



# LINEAMIENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD COMO PARTE INTEGRAL DE LA GARANTÍA DEL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD EN LOS TERRITORIOS Y EL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN COLOMBIA

---

**Ministerio de Salud y Protección Social**

Dirección de Determinantes Sociales, Promoción y Prevención

Grupo Gestión para la Promoción y la Prevención

Mayo de 2026

Versión 4



**GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO MARTÍNEZ**  
*Ministro de Salud y Protección Social*

**JAIME HERNÁN URREGO RODRIGUEZ**  
*Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios*

**LUIS ALBERTO MARTÍNEZ SALDARRIAGA**  
*Viceministro de la Protección Social*

**RODOLFO ENRIQUE SALAS FIGUEROA**  
*Secretario General*

**TATIANA LEMUS PEREZ**  
*Directora de Determinantes Sociales, Promoción y Prevención*

**MÓNICA KELLY JOHANNA CAMACHO CHARRY**  
*Coordinadora Grupo de Gestión para la Promoción y Prevención*



## EQUIPO DE TRABAJO

La actualización de este lineamiento se realizó a través de los aportes y mesas de trabajo en las que participaron diversas dependencias del Ministerio de Salud y Protección Social con el liderazgo del Grupo de Gestión para la Promoción y la Prevención.

Los aportes realizados por los equipos técnicos contribuyeron al fortalecimiento de los enfoques, orientaciones y disposiciones contenidas en el documento.



## Tabla de contenido

Presentación.....	6
1. Antecedentes y Justificación .....	7
2. Objetivo .....	11
3. Alcance .....	12
4. Definiciones .....	12
5. Directrices para la Implementación de Equipos Básicos De Salud .....	16
5.1 Planeación y Organización .....	16
5.1.1 Equipos Básicos de Salud en los Planes Territoriales de Salud .....	16
5.1.2 Territorialización para el cuidado integral de la salud .....	17
5.1.3 Planeación orientada a resultados .....	22
5.1.4 Gestión, coordinación y acuerdos para el cuidado integral de la salud en los territorios.....	23
5.1.4.1 Acuerdos comunitarios .....	23
5.1.4.2 Concertación institucional sectorial e intersectorial .....	26
5.1.4.3 Plan de Fortalecimiento de capacidades .....	34
5.1.4.4 Coordinación de los EBS .....	36
5.1.4.5 Despliegue operativo de los Equipos Básicos de Salud.....	37
5.2 Conformación y adscripción de Equipos Básicos de Salud.....	40
5.3 Plan de Cuidado Primario.....	42
5.3.1 Marco general.....	42
5.3.2 Momentos de despliegue del Plan de Cuidado Primario.....	43
5.3.2.1 Formulación del Plan de Cuidado Primario.....	44
1. Identificación y análisis integral .....	44
2. Concertación de logros y acciones de cuidado .....	48
5.3.2.2 Implementación del Plan de Cuidado Primario.....	51



1. Acciones de cuidado a cargo de los Equipos Básicos de Salud.....	52
2. Acciones de cuidado a cargo de la familia o comunidad.....	56
5.3.2.3 Monitoreo del Plan de Cuidado Primario .....	56
5.4 Gestión de la Información .....	58
5.4.1 Componentes del Sistema Integrado de Información de la Atención Primaria en Salud SI-APS .....	58
5.4.2 Micrositio SI-APS.....	61
5.4.3 SI-APS y cargue masivo .....	61
5.5 Evaluación, monitoreo y seguimiento a la implementación de Equipos Básicos de Salud y toma de decisiones para la mejora.....	61
5.5.1. Evaluación y monitoreo integral de la contribución a la salud pública .....	62
5.5.2 Seguimiento a Transferencias a través de SISPRO.....	65
5.5.2.1 Componente poblacional en el marco del Plan de Cuidado Primario .....	67
5.5.2.2 Componente de Gestión Técnica .....	68
5.5.2.3 Componente Financiero .....	69
5.5.2.4 Sistema General de Participaciones componente de Salud Pública. Plan de Intervenciones Colectivas: .....	71
5.6 Responsabilidades .....	72



## Presentación

El presente documento establece las directrices para la implementación de los Equipos Básicos de Salud-EBS que contribuyen al cuidado integral de la salud de las personas, familias y comunidades en el país, a través de Planes de Cuidado Primario y en el marco de las Redes Integradas e Integrales de Salud con enfoque territorial en el nivel primario de atención.

