una campana, enfermera	\$200,156
clinic	GLUCOMETRO ENTRUST	\$172,548
clinic	HAMACA, para bascula Salter, unidad	\$41,699
clinic	HORNILLO A PRESION, multifuel, 975 ml, (MSR Dragonfly)	\$287,580
clinic	INFANTOMETRO PEDIATRICO, tallimetro pediatrico, acrilico	\$63,268
clinic	MARTILLO DE REFLEJOS	\$14,379
clinic	Reloj digital, 60 minutos, con alarma	\$43,137
clinic	RINOÑERA, 26 cm x 14 cm, acero inoxidable	\$17,013
clinic	TALLIMETRO, cinta, vertical, 200 cm	\$18,118
clinic	TERMOMETRO ELECTRONICO, precisión 0,1°C + estuche	\$11,670

disinf	AUTOCLAVE (All American) , sin hornillo 24 l, Ø int. 31.5cm	\$1,366,005
kit curacion	CAJA, INSTRUMENTOS, acero inoxidable 18x8x4 cm	\$43,137
kit curacion	PINZA DE DISECCION, ESTANDAR, recta, 14,5 cm 06-00-14	\$19,347
kit curacion	PINZA HEMOST., DE PEAN, 14 cm, recta, 16-10-14	\$54,238
kit curacion	TIJERAS QUIRURGICAS DEEVER, aguda/roma, 14cm rectas 03-08-14	\$58,002
kit suturas	CAJA, INSTRUMENTOS, acero inoxidable 20x10x3 cm	\$43,646
kit suturas	ESTILETE, rondo, 2 extremos romos, 14,5 cm, 1,5 mm 09-04-14	\$12,582
kit suturas	MANGO BISTURÍ, n°4 estandar 01-28-04	\$14,552
kit suturas	PINZA DE DISECCION estand, 1x2 dient, recta 14,5cm 06-05-14	\$19,347
kit suturas	PINZA HEMOST. DE KOCHER, 14 cm, 1x2 dientes, recta, 16-12-14	\$64,655
kit suturas	PINZAS, HEMOSTATICAS, HALSTED-MOSQUITO, 12.5 cm, curvado, 15-45-12	\$59,860
kit suturas	PORTA AGUJA DE MAYO-HEGAR, estándar, 18 cm 10-18-18	\$82,679
kit suturas	TIJERAS QUIRURGICAS DEEVER, aguda/roma, 14cm curvas 03-09-14	\$58,002
lab	Caja porta láminas	\$28,758
lab	MICROSCOPIO (Olympus CX21), COMPLETO, bin, espej,/red, estuche)	\$6,758,130
meubles	ARCHIVADOR METALICO 2 GAVETAS	\$287,580
meubles	ARCHIVADOR METALICO X 4 GAVETES	\$431,370
meubles	BIOMBO 3 particiones	\$359,475
meubles	CAMA, MARCO RIGIDO, somier latas, 90 x 190 cm, simple	\$230,064
meubles	CAMILLA PLEGABLE en lona, para transporte	\$188,365
meubles	CUNA para bebe	\$258,822

Modelo de Atención Primaria para Enfermedades de Alto Costo en Población Rural y Rural dispersa en Colombia.

meubles	DIVAN PARA EXAMEN	\$718,950
meubles	ESCALERA de 2 pasos	\$172,548
meubles	ESCRITORIO, 1 cajón, 80 x 120 cm	\$222,875
meubles	ESTANTE metalico 2,40ax0.92lx0,60f / 7entrepaños	\$373,854
meubles	MESA AUXILIAR PARA INSTRUMENTAL	\$454,149
meubles	MESA, altura 75 cm, ± 120 x 80 cm	\$129,411
meubles	PATO ORINAL HOMBRE	\$15,817
meubles	PATO ORINAL MUJER	\$156,012
meubles	TABLERO corcho	\$115,032
meubles	TABLERO acrilico pequeño	\$100,653
meubles	TABLERO acrilico grande	\$215,685
meubles	SILLA, plastica	\$86,274
varios	LINTERNA LED plastica 2 pilas alcalina	\$14,379
varios	KIT herramientas pequeñas (martillo, sierra, destornilladores, pinzers, llave)	\$143,790
varios	KIT herramientas grandes (palas, pico, rastrillo, escober)	\$143,790
varios	KIT promocion y prevencion (titires, macro modelos, posters etc)	\$431,370
varios	Tablet	\$1,437,900
Total		\$18,303,755

Dotación Centros de Salud - Consumibles		
Categoría	Descripción CONSUMIBLES	Costo/ Unidad 2024
aseo	JABON para manos, 100 gs	\$1,222
aseo	KIT de aseo (cloro, jabon, escobars, detergente etc)	\$287,580
disinf	Bolsa autosellable para esterilización 19 x 33 cms	\$173
disinf	Bolsa autosellable para esterilización 25 x 37 cms	\$173
disinf	Bolsa autosellable para esterilización 9 x 23 cms	\$173
disinf	COLORO 1 G NaDCC (AQUA SAFE)	\$359

disinf	DICLOROISOCIANURATO SODIO 17mg(AGUASAFE)Tab. purific agua	\$359
disinf	Glutaraldehido(Quiruger), solución, frasco x 3.8 LTR	\$179,738
disinf	Hipoclorito de sodio, 5 %, frasco x 3.8 LTR	\$8,627
disinf	HOJA DE ESTERILIZACION, PAPEL CREPE, 1,2 x 1,2 m	\$4,170
disinf	TIRA INDICADORA ESTERILIZAC 3M (Comply),120 unid, caja	\$107,843
infusion	GLUCOSA, 5%, 500 ml, envase plástico	\$2,211
infusion	GLUCOSA, 10%, 500 ml, envase plástico	\$2,179
INYECTABLES	AGUA ESTERIL, x 500 ml, envase plastico	\$1,740
INYECTABLES	AGUA para inyeccion, 5 ml, amp.	\$144
INYECTABLES	AMPICILINA, 500 mg, polvo, vial	\$216
INYECTABLES	ATROPINA sulfato, 1 mg/ml, 1 ml, amp.	\$302
INYECTABLES	CEFTRIAXONA, 1 g, polvo, vial	\$3,595
INYECTABLES	DEXAMETASONA fosfato, 4 mg/ml, 1 ml, amp.	\$381
INYECTABLES	DIAZEPAM 5 mg/ml, 2 ml, amp.	\$7,543
INYECTABLES	DICLOFENACO sodico, 25 mg/ml, 3 ml, amp.	\$252
INYECTABLES	Diclofenaco, 75 mg / 3 ml, ampolla x 3ml	\$431
INYECTABLES	EPINEFRINA (adrenalina), 1 mg/ml, 1 ml, amp.	\$381
INYECTABLES	FUROSEMIDA, 10 mg/ml, 2 ml, amp.	\$23
INYECTABLES	HIDROCORTISONA succ. de sodio, eq. 100 mg base, polvo, vial	\$2,383
INYECTABLES	HIOSCINA BUTILBROMURO (butilescopolamina br), 20 mg/1 ml,amp	\$529
INYECTABLES	Lidocaína, 2 % + epinefrina, ampolla x 20 ml	\$259
INYECTABLES	MEDROXIPROGESTERONA acetato, 150 mg, 1 ml, vial	\$9,274
INYECTABLES	METILERGOMETRINA, 0,2 mg/ml, 1 ml, amp.	\$5,187
INYECTABLES	METOCLOPRAMIDA, 5 mg/ml, 2 ml, amp.	\$216
INYECTABLES	Omeprazol, vial x 40 mg	\$33,072
INYECTABLES	OXITOCINA, 10 UI/ml, 1 ml, amp.	\$2,676
INYECTABLES	PENICILINA BENZATINA, 2,4 M UI, polvo, vial	\$1,373
INYECTABLES	Suero antiofidico polivalente, ampolla x 10 ml	\$81,960
INYECTABLES	TRAMADOL clorhidrato, 50 mg/ml, 1 ml, amp.	\$561

Modelo de Atención Primaria para Enfermedades de Alto Costo en Población Rural y Rural dispersa en Colombia.

KIT citologia	Kit para toma de citologías	\$2,301
kit suturas	(bisturí n°4) HOJA, u.u., estéril, n°22, 01-22-22	\$173
kit suturas	(bisturi N°3) HOJA, u.u., esteril, n°15, 01-22-15	\$173
kit suturas	Sutura absorbible, N° 3/0, aguja curva 4/8 redonda, marca Vicryl	\$13,301
kit suturas	Sutura absorbible, N°2/0, aguja curva 3/8 redonda, marca Vicryl	\$13,301
kit suturas	Sutura no absorbible, N° 2/0, aguja curva 3/8 triang., marca Pro	\$13,301
kit suturas	Sutura no absorbible, N° 3/0, aguja curva 4/8 red., marca Prolen	\$13,301
kit suturas	Sutura no absorbible, N° 5/0, aguja curva 3/8 triang., marca Pro, sutura cara	\$13,301
lab	(HemoCue Hb 301) LIMPIADORES , Bolsa x 5 unds	\$100,078
lab	(HemoCue Hb 301) MICROCUBETAS, u.u.	\$3,290
lab	Aceite de inmersión, botella x 100 ml	\$21,569
lab	Agua Destilada, Botella x 500 ml.	\$11,503
lab	Alcohol acetona, para coloración Gram, botella x 500 ml	\$28,758
lab	Alcohol ácido, solución, Zielhl Neelsen, botella x 500 ml	\$25,882
lab	Azul de metileno fosfatado, coloración Field, botella x 200ml	\$24,444
lab	Azul de metileno, coloración Zielhl Neelsen, botella x 500 m.	\$25,882
lab	Coloración de Field, solución A, botella x 200 ml	\$14,379
lab	Coloración de Field, solución B, botella x 200 ml	\$14,379
lab	Giemsa, botella x 100 ml	\$70,457
lab	Hidróxido de amonio, solución, 30 %, botella x 1 LTR	\$71,895
lab	LAMINA, esmerilada, 76x26 mm, empaque tropicalizado	\$151
lab	Lanceta desechable estéril, tipo standard	\$73
lab	Lapiz de cera	\$7,190
lab	Lugol parasitológico, botella x 500 ml.	\$53,921
lab	Lugol, kit, coloración de Gram, botella x 500 ml.	\$53,921
lab	Metanol, botella x 500 ml	\$76,209

lab	Palillo mezclador	\$29
lab	Pipeta de Pasteur, graduada, no estéril, plástica, 3 ml	\$72
lab	Punta amarilla para pipeta automática, volumen 20-200 µl	\$29
lab	Punta azul para pipeta automática, volumen 200-1000 µl	\$29
lab	Recolector de Coprológico de plástico, estéril, 60 ml	\$288
lab	Recolector de muestras de esputo, estéril, plástico translúcido,	\$575
lab	Recolector de muestras de orina, estéril, plástico, 60 ml	\$173
lab	Safranina o fuchsina, coloración Gram, botella x 500 ml.	\$40,261
lab	TEST EMBARAZO (RST/hCG), 1 tira	\$2,844
lab	Test grupo sanguíneo, anti A, 10 ml	\$17,255
lab	Test grupo sanguíneo, anti AB, 10 ml	\$33,072
lab	Test grupo sanguíneo, anti B, 10 ml	\$23,006
lab	Test grupo sanguíneo, RH anti D, 10 ml	\$33,072
lab	Test hepatitis B, rápido, "HBSAG" Determine x 100 u	\$3,595
lab	TEST ORINA, pH,dens,prot,gluc,cet,sangre,nitr,leuco, bili, urob, 1 tira	\$1,150
lab	TEST SIFILIS (SDBioline 3.0), suero/pl/sangre total, 1 test	\$4,314
lab	TEST, MALARIA, HRP2, rapid (SD Bioline), 25 tests, kit'	\$7,132
lab	TEST, VIH 1 + 2, rápido (Determine),	\$4,673
lab	TIRAS PARA GLUCÓMETRO Contour x 50 x 50 lancetas	\$57,516
lab	Tubo capilar, heparinizado, 75 mm (microhaematocrito)	\$72
lab	Tubo capilar, no heparinizado, 75 mm (microhaematocrito)	\$58
lab	Tubo con EDTA, Vacutainer, 3.5 ml	\$549
lab	Tubo de vidrio, no graduado, fondo redondo, 15 ml	\$72
lab	Tubo seco, Vacutainer, 3.5 ml	\$431
lab	Wright, 500ml, bottle	\$143,790
mat iny	(catéter IV) TAPON, Luer macho, u.u.	\$375
mat iny	AGUJA , u.u., Luer, 19 G (1,1 x 40 mm) crema, IV	\$211
mat iny	Aguja estéril, Vacutainer, N° 21G x 1.5 adulta	\$431

Modelo de Atención Primaria para Enfermedades de Alto Costo en Población Rural y Rural dispersa en Colombia.