Este lineamiento no constituye una ruptura con lo previamente construido, por el contrario, su contenido se sustenta en la experiencia acumulada en el país durante la implementación de Equipos Básicos de Salud en los territorios, en los diálogos sostenidos con actores locales, así como en las lecciones aprendidas derivadas de los avances, dificultades y logros evidenciados a lo largo del proceso. En este sentido, el documento recoge los aprendizajes que han emergido de la gestión y la operación territorial de los EBS y las actualizaciones normativas relacionadas.

Así mismo, estos lineamientos buscan precisar y clarificar algunos aspectos técnicos y operativos que, a la luz de la experiencia, requieren mayor definición, con el propósito de fortalecer la integralidad, efectividad, resolutivez y sostenibilidad, y promover la consolidación gradual de las capacidades necesarias para la implementación de equipos básicos en el nivel primario.

Considerando el camino recorrido, resulta pertinente resaltar que en la implementación de los EBS es fundamental la perspectiva de cuidado que, guiada por la intención de procurar el buen vivir o bienestar de las personas, familias y comunidades, incluya, pero también trascienda, la atención con servicios de salud y se potencie la participación de los sujetos de derechos en los procesos de cuidado individual y colectivo. Esto, sin desconocer que el Estado en su conjunto es responsable de garantizar el derecho a la salud y debe asumir su rol de garante, gestor, aliado intersectorial y facilitador de los procesos de cuidado.

También es pertinente recordar que se debe considerar la perspectiva territorial como asunto fundamental para el despliegue de los EBS. Esto, porque permite comprender que los procesos de salud, enfermedad y cuidado no ocurren en un vacío, sino en territorios concretos donde se configuran relaciones históricas, sociales, culturales, económicas, ambientales y políticas que determinan la salud de las personas, las familias y las



comunidades. Incorporar el territorio como eje de análisis y acción en salud significa reconocer que cada uno de ellos tiene condiciones particulares, historia, saberes y formas propias de organización social. Estas singularidades determinan tanto los procesos que deterioran la salud y las limitaciones, como los procesos de cuidado y capacidades. De este modo, la perspectiva territorial posibilita una atención más pertinente, equitativa y contextualizada.

El presente documento hace un recorrido por un proceso ordenado que, en el marco de sus competencias, las Entidades Territoriales de salud, los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud y las comunidades deben adelantar para la implementación de Equipos Básicos de Salud. En primer lugar, se realiza una contextualización a partir de los antecedentes y la justificación del proceso. En segundo lugar, se presenta el momento de planeación y organización que va desde la comprensión territorial de la salud con la identificación de territorios y micro territorios, hasta la gestión, coordinación y acuerdos entre actores para el funcionamiento de los equipos y el logro de resultados en salud. En tercer lugar, se presentan las orientaciones para la conformación de los EBS a partir de diversas fuentes de financiación. En cuarto lugar, se dan las orientaciones para el desarrollo y fortalecimiento de los Planes De Cuidado Primario como proceso central en la implementación de los equipos básicos, pues es donde se ordenan todas las intervenciones para el cuidado integral de la salud de las personas, familias y comunidades siendo función esencial de los equipos concertar, implementar y acompañar dicho plan. Finalmente, en el documento se presentan las orientaciones para la gestión de la información en el Sistema Integrado de Información de la Atención Primaria En Salud SI-APS y para hacer monitoreo, seguimiento y evaluación.