mat iny	Aguja estéril, Vacutainer, N° 22G x 1.0 pediátrica	\$288
mat iny	AGUJA INTRAOSEOSA, u.u., 16 G	\$43,137
mat iny	AGUJA INTRAOSEOSA, u.u., 18 G	\$43,137
mat iny	AGUJA PALOMITA, EPICRANEAL, u.u. 21 G (0,8 x 19 mm), verde	\$375
mat iny	AGUJA PALOMITA, EPICRANEAL, u.u. 23 G (0,65x19,5mm), azul	\$375
mat iny	AGUJA, u.u., Luer, 21 G x (0,8 x 40 mm) verde, IM	\$167
mat iny	AGUJA, u.u., Luer, 23G (0,6 x 30 mm) azul, SC, IM infantil	\$167
mat iny	BURETROL, 150 ml	\$4,643
mat iny	CATETER CORTO IV, 14 G, (2,1 x 45 mm), naranja	\$4,862
mat iny	CATETER IV, punto de inyec. u.u. 16G (1,7 x 55 mm) gris	\$1,524
mat iny	CATETER IV, punto de inyec. u.u. 18G (1,2 x 45mm) verde	\$1,524
mat iny	CATETER IV, punto de inyec. u.u. 20G (1,0 x 32mm) rosa	\$1,524
mat iny	CATETER IV, punto de inyec. u.u. 22G (0,8 x 25mm) azul	\$1,524
mat iny	CATETER IV, punto de inyec. u.u. 24G (0,7 x 19mm) amarillo	\$1,524
mat iny	CONTENEDOR,, agujas jeringas, 250 ml, plástico + tapa	\$10,784
mat iny	CONTENEDOR,, agujas jeringas, 750 ml, plástico + tapa	\$23,006
mat iny	Equipo buretrol, 150 ml	\$4,745
mat iny	Jeringa desechable x 1 ml + aguja, N° 25 G x 5/8 “	\$316
mat iny	Jeringa desechable x 10 ml + aguja, N° 21 G x 1.5 “	\$368
mat iny	Jeringa desechable x 5 ml + aguja, N° 21 G x 1.5 “	\$339
mat iny	Jeringa x 60 ml, extremo cónico	\$719
mat iny	JERINGA, u.u., Luer, 20 ml	\$581
mat iny	JERINGA, u.u., Luer, insulina, 100 UI/1 ml + aguja fija	\$514
mat iny	SISTEMA DE PERFUSION “Y”, Luer lock, toma de aire, esteril, u.u.	\$4,211
mat iny	SISTEMA DE PERFUSION, pediátrico (sin buretrol)	\$2,831
med externos	Alcohol, 70 %, botella x 120 ml	\$1,438
med externos	Benzoato de bencilo, 30 %, frasco x 120 ml	\$13,299

med externos	Calamina, loción, 15 %, frasco x 100 ml	\$2,637
med externos	Clorhexidina 20%+Cetrimida 0.05 gr SIn Tópica x120ml	\$5,463
med externos	Clotrimazol crema tópica, 1 %, tubo x 40 gr	\$1,510
med externos	Clotrimazol, tableta vaginal x 500 mg	\$1,007
med externos	Hidrocortisona, crema, 1 %, tubo x 15 gr	\$2,240
med externos	Lidocaina, gel, 2 %, tubo x 30 gr	\$6,113
med externos	Oxido de zinc, 10 %, tubo x 57 gr	\$6,039
med externos	Permetrina, champú, 1%, Frasco x 60 ml	\$21,441
med externos	Podofilina, solución, 20 %, frasco x 5 ml	\$37,036
med externos	Solucion Hidroalcoholica para fricción de manos, 3750 cc.	\$14,379
med externos	Vaselina pura, frasco x 105 gr	\$10,098
med externos	Violeta de genciana, solución, frasco x 30 ml	\$11,395
med externos	Yodopovidona Solución Tópica frasco x 60 ml	\$1,869
med iny	Lidocaína, 2 % + epinefrina, ampolla x 20 ml	\$259
med mat renov.	Aguja de punción lumbar, N° 20 G	\$14,887
med mat renov.	Aguja de punción lumbar, N° 22 G	\$12,833
med mat renov.	ALGODON hidrófilo, rollo, 500 g	\$10,699
med mat renov.	Aplicadores o hisopos de algodón	\$30
med mat renov.	Bajalenguas o depresores en madera	\$72
med mat renov.	Bata desechable para paciente	\$3,356
med mat renov.	Bolsa plástica, entrega de medicamentos, 10 cm x 15 cm	\$288
med mat renov.	Bolsa roja para material contaminado, calibre 2, 60 cm x 40 cm	\$562
med mat renov.	Cinta de Perimetro Braquial (MUAC), polypropylene, pediátrico.	\$1,864
med mat renov.	COMPRESA DE GASA, 10 cm, 8 pliegues, 17 hilos, NO ESTERIL	\$53

Modelo de Atención Primaria para Enfermedades de Alto Costo en Población Rural y Rural dispersa en Colombia.

med mat renov.	Compresa de gasa, estéril, 10 cm x 10 cm	\$719
med mat renov.	Cuchara dosificadora plástica	\$144
med mat renov.	Curitas plásticas	\$58
med mat renov.	Esparadrapo de tela con óxido de Zinc, rollo, 5 cm x 4.57 m	\$47,451
med mat renov.	Espéculo vaginal, desechable	\$1,078
med mat renov.	Especulos oticos	\$72
med mat renov.	Gafas plásticas transparentes, para protección	\$2,876
med mat renov.	Gasa, rollo, 90 yardas x 36"	\$28,758
med mat renov.	Gel, para Doppler , frasco x 3.8 LTR	\$5,176
med mat renov.	Guante estéril, N° 7.5, par	\$853
med mat renov.	Guante no estéril, para examen, talla M	\$137
med mat renov.	Hoja de bisturí, N° 22	\$43
med mat renov.	Mascarilla con visor desechable	\$14,379
med mat renov.	MASCARILLAS, desechables (tapa bocas)	\$259
med mat renov.	PAPEL ECOGRAFO, UPP-110 HG, alta densidad	\$57,516
med mat renov.	Preservativo masculino, talla estandar	\$309
med mat renov.	Sabana, desechable	\$2,729
med mat renov.	Sistema para drenaje urinario, marca Cystoflo	\$8,156