## **1. Antecedentes y Justificación**

La Ley Estatutaria 1751 de 2015 regula la salud como un Derecho Fundamental autónomo e irrenunciable de las personas, familias y comunidades en lo individual y en lo colectivo. Establece como obligación del Estado la formulación y adopción de políticas de salud dirigidas a «garantizar el goce efectivo del derecho en igualdad de trato y oportunidades para toda la población, asegurando para ello la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del Sistema». Para garantizar el derecho fundamental a la salud se hace necesario concentrar esfuerzos, talento humano y recursos financieros que permitan



centrar la atención en las personas, las familias y las comunidades en el marco de la Atención Primaria en Salud -APS.

Con la Ley 1438 de 2011 se adoptó en el país la estrategia de Atención Primaria en Salud que constituida por los componentes de servicios de salud, acción intersectorial y participación social y comunitaria permite la atención integral e integrada, las acciones de salud pública, la coordinación intersectorial, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación, en todos los niveles de atención, con el fin de garantizar mayor bienestar de las personas, las familias y las comunidades y avanzar en la garantía del derecho a la salud. Esta misma Ley definió la necesidad de fortalecer servicios de baja complejidad para mejorar la capacidad resolutive y resolver las demandas más frecuentes en la atención de la salud de la población, y en este sentido, estableció la conformación de Equipos Básicos de Salud como un concepto funcional y organizativo para facilitar el acceso a los servicios de salud en el marco de la Atención Primaria en Salud.

Con relación a la financiación de las acciones de salud pública, atención primaria y promoción y prevención, la Ley 1438 de 2011 enunció que esta debe darse a partir de las diferentes fuentes existentes, dentro de las que se encuentran los recursos del componente de salud pública del Sistema General de Participaciones, los recursos de la Unidad de Pago por Capitación destinados a la promoción y la prevención del régimen subsidiado y contributivo que administran las Entidades Promotoras de Salud, los recursos del Presupuesto General de la Nación para salud pública y otros recursos que destinen las entidades territoriales (artículo 42 Ley 1438 de 2011).

En este contexto normativo, el Ministerio de Salud y Protección Social ha impulsado decididamente el fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud mediante la implementación de Equipos Básicos de Salud. Para ello ha realizado a partir del Presupuesto General de la Nación – PGN una inversión sin precedentes que, entre el segundo semestre de 2022 y el 2026, asciende a \$6,8 billones de pesos. Este esfuerzo financiero es una prueba fehaciente de la voluntad política para garantizar el derecho a la salud en todo el país y demuestra que es plenamente viable y necesario garantizar recursos para el fortalecimiento del nivel primario de atención con Equipos Básicos de Salud que lleguen a barrios y veredas de todos los municipios y departamentos del país.



El Plan Decenal de Salud Pública-PDSP en el Eje 4 Atención Primaria en Salud estableció que las Entidades Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales deben organizar la respuesta en salud a partir de la conformación de territorios de salud de acuerdo con las particularidades geográficas, socioculturales, político administrativas y ambientales donde se produce el proceso salud-enfermedad, a partir de la organización y puesta en marcha de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud y del fortalecimiento del nivel primario incluyendo la conformación de Equipos Básicos De Salud-EBS.

En coherencia con lo anterior el Gobierno del Cambio ha avanzado en transformaciones de política pública, que posicionan a los equipos básicos de salud- EBS como un eje central para garantizar el acceso efectivo y primer contacto de las personas, familias y comunidades con los servicios de salud desde el nivel primario, tales como el Decreto 351 de 2025 “Por medio del cual se adopta el Plan Nacional de Salud Rural...y la circular externa 041 de 2025 «Lineamiento para la formulación, actualización y ejecución de los Programas Territoriales de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de las Empresas Sociales del Estado – PTRRMR» »; integrando en este planteamiento aspectos como la definición de población y territorio a cargo, atención extramural comprensión integral del territorio, implementación de mecanismos participativos y reconocimiento de necesidades y preferencias en salud para la planeación de la respuesta en salud<sup>1</sup>.