med mat renov.	Sonda nasogástrica, N° 16	\$ 4,314
med mat renov.	Sonda nasogástrica, N° 8	\$ 2,876
med mat renov.	Sonda urinaria con globo, N° 16, Foley	\$ 1,725
med mat renov.	Tapa bocas	\$ 252
med mat renov.	VENDA DE GASA, 8 cm x 4 m, orillada	\$ 2,286
med mat renov.	Venda de yeso, rollo, 6 “x 3 m	\$ 9,906
med mat renov.	VENDA ELASTICA, 10 cm x 4 m	\$ 3,020
med mat renov.	Venda elástica, 3 “ x 5 yardas	\$ 1,208
medicamentos	Acetaminofen, gotas, 100 mg / ml, frasco x 30 ml	\$ 1,149
medicamentos	Acetaminofen, tableta x 100 mg	\$ 513
medicamentos	Acetaminofen, tableta x 500 mg	\$ 26
medicamentos	Acido acetil salicilico, tableta x 100 mg	\$ 30
medicamentos	Acido acetil salicílico, tableta x 500 mg	\$ 56
medicamentos	Acido Fólico, 1 mg, tab	\$ 17
medicamentos	Acido folico, tableta x 5 mg	\$ 17
medicamentos	Albendazol, tableta x 200 mg	\$ 99
medicamentos	Amoxicilina, cápsula x 500 mg	\$ 203
medicamentos	Amoxicilina, polvo suspensión, 250 mg / 5ml, frasco x 100 ml	\$ 2,157
medicamentos	ARTEMETERO 20 mg / LUMEFANTRINA 120 mg, blister adulto 24 co.	\$ 14,379
medicamentos	Atenolol, tableta x 100 mg	\$ 144
medicamentos	CIPROFLOXACINA clorhidrato, 500 mg base , comp. Divisible	\$ 70
medicamentos	CLORFENIRAMINA MALEATO, 4 mg, comp.	\$ 36
medicamentos	Cloroquina difosfato o sulfato, tableta x 250 mg (150 mg base)	\$ 219

Modelo de Atención Primaria para Enfermedades de Alto Costo en Población Rural y Rural dispersa en Colombia.

medicamentos	COTRIMOXAZOL, 400 mg / 80 mg, tab. fraccionable	\$	70
medicamentos	DOXICICLINA, 100 mg, comp.	\$	101
medicamentos	ENALAPRIL, 5 mg, comp.	\$	26
medicamentos	ERITROMICINA estearato, eq. 500 mg base, comp.	\$	242
medicamentos	ETINILESTRADIOL 0,03mg + LEVONORGESTREL 0,15 mg, 28 tab.	\$	864
medicamentos	FUROSEMIDA, 40 mg, comp.	\$	324
medicamentos	GLIBENCLAMIDA, 5 mg, comp.	\$	29
medicamentos	Hidróxido de aluminio, tableta x 234 mg	\$	518
medicamentos	HIOSCINA BUTILBROMURO (butilescopolamina bromuro),10 mg,comp.	\$	144
medicamentos	Ibuprofen, tableta x 400 mg	\$	42
medicamentos	IBUPROFENO, 400 mg, comp.	\$	42
medicamentos	Ibuprofeno, suspensión oral, 100 mg / 5 ml, frasco x 5 ml	\$	2,027
medicamentos	Ivermectina, gotas, 0.6 %, frasco x 5 ml	\$	1,855
medicamentos	Levonorgestrel + etinilestradiol, tableta x (0.15 mg + 0.03 mg)	\$	864
medicamentos	Levonorgestrel, tableta x 0.75 mg, marca Postinor	\$	3,846
medicamentos	Multivitaminas, tableta	\$	157
medicamentos	Nistatina suspensión, 100.000 U.I. / ml, frasco x 60 ml	\$	3,146
medicamentos	Omeprazol, cápsula x 20 mg	\$	69
medicamentos	PRIMAQUINA difosfato, eq. 15 mg base, tab.	\$	1,183
medicamentos	SALBUTAMOL, 0,1mg/pulv., 200 pulv., fr. Aerosol	\$	7,539
medicamentos	Sales de rehidratación oral, 27.9 gr / litro, sobre	\$	548
medicamentos	Sulfato Ferroso Jarabe 195mg	\$	21,717
medicamentos	Sulfato ferroso, tableta x 131 mg (42 mg de hierro elemental)	\$	144
medicamentos	Tinidazol, tableta x 500 mg	\$	69
medicamentos	TRAMADOL clorhidrato, 50 mg, cáps.	\$	145
medicamentos	Vitamina A, cápsula x 50.000 U.I.	\$	446
M-KIT PEP	AZITROMICINA, 200 mg/5 ml, polvo para susp. oral, 15 ml, fco	\$	3,307
M-KIT PEP	AZITROMICINA, 500 mg, caps	\$	561

M-KIT PEP	CEFUROXIMA, 50 mg/ml. Polvo susp. Oral, 70 ml fr	\$ 102,051
M-KIT PEP	CEFUROXIMA, 500 mg, tabletas	\$ 4,314
M-KIT PEP	LAMIVUDINA, (3TC), 150 mg, comp.	\$ 359
M-KIT PEP	LOPINAVIR (LPV) 200 mg / RITONAVIR (r) 50 mg comp.	\$ 4,314
M-KIT PEP	METRONIDAZOL, 500 mg, comp.	\$ 4,314
M-KIT PEP	ZIDOVUDINA (AZT), 300 mg / LAMIVUDINA (3TC), 150 mg, comp.	\$ 4,314
M-KIT PEP	ZIDOVUDINA, (AZT), 100 mg, caps.	\$ 460
odont	Aceite lubricante para pieza de mano, spray, frasco x 200ml	\$ 16,536
odont	Adhesivo o bonding de resina, gotas, frasco x 5 ml	\$ 142,352
odont	Agua oxigenada, frasco x 120 ml	\$ 2,213
odont	Aguja dental estéril, N° 27 G, corta (1 ‘)	\$ 216
odont	Aguja dental estéril, N° 27 G, larga (1.25 ‘)	\$ 216
odont	Algodón odontológico, taco	\$ 9
odont	Aluminio rollo 34mts	\$ 9,404
odont	Amalgama de dos porciones, cápsula	\$ 1,409
odont	Amalgama de una porción, cápsula	\$ 1,136
odont	Anestesia, jalea tópica (garhocaina gel), tubo x 20 gr	\$ 13,948
odont	BABERO, desechables para odontología	\$ 2,876
odont	Banda de milar o de celuloide, banda	\$ 43
odont	Banda metálica para porta matriz angosto, rollo x 3 m	\$ 3,882
odont	Bloque de mordida, plastico	\$ 6,471
odont	Cemento de fosfato, kit (polvo + liquido), frasco x 200 gr	\$ 10,640
odont	Cepillo dental niño, marca Colgate	\$ 1,560
odont	Cepillo dental, adulto, marca Colgate	\$ 1,669
odont	Coltosol (Obturador temporal)	\$ 38,823
odont	Crema dental, tubo x 25 gr	\$ 1,150
odont	Cubeta desechable para flùor, tamaño grande	\$ 899
odont	Cubeta desechable para flùor, tamaño mediano	\$ 899
odont	Cubeta desechable para flùor, tamaño pequeño	\$ 917
odont	Desensibilizante de cuellos, gotas, frasco x 5ml	\$ 16,536

Modelo de Atención Primaria para Enfermedades de Alto Costo en Población Rural y Rural dispersa en Colombia.