Por otra parte, en el capítulo 6 del mismo Plan Decenal se estableció que la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública debe ser un proceso liderado por la autoridad sanitaria para que las políticas, planes, programas y proyectos de salud pública se realicen de manera efectiva, coordinada y organizada, entre los diferentes actores del SGSSS para garantizar el derecho fundamental a la salud. En este sentido, la Resolución 1597 de 2025 estableció las disposiciones para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública (artículo 7 Resolución 1597 de 2025) que tiene como una de sus finalidades garantizar el cuidado integral de la salud en el contexto de las redes integrales integradas de salud con enfoque territorial.

---

<sup>1</sup> Actualización del lineamiento para la formulación, actualización y ejecución de los programas territoriales de reorganización, rediseño y modernización de las redes de las Empresas Sociales del Estado – PTRRMR. Enlace para consultar el lineamiento: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/lineamiento-formulacion-ptrrmr.pdf>



En este marco, los Equipos Básicos de Salud son equipos interdisciplinarios, territorializados, sistemáticos, responden a la lectura territorial de la salud y hacen parte de las Redes Integrales e Integradas de Salud para aportar a la garantía del derecho a la salud. Los EBS son el primer contacto de las personas, familias y comunidades con el sistema de salud y su función es establecer vínculos sólidos y continuos con la población para facilitar el acceso a los servicios. Además, deben implementar un proceso dinámico y permanente de despliegue de Planes de Cuidado Primario los cuales organizan las acciones e intervenciones individuales, colectivas y de gestión acorde con sus alcances y responsabilidades.

La conformación de Equipos Básicos de Salud responde a los principios de concurrencia y complementariedad del sistema de salud y puede articular diversas fuentes de financiación. La integración organizada de recursos, perfiles básicos y especializados y procesos no solo fortalece la capacidad operativa de los Equipos Básicos de Salud, sino que también asegura que sus acciones respondan a las realidades territoriales en el nivel primario. Esto permite ofrecer intervenciones pertinentes, oportunas, resolutivas y coordinadas, reafirmando el papel de los EBS como la puerta de entrada al sistema y como actores clave en el logro de mejores resultados en salud.

Complementario a esto, el decreto ley 480 de 2025 establece e implementa el Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural -SISPI como la Política de Estado en salud para los pueblos indígenas de Colombia, el cual busca desarrollar y regular la administración, gestión, financiación integral, ejecución de recursos, la operatividad, organización e implementación del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural SISPI en los territorios y territorialidades indígenas. Así mismo, este decreto define los mecanismos de coordinación, articulación y complementariedad con el sistema general de seguridad social en salud o el que haga sus veces, a través de sus modelos, procesos y formas de cuidado en salud propia.

En este sentido, la Resolución 108 de 2026 define los criterios para el despliegue de Equipos Básicos de Salud (EBS) - Interculturales con enfoque indígena en el marco de la Atención Primaria en Salud Propia e Intercultural. Estos equipos están diseñados para operar en territorios con presencia de comunidades étnicas, donde la garantía del derecho a la salud exige un diálogo de saberes entre la medicina alopática y los sistemas de medicina ancestral. La resolución establece que los EBSI deben incluir perfiles de



Sabedores Ancestrales, autoridades tradicionales en salud, parteras, promotores de salud y gestores comunitarios, los cuales deberán aplicar los principios de complementariedad, interculturalidad, territorialidad y coordinación con los sistemas de conocimiento indígena de cada pueblo, garantizando la integralidad del cuidado de la salud, el carácter resolutivo del modelo, proceso o forma de cuidado, y el respeto pleno a la autonomía territorial, cultural y organizativa de los pueblos indígenas, conforme al Decreto Ley 480 de 2025.

## 2. Objetivo

Establecer directrices para la planeación, conformación, coordinación, operación, monitoreo, seguimiento y evaluación de los Equipos Básicos de Salud-EBS como parte integral de la garantía del derecho fundamental a la salud en los territorios y el fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud en el país.