odont	Desmineralizante (ácido orthofosfórico), jeringa x 5 ml	\$ 33,072
odont	Dicloroisocianurato de sodio, efervescente, tableta x 5gr	\$ 2,876
odont	Esponja hemostática, 5 %, unidad x 0.4 gr	\$ 3,739
odont	Eugenol, frasco x 15 ml	\$ 8,627
odont	Eyector de saliva	\$ 99
odont	Flúor, gel, botella x 500 ml	\$ 9,778
odont	Formocresol, frasco x 13 ml	\$ 4,745
odont	Gasa para exodoncia, 4 cm x 4 cm	\$ 25
odont	Hidróxido de calcio (Dical), tubo x 40 gr	\$ 48,889
odont	Hidroxido de calcio, pasta, jeringa x 2 ml	\$ 31,634
odont	Jeringa para cárpula	\$ 26,687
odont	Kit de resinas x 6 + adhes + desminera + puntas de jeringa	\$ 474,507
odont	Lentocaine, 3 %, sin vasoconstrictor, cárpula	\$ 748
odont	Lidocaina + epinefrina, 2 % + 1/80.000, cárpula	\$ 230
odont	Lidocaina + epinefrina, 2 %, spray, frasco x 80 gr	\$ 30,196
odont	Lija para resina	\$ 77
odont	Oxido de zinc, polvo, frasco x 40 gr	\$ 6,039
odont	Papel cristaflex, rollo, 300 m	\$ 19,182
odont	Papel de articular block	\$ 1,301
odont	Pasta alveolar (Alvogyl), bacteriostático, frasco x 12 gr	\$ 18,693
odont	Pastilla reveladora de placa bacteriana	\$ 101
odont	Punta de jeringa para aplicar ácido	\$ 604
odont	Resina de fotocurado, color A2, jeringa	\$ 39,542
odont	Resina de fotocurado, color A3, jeringa	\$ 39,542
odont	Resina de fotocurado, color A3.5, jeringa	\$ 39,542
odont	Resina de fotocurado, color B2, jeringa	\$ 39,542
odont	Resina de fotocurado, color C2, jeringa	\$ 39,542
odont	Resina de fotocurado, color INCISAL, jeringa	\$ 22,949
odont	Seda dental, rollo x 400m	\$ 6,614
odont	Sellantes de fotocurado, kit	\$ 287,580
odont	Separador de lengua	\$ 292

papeleria	BLOC DE NOTAS, A5, cuadriculado	\$ 1,438
papeleria	BOLIGRAFO, azul	\$ 431
papeleria	BOLIGRAFO, negro	\$ 431
papeleria	BOLIGRAFO, rojo	\$ 431
papeleria	CUADERNO, 210 x 297 mm, con espiral, cuadricula 5 mm, 180 p.	\$ 1,438
papeleria	FICHA DE STOCK rígida, A5, recto/verso, amarilla	\$ 72
papeleria	KIT papeleria pequeña (grapapas, clip de papel, tachuela)	\$ 57,516
papeleria	KIT promocion y prevencion consumibles (papel, carton, marcadoras)	\$ 143,790
papeleria	MARCADOR, negro, permanente, punta fina	\$ 719
papeleria	MARCADOR, rojo, permanente, punta fina	\$ 719
papeleria	PILAS tipo D alcalina para linterna plastica	\$ 7,190
med vacunas	VACUNA ANTIRRABICA, monodosis	\$ 113,594
med vacunas	VACUNA FIEBRE AMARILLA, monodosis	\$ 63,268
med vacunas	VACUNA HEPATITIS A, Adultos, monodosis	\$ 108,705
med vacunas	VACUNA HEPATITIS B, monodosis	\$ 27,751
med vacunas	VACUNA NEUMOCOCCO, monodosis	\$ 112,156
med vacunas	VACUNA POLIO ORAL, multidosis, 1 dosis, vial + cuentagotas	\$ 86
med vacunas	VACUNA SARAMPION, RUBEOLA, PAROTIDITIS, 1 dosis, 0,5 ml	\$ 25,853
med vacunas	VACUNA Td (refuerzo Tetano / difteria) monodosis. 0.5 ml + jeringa	\$ 15,242
med vacunas	VACUNA TIFOIDEA, monodosis	\$ 88,431
med vacunas	VACUNA TT (tetanos), monodosis	\$ 14,810
cadena frio	FICHA DE CONTROL, cadena de frío, español	\$ 14,379
cadena frio	INDICADOR de CONGELACION (Freeze Watch®)	\$ 14,379
Total		\$ 4,838,744

Dotación Centros de Salud - Equipo		
Categoría	Descripción Equipo	Costo/ Unidad 2024
anast	CANULA DE GUEDEL, reutilizable n° 2 niño	\$ 1,626
anast	CANULA DE GUEDEL, reutilizable n° 4 adulto	\$ 1,750
anast	CANULA DE GUEDEL, reutilizable, n°3, adolescente	\$ 1,750
anast	CANULA DE GUEDEL, reutilizable, n°5, adulto, grande	\$ 1,877
anast	LARINGOSCOPIO + 4 PALAS(1 recta neonatal) + Bomb, fibra opt.	\$ 1,099,634
anast	PINZA DE MAGILL, adulto, 24 cm	\$ 74,742
anast	PINZA DE MAGILL, pediátrica, 15 cm	\$ 6,945
anast	RESUCITADOR MANUAL (Ambu), adulto/r-nac.+mascarilla n°RH2 + S1	\$ 219,999
anast	RESUCITADOR MANUAL (Ambu), niño/r-nac.+mascarilla n°RH2 + S1	\$ 219,999
anast	TALLIMETRO, cinta, vertical, 200 cm	\$ 18,118
antrom	BASCULA mecánica, adulto 0-150 kg, grad. 500 g	\$ 168,234
antrom	BASCULA TIPO SALTER, 0-25 kg, sin calzón, grad. 100 g	\$ 273,201
antrom	CALZONES para báscula Salter (juego de 5 calzones)	\$ 121,517
antrom	HAMACA, para bascula Salter, unidad	\$ 41,699
antrom	INFANTOMETRO PEDIATRICO, tallimetro pediatrico, acrilico	\$ 63,268
clinic	CEPILLO uñas, plástico, autoclavable	\$ 2,876
clinic	Glucómetro CONTOUR BAYER	\$ 41,699
clinic	KIT promocion y prevencion (titires, macro modelos, posters etc)	\$ 431,370
eq lab	Agitador de mezzanine ó rotador tipo orbital	\$ 1,725,480
eq lab	Centrifuga eléctrica, para 6 tubos de 15 ml	\$ 603,918
eq lab	MICROSCOPIO (Olympus CX21), COMPLETO, bin, espej,/red, estuche)	\$ 6,758,130
eq lab	Piano contador de células mecánico de 5 teclas	\$ 2,300,640
equip	Aspirador mecánico (pump suction mechanical)	\$ 1,006,530
equip	BALA OXIGENO,pequeña+CARRO+REGULADOR con FLUJOMETRO	\$ 431,370
equip	Doppler, detector fetal, portátil, marca Huntleigh	\$ 1,725,480
equip	ECOGRAFO eléct.port. + SONDA conv.abdo. 3,5	\$ 65,641,976
equip	Equipo de órganos de los sentidos, otoscopio - oftalmoscopio	\$ 503,265
equip	Nebulizador (compresor), portátil, marca Thomas, modelo 1121	\$ 991,432
equip lab	FOTOMETRO HEMOGLOBINA (HemoCue Hb 301), tropicalizado	\$ 3,089,903
equip lab	Microcentrífuga eléctrica, para 20 tubos	\$ 2,084,955
ester	AUTOCLAVE (All American) , sin hornillo 24 l, Ø int. 31.5cm	\$ 1,294,110