### Objetivos Específicos

- Definir las acciones de planeación lideradas por la entidad territorial con los prestadores del nivel primario para la implementación de los Equipos Básicos de Salud, que permitan incidir en los procesos de cuidado y en los resultados en salud.
- Orientar los procesos de gestión y coordinación que deben ser implementados entre las Entidades Territoriales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las comunidades para garantizar que los Equipos Básicos de Salud tengan las condiciones necesarias para su operación, en el marco de las Redes Integrales e Integradas de Salud con enfoque territorial.
- Establecer directrices para la concertación, implementación y monitoreo al Plan De Cuidado Primario de las personas, familias y comunidades en los territorios.
- Brindar elementos para la gestión de la información de los Equipos Básicos de Salud en el marco de las Redes Integrales e Integradas de Salud.
- Dar orientaciones para el seguimiento de los Equipos Básicos de Salud en el marco de las Redes Integrales e Integradas de Salud con enfoque territorial.



### 3. Alcance

Los Equipos Básicos de Salud se constituyen en la unidad funcional del nivel primario de atención en los territorios que contribuyen al cuidado integral de la salud de las personas, familias y comunidades a través del Plan de Cuidado Primario y en el marco de las Redes Integrales e Integradas de Salud con enfoque territorial. En este sentido, este lineamiento está dirigido a los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud en los territorios y su cumplimiento es liderado por las entidades territoriales, en coordinación con los prestadores de servicios de salud y las EPS con acompañamiento técnico y seguimiento por parte del Ministerio de Salud y Protección Social y con procesos de participación comunitaria permanente.

### 4. Definiciones

- **Atención Primaria en Salud:** estrategia que favorece la atención en salud de manera integral e integrada desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente desde el nivel primario al complementario, por medio de procesos que fortalecen la rectoría y gobernanza en salud vinculadas al dialogo y la participación ciudadana como elementos fundamentales de la gestión en salud, promoviendo el desarrollo de acciones en salud que responden a la necesidad de la población en consideración de elementos culturales y territoriales, y generando acciones coordinadas y colaborativas de manera intersectorial que permitan la transformación de determinantes sociales y la reducción de barreras para el acceso a servicios de salud. Su operación se concreta a través de acciones universales, territorializadas, sistemáticas, permanentes y resolutivas a través de las Redes Integrales e Integradas de Salud con enfoque territorial.
- **Atención primaria en salud propia e intercultural:** Es una estrategia que permite la operatividad de los modelos, los procesos o formas de salud propia, los procesos de cuidado integral de la vida de los Pueblos indígenas. Además, busca revitalizar y fortalecer el fomento a la salud y el buen vivir, la protección de la armonía y el cuidado integral de la vida, así como la promoción de la salud y prevención de la enfermedad



que desde la autodeterminación se fundamentará en los sistemas de conocimiento indígena.

Tendrá un enfoque territorial para la planeación de los cuidados, de acuerdo con los contextos de los pueblos, con participación de la familia, la comunidad, los gestores o agentes comunitarios de salud indígena o dinamizadores de salud propia e intercultural bajo el respeto de las estructuras propias de gobierno de los pueblos indígenas.

Propiciará la complementariedad, la articulación inter e intrasectorial y el abordaje multidisciplinario para impactar los determinantes en salud, así como la garantía de la planeación, gestión del talento humano, la infraestructura y tecnologías en salud <sup>2</sup>.

- **Primer contacto:** corresponde al punto inicial de atención ante cualquier necesidad de salud, garantizando que las personas, familias y comunidades accedan a servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación desde el nivel primario, de forma oportuna, cercana y resolutive y transitar al nivel complementario según necesidad.
- **Cuidado integral de la salud:** Proceso ordenador de la gestión territorial integral en salud pública que integra el aseguramiento, el acceso efectivo y de calidad a los servicios de salud y la integralidad, continuidad y resolutive de la respuesta en salud desde la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos para la garantía del derecho a la salud de las personas, familias y comunidades. Se fundamenta en la participación incidente entre los actores del sistema de salud, los otros sectores, los agentes sociales y comunitarios y la comunidad en general, reconociendo las realidades poblacionales y territoriales.  
Este proceso se implementa a través de las Redes Integrales e Integradas de Salud y se desarrolla bajo el liderazgo de la entidad territorial del orden departamental, distrital y municipal en coordinación con los prestadores de servicios de salud públicos, privados y mixtos, las entidades promotoras de salud o quien haga sus veces y demás actores del territorio (Resolución 1597 de 2025).
- **Gestión Territorial Integral de la Salud Pública:** La gestión en Salud Pública como función esencial indelegable del Estado, se encuentra orientada a que las políticas, planes, programas, proyectos y estrategias en salud se realicen de manera efectiva,

---

<sup>2</sup> Decreto 480 de por el cual se establece e implementa el Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural -SISPI como la Política de Estado en salud para los pueblos indígenas de Colombia y se dictan otras disposiciones



eficiente, coordinada y organizada con el propósito de garantizar el derecho fundamental a la salud (Resolución 1597 de 2025).

- **Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC:** Conjunto de intervenciones, procedimientos o actividades de carácter gratuito, dirigidas a la población y materializadas a través de los entornos de vida cotidiana en función de las características, necesidades y potencialidades de salud en cada territorio y microterritorio (Resolución 1597 de 2025).
- **Territorio:** espacio físico y escenario social ubicado dentro del municipio, donde transcurre y se construye la vida de las personas, familias y comunidades, se crean relaciones históricas, culturales, económicas, políticas y ambientales y se producen y reproducen los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad. Lo integran microterritorios de salud que se configuran teniendo en cuenta los entornos, la dispersión geográfica, y las dinámicas sociales, comunitarias, geográficas, culturales ambientales e institucionales (Resolución 1597 de 2025).
- **Equipos básicos de Salud:** concepto establecido en el artículo 15 de la Ley 1438 de 2011, como una estructura interdisciplinaria, funcional y organizativa del personal de salud, cuyo propósito es brindar servicios esenciales de salud a una comunidad en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud, asegurando accesibilidad, integralidad y continuidad del cuidado desde la promoción de la salud, la prevención, atención, rehabilitación y los cuidados paliativos. En este sentido, Equipos Básicos de Salud podrán ser conformados por talento humano en salud técnico, profesional, especializado de acuerdo con las necesidades territoriales.  
Para la financiación y constitución de estos equipos concurrirán el talento humano y recursos interinstitucionales del sector salud destinados a la salud pública y de otros sectores que participan en la atención de los determinantes en salud.  
Los Equipos Básicos de Salud deberán ser adaptados a las necesidades y requerimientos de la población, velando por el cumplimiento de los elementos y principios del derecho fundamental a la salud y reconociendo las diferencias culturales, sociales, económicas, ambientales de las personas, familias, comunidades en sus territorios.
- **Equipo básico de salud intercultural:** Los territorios indígenas en el marco del SISPI podrán concertar equipos interculturales en Medicina tradicional indígena y otras

formas en salud, integrados por autoridades tradicionales en salud o como lo denomine cada pueblo, por trabajadores en salud de otras medicinas y/o disciplinas dependiendo de los requerimientos y necesidades territoriales en salud.

Los equipos básicos de salud intercultural o estructuras similares, serán parte de la implementación de la Estrategia de Atención Primaria en Salud propia e intercultural como mecanismo de territorialización del cuidado de la salud y el SISPI, y se articularán con los demás niveles de atención, para garantizar el cuidado integral del colectivo, personas, familias y comunidades, en el marco del sistema de conocimiento indígena de cada pueblo en respuesta a las particularidades geográficas, demográficas, epidemiológicas, ambientales y culturales, entre otras.