ester	HORNILLO A PRESION, multifuel, 975 ml, (MSR Dragonfly)	\$ 287,580
KIT clinic	ALGODONERA, con tapa	\$ 10,065
KIT clinic	ASPIRADOR MUCOSIDADES, manual	\$ 7,190
KIT clinic	ATRIL METALICO	\$ 268,168
KIT clinic	BANDEJA DE CURA, 30 x 20 x 3 cm, acero inoxidable	\$ 53,375
KIT clinic	Bandeja, pequeña, acero inoxidable, con tapa, 24 cm x 15 cm	\$ 25,019
KIT clinic	BATEA, acero inoxidable 100 ml, 8 cm	\$ 25,019
KIT clinic	BATEA, acero inoxidable, 500 ml, 12 cm	\$ 61,830
KIT clinic	BISTURI, MANGO, n°3, estandar 01-27-03	\$ 14,552
KIT clinic	BISTURI, MANGO, n°4 estandar 01-28-04	\$ 14,552
KIT clinic	CAJA, INSTRUMENTOS, acero inoxidable 18x8x4 cm	\$ 50,327
KIT clinic	CAJA, INSTRUMENTOS, acero inoxidable 20x10x3 cm	\$ 43,646
KIT clinic	CAJA, INSTRUMENTOS, acero inoxidable, 25x15x5 cm	\$ 53,030
KIT clinic	Corta Ampollas	\$ 7,190
KIT clinic	Corta Tableta	\$ 7,190
KIT clinic	DELANTAL QUIRURGICO, caucho	\$ 43,137
KIT clinic	ESFIGMOMANOMETRO, manómetro manual, Velcro, adulto	\$ 186,927
KIT clinic	ESFIGMOMANOMETRO, manómetro manual, Velcro, infantil	\$ 216,835
KIT clinic	ESTESTOCOPIO DE PINAR	\$ 14,178
KIT clinic	ESTETOSCOPIO, doble campana, médico	\$ 218,561
KIT clinic	ESTETOSCOPIO, una campana, enfermera	\$ 200,156
KIT clinic	ESTILETE, rondo, 2 extremos romos, 14,5 cm, 1,5 mm 09-04-14	\$ 12,582
KIT clinic	Inhalocamara, adulto	\$ 13,039
KIT clinic	Inhalocamara, pediátrica	\$ 13,039
KIT clinic	INMOVILIZADOR DE CABEZA Y CUELLO, con correas 2 x 2	\$ 359,475
KIT clinic	Linterna de examen, tipo bolígrafo	\$ 38,104
KIT clinic	MARTILLO DE REFLEJOS	\$ 14,379
KIT clinic	PATO ORINAL HOMBRE	\$ 15,817
KIT clinic	PATO ORINAL MUJER	\$ 156,012
KIT clinic	PINZA DE DISECCION, ESTANDAR, recta, 14,5 cm 06-00-14	\$ 19,347
KIT clinic	PINZA DE POZZI, con garras, 25 cm, recta 52-44-50	\$ 132,287
KIT clinic	PINZA HARTMAN, auricular	\$ 119,389
KIT clinic	PINZA PARA TAPONAMIENTO DE CHERON, 25 cm 19- 28- 75	\$ 148,104
KIT clinic	PINZA QUIRURGICA, ESTAN., 1x2 dient, recta 14,5 cm 06-05-14	\$ 21,569
KIT clinic	RINOÑERA, 26 cm x 14 cm, acero inoxidable	\$ 17,013
KIT clinic	TABLA INMOVILIZACION ESPINAL, rígida, 180 x 40 cm, con asas	\$ 302,606

Modelo de Atención Primaria para Enfermedades de Alto Costo en Población Rural y Rural dispersa en Colombia.

KIT clinic	TERMOMETRO ELECTRONICO, precisión 0,1°C + estuche	\$ 11,670
KIT clinic	TIJERAS DE MAYO, curvas, 17 cm, 03-51-17	\$ 54,403
KIT clinic	TIJERAS, roma/roma, rectas, PARA APOSITO, 14,5 cm 03-02-14	\$ 47,451
K I T curacion	CAJA, INSTRUMENTOS, acero inoxidable 18x8x4 cm	\$ 50,327
K I T curacion	PINZA DE DISECCION, ESTANDAR, recta, 14,5 cm 06-00-14	\$ 19,347
K I T curacion	PINZA HEMOST., DE PEAN, 14 cm, recta, 16-10-14	\$ 54,238
K I T curacion	TIJERAS QUIRURGICAS DEEVER, aguda/roma, 14cm rectas 03-08-14	\$ 58,002
KIT parto	AMNIOTOMO, 20 cm 20-27-37	\$ 75,734
KIT parto	CAJA, INSTRUMENTOS, acero inoxidable, 25x15x5 cm	\$ 53,030
KIT parto	CLAMP UMBILICAL	\$ 503
KIT parto	PINZA DE DISECCIÓN, estand, 1x2 dient, recta, 14.5 cm, 06-05-14	\$ 19,347
KIT parto	PINZA HEMOST. DE KOCHER, 14 cm, 1x2 dientes, recta, 16-12-14	\$ 64,655
KIT parto	PORTA AGUJA DE MAYO-HEGAR, estandar, 18 cm 10-18-18	\$ 82,679
KIT parto	TIJERAS DE MAYO, curvas, 14 cm 03-51-14	\$ 49,464
KIT parto	TIJERAS, roma/roma, rectas, QUIRURGICAS, 17,5 cm 03-02-17	\$ 59,241
KIT suturas	(bisturí n°4) HOJA, u.u., estéril, n°22, 01-22-22	\$ 173
KIT suturas	CAJA, INSTRUMENTOS, acero inoxidable 20x10x3 cm	\$ 43,646
KIT suturas	ESTILETE, rondo, 2 extremos romos, 14,5 cm, 1,5 mm 09-04-14	\$ 12,582
KIT suturas	MANGO BISTURÍ, n°4 estandar 01-28-04	\$ 14,552
KIT suturas	PINZA DE DISECCION estand, 1x2 dient, recta 14,5cm 06-05-14	\$ 19,347
KIT suturas	PINZA HEMOST. DE KOCHER, 14 cm, 1x2 dientes, recta, 16-12-14	\$ 64,655
KIT suturas	PINZAS, HEMOSTATICAS, HALSTED-MOSQUITO, 12.5 cm, curvado, 15-45-12	\$ 59,860
KIT suturas	PORTA AGUJA DE MAYO-HEGAR, estándar, 18 cm 10-18-18	\$ 82,679
KIT suturas	TIJERAS QUIRURGICAS DEEVER, aguda/roma, 14cm curvas 03-09-14	\$ 58,002
lab	Batas en tela para laboratorio, talla M	\$ 71,895
lab	Caja porta láminas	\$ 28,758
lab	Lápiz punta de diamante	\$ 60,392
lab	Pipeta automática, volumen ajustable, 20 - 200 µl	\$ 301,959
lab	Pipeta automática, volumen ajustable, 200 - 1000 µl	\$ 301,959
lab	Pipeta automática, volumen ajustable, 5 - 50 µl	\$ 301,959