- **Procesos cuidadores y deteriorantes**<sup>3</sup>: Desde el pensamiento latinoamericano de la salud colectiva, el desafío para superar la visión individualizante y asistencialista – que entiende la salud solo como ausencia de enfermedad - y alejarse de una perspectiva patologizante, implica concebir la salud como un proceso determinado por la dinámica oposición entre procesos saludables protectores (que deben promoverse) y procesos malsanos o destructivos (que deben prevenirse y corregirse). Esta perspectiva debe aplicarse en tres niveles: el ámbito social amplio (realidad general), el nivel particular (inserción social y tipología de los modos de vida), y el nivel singular individual (fisiología-fisiopatología, genofenotipo)<sup>4</sup> (Solíz Torres, 2016).
- **Entornos de vida**: Son escenarios de la vida cotidiana en los cuales los sujetos se desarrollan, donde constituyen su vida subjetiva, construyen vínculos y relaciones con la vida social, histórica, cultural y política de la sociedad a la que pertenecen. Son escenarios configurados por dinámicas y por condiciones sociales, físicas, ambientales, culturales, políticas y económicas, donde las personas, las familias y las comunidades conviven y en los que se produce una intensa y continua interacción y transformación entre ellos y el contexto que les rodea"<sup>5</sup>
- **Participación social y comunitaria**: Proceso que incluye las acciones mediante las cuales la sociedad civil, la comunidad organizada y la ciudadanía intervienen e influyen directa y activamente en la organización de la atención y servicios que se desarrollan

<sup>3</sup> La categoría procesos deteriorantes y cuidadores de la salud emerge a la luz del pensamiento latinoamericano de la salud colectiva para señalar, como lo han hecho otras en otros ámbitos –procesos destructivos y protectores (Breilh, 2007; Solíz Torres, 2016b) y patrones de desgaste y recuperación (Laurell, 1993, pp. 13-35), que en los procesos del orden humano –el proceso salud-enfermedad-cuidado-muerte, entre ellos–, existen contradicciones que exigen la superación de las lógicas dicotómicas de comprensión.

<sup>4</sup> Tomado de: Lo que la Mina se Llevó. María Fernanda Solíz Torres. Quito 2016

<sup>5</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3280 de 2018.



en su territorio, el control, la gestión y la fiscalización de las instituciones y del sistema de salud en su conjunto, así como también, en la cogestión de la salud propia y de sus familias y comunidades.

- **Coordinación intersectorial / transectorial para el cuidado integral de la salud:** Proceso que vincula las acciones conjuntas y coordinadas entre el sector salud y los diferentes sectores y organizaciones que, de manera directa o indirecta, inciden sobre los determinantes sociales de la salud, con el fin de establecer objetivos compartidos y superar barreras institucionales que permitan la continuidad del cuidado de las personas.
- **Plan de Cuidado Primario- PCP:** El Plan de Cuidado Primario- PCP es el proceso dinámico que permite desde el nivel primario de atención identificar, planear, concertar, implementar, acompañar y monitorear las acciones esenciales para el cuidado integral de la salud de las personas, familias y comunidades considerando las particularidades territoriales.
- **Sujetos de derechos:** Las personas, familias y comunidades como centro del cuidado de la salud son los sujetos de derechos. Los sujetos individuales y los colectivos son titulares de derechos humanos y entre estos, se reconoce a la salud como un derecho humano fundamental que, en interdependencia con los demás derechos, requiere su garantía, así como de la afectación de los determinantes sociales de la salud, teniendo en cuenta la diversidad, la singularidad y el carácter multidimensional del desarrollo de los sujetos, de acuerdo con su momento vital y su contexto; trascendiendo la fragmentación por dimensiones, eventos, asuntos temáticos o sistemas o daños específicos.

## 5. Directrices para la Implementación de Equipos Básicos De Salud

### 5.1 Planeación y Organización

#### 5.1.1 Equipos Básicos de Salud en los Planes Territoriales de Salud

En el marco de la planeación integral en salud como proceso estratégico para la garantía del derecho fundamental a la salud en los territorios (Resolución 100 de 2024) se debe garantizar que en los Planes Territoriales de Salud y Planes de Acción en Salud PAS



departamentales, distritales y municipales se definan los objetivos, las estrategias, metas, actividades y recursos para la implementación de los Equipos Básicos de Salud. Esto, en coherencia con el Análisis de Situación