lab	Reloj digital, 60 minutos, con alarma	\$ 43,137
odont	Algodonera, con tapa	\$ 6,672
odont	Amalgamador alta velocidad	\$ 1,167,575
odont	Aplicador de dycal	\$ 3,336
odont	Bandeja, acero inoxidable, pequeña	\$ 25,019
odont	Bruñidor de bola y horqueta	\$ 6,672
odont	Careta protectora	\$ 40,031
odont	Clorhexidina, enjuague bucal, 0.2gr / 100 ml	\$ 13,823
odont	Compresor, odontología	\$ 2,418,548
odont	Condensador de cemento o mortonson	\$ 9,174
odont	Copa metalica transportadora de amalgama	\$ 3,002
odont	Cubeta niquelada con tapa, acero Inoxidable, mediana	\$ 49,372
odont	Cucharilla doble para Dentina o de Black	\$ 7,506
odont	Cureta de Lucas	\$ 8,006
odont	Cureta periodontal, CK4	\$ 8,340
odont	Cureta periodontal, CK6	\$ 7,477
odont	Curetas de greys No. 11-12	\$ 7,739
odont	Curetas de greys No. 1-2	\$ 6,471
odont	Curetas de greys No. 13-14	\$ 6,672
odont	Curetas de greys No. 3-4	\$ 6,672
odont	Curetas de greys No. 5-6	\$ 6,471
odont	Curetas de greys No. 7-8	\$ 6,672
odont	Curetas de greys No. 9-10	\$ 6,471
odont	Disco de lija tipo 'Soflex' para pulir resina	\$ 1,582
odont	Discoide cleoide	\$ 20,016
odont	Elevador recto acanalado	\$ 20,016
odont	Elevadores angulados, izquierdo y derecho	\$ 20,016
odont	Elevadores de bandera, izquierdo y derecho	\$ 20,016
odont	Empacador de amalgama doble servicio	\$ 6,672
odont	Espátula para cemento doble servicio	\$ 6,672
odont	Espátula para resina plástica doble servicio	\$ 4,314
odont	ESPEJO, PLANO, sin mango, n°5, 24 mm, 331-10-04	\$ 2,588
odont	Explorador, N° 6, doble servicio	\$ 6,471
odont	Fórceps, N° 150	\$ 31,691
odont	Fórceps, N° 151	\$ 31,691
odont	Fórceps, N° 16	\$ 33,359
odont	Fórceps, N° 24	\$ 31,691
odont	Fórceps, N° 69	\$ 31,691

Modelo de Atención Primaria para Enfermedades de Alto Costo en Población Rural y Rural dispersa en Colombia.

odont	FP3 en teflón	\$ 86,734
odont	Fresa diamante, cilíndrica, mediana, tallo corto	\$ 6,171
odont	FRESA diamante, cilíndrica, pequeña, punta plana	\$ 6,171
odont	Fresa diamante, cilíndrica, pequeña, tallo corto	\$ 6,171
odont	Fresa diamante, cónica	\$ 6,171
odont	Fresa diamante, cono invertido, mediana	\$ 6,171
odont	Fresa diamante, cono invertido, pequeña	\$ 6,171
odont	Fresa diamante, dorada, en cónica (para pulir resina)	\$ 5,320
odont	Fresa diamante, dorada, en pera (para pulir resina)	\$ 6,171
odont	Fresa diamante, dorada, en redonda (para pulir resina)	\$ 6,171
odont	FRESA diamante, grano extra fino, 10 mm	\$ 5,320
odont	FRESA diamante, grano extra fino, 5 mm	\$ 5,320
odont	FRESA diamante, grano ultra fino, 10 mm	\$ 5,320
odont	FRESA diamante, grano ultra fino, 5 mm	\$ 5,320
odont	FRESA diamante, llama	\$ 6,171
odont	Fresa diamante, redonda, grande	\$ 6,171
odont	Fresa diamante, redonda, mediana	\$ 5,320
odont	Fresa diamante, redonda, pequeña 10mm	\$ 6,171
odont	FRESA diamante, redonda, pequeña, 14 mm	\$ 6,171
odont	Fresa diamante, troncocónica, mediana	\$ 6,171
odont	Fresa diamante, troncocónica, pequeña	\$ 6,171
odont	FRESA interproximal	\$ 5,320
odont	Fresa Zecrya	\$ 15,012
odont	Fresero metálico	\$ 13,344
odont	Gafas de protección para luz de fotocurado	\$ 18,693
odont	Gafas plásticas transparentes, para protección	\$ 8,196
odont	Ionómero, vidrio, fotocurado, base intermedia, kit x2frascos	\$ 113,594
odont	Ionómero, vidrio, fotocurado, reconstruct muñon, fco, kitx4fco	\$ 179,738
odont	Kit Piezas de mano (alta y baja velocidad contra angulo)	\$ 2,084,955
odont	Lámpara de fotocurado inalambrica	\$ 658,846
odont	Lija metálica	\$ 639
odont	Limas de endodoncia, primera serie caja	\$ 3,892
odont	Limas de endodoncia, segunda serie caja	\$ 20,131
odont	Loceta de vidrio	\$ 3,169
odont	Macromodelo dental y cepillo	\$ 28,758
odont	MANGO, para espejo, recto, 331-50-10	\$ 3,451
odont	Periostótomo	\$ 20,016
odont	Piedra de Arcansas	\$ 63,383

Modelo de atención primaria para Enfermedades de Alto Costo (EAC) en población dispersa de zona rural en Colombia

odont	Pinza algodонера	\$ 6,672
odont	Pinza gubia	\$ 34,510
odont	Pinza mosquito	\$ 7,908
odont	Pinza porta agujas	\$ 10,008
odont	Pinza transportadora	\$ 10,008
odont	Porta amalgama en teflón	\$ 136,773
odont	Porta discos para pieza de mano	\$ 25,882
odont	Porta matriz o de bandas	\$ 16,680
odont	Sonda periodontal redondeada	\$ 6,471
odont	Tijera para puntos	\$ 7,506
odont	Tijera para tejidos curvas	\$ 7,190
odont	Tijera para tejidos rectas	\$ 7,506
odont	Unidad odontologica portatil (silla)	\$ 3,961,415
z - cad. frio	ACUMULADORES, hielo, 0.6 liters,	\$ 14,178
z - cad. frio	CAVA 22 l, Electrolux RCW 25/CF + 24 Acumuladores 0,6 l	\$ 5,679,705
z - cad. frio	CONGELADOR, 111 litros (Vestfrost MF 114), 110 V	\$ 1,797,375
z - cad. frio	NEVERA, 204 litros (Vestfrost MK 304), 110 V	\$ 9,674,191
z - cad. frio	NEVERA/CONGELADOR 24l neto, RCW42 EG, 12v, 110 V./gaz	\$ 14,379,000
z - cad. frio	PORTA-VACUNAS, 1,8 l, Termos + 4 Acumuladores	\$ 316,338
z - cad. frio	TERMOMETRO MINI-MAXI, -50° a +50° C	\$ 131,352
z - extramural	BOLSA impermeable 'wet bag' encauchado 60 litros	\$ 258,822
z - extramural	CAJA Pelican grande	\$ 718,950
z - extramural	CAJA Pelican mediana	\$ 503,265
z - extramural	CAJA Pelican pequeño	\$ 359,475
z - extramural	CAJA plastica con tapa 30 litros	\$ 71,895
z - extramural	CHALECO Mision Medica	\$ 71,895
z - extramural	CHALECO SALVAVIDAS, talla infante	\$ 90,588
z - extramural	CHALECO SALVAVIDAS, talla l	\$ 90,588
z - extramural	CHALECO SALVAVIDAS, talla m	\$ 90,588

Modelo de Atención Primaria para Enfermedades de Alto Costo en Población Rural y Rural dispersa en Colombia.

z -extramural	CHALECO SALVAVIDAS, talla M con Mision Medica	\$ 143,790
z -extramural	CHALECO SALVAVIDAS, talla s	\$ 90,588
z -extramural	CHALECO SALVAVIDAS, talla S con Mision Medica	\$ 143,790
z -extramural	CHALECO SALVAVIDAS, talla X con Mision Medica	\$ 143,790
z -extramural	CHALECO SALVAVIDAS, talla xl	\$ 90,588
z -extramural	CHALECO SALVAVIDAS, talla XL con Mision Medica	\$ 143,790
z -extramural	Hamacas	\$ 50,327
z -extramural	KIT emergencia (sogas, plastico, linternas, pilas, fosforos, comida en latta)	\$ 431,370
z -extramural	PONCHO impermeable Mision Medica	\$ 115,032
z -extramural	Toldillo par hamaca	\$ 43,137
z - log	BALDE plastico 20 litros	\$ 28,758
z - log	KIT herramientas grandes (palas, pico, rastrillo, escober)	\$ 143,790
z - log	KIT herramientas motor (llaves, destornilladores, etc)	\$ 143,790
z - log	KIT herramientas pequeñas (martillo, sierra, destornilladores)	\$ 143,790
z - log	KIT sistema de recoger agualluvia (tejas de zinc, canales, tanque, plomeria)	\$ 718,950
z - log	LINTERNA LED plastica 2 pilas alcalina	\$ 14,379
z-meubles	ARCHIVADOR METALICO 2 GAVETAS	\$ 287,580
z-meubles	ARCHIVADOR METALICO X 4 GAVETES	\$ 431,370
z-meubles	BIOMBO 3 particiones	\$ 359,475
z-meubles	CAMA, MARCO RIGIDO, somier latas, 90 x 190 cm, simple	\$ 230,064
z-meubles	CAMILLA GINECOLOGICA con estribos	\$ 657,366
z-meubles	CAMILLA PLEGABLE a lo largo/ancho, alu., 4 patas, 220 x 58cm	\$ 316,338
z-meubles	CAMILLA PLEGABLE en lona, para transporte	\$ 188,365
z-meubles	CUNA para bebe	\$ 258,822
z-meubles	ESCALERA de 2 pasos	\$ 172,548
z-meubles	ESCRITORIO, 1 cajón, 80 x 120 cm	\$ 222,875
z-meubles	ESTANTE metalico 2,40ax0.92lx0,60f / 7entrepaños	\$ 373,854
z-meubles	Lámpara cuello de cisne	\$ 133,725
z-meubles	MESA AUXILIAR PARA INSTRUMENTAL	\$ 454,149

z-meubles	MESA DE EXAMEN, desmontable o plegable + cabezal abatible	\$ 809,851
z-meubles	MESA DE MAYO, con ruedas	\$ 193,469
z-meubles	MESA DE PARTOS, desmontable + accesorios	\$ 3,594,750
z-meubles	MESA, altura 75 cm, ± 120 x 80 cm	\$ 129,411
z-meubles	SILLA, giratoria	\$ 115,032
z-meubles	SILLA, plastica	\$ 86,274
z-meubles	TABLERO acrilico grande	\$ 215,685
z-meubles	TABLERO acrilico pequeño	\$ 100,653
z-meubles	TABLERO corcho	\$ 115,032
z-meubles	Computador de mesa	\$ 2,875,800
z-meubles	Computador portatil	\$ 4,313,700
Total		\$161,553,393

Costos equipamiento - comunicaciones	
desc.	Costo por unidad COP
Radio HF ICOM 78 estacion de base	\$2,875,800
Antena dipolo AH710, parrarayo	\$1,725,480
Computador Portatiles para VSAT	\$2,156,850
Costos servicios - comunicaciones	
desc.	cost por unidad COP
VSAT instalacion	\$14,379,000
Costos funcionamiento - comunicaciones	
desc.	cost por unidad COP
VSAT 12 meses 256 – 1024 Kbps	\$35,947,500.00
Costos equipamiento transporte - botes y motores afuera de borda	
Transporte acuático	Lancha aluminio VP18 ambul. con 75Hp
Unidad	\$91,306,650



Universidad de
los Andes

Escuela de Gobierno
Alberto Lleras Camargo



**Investigación
y Consultoría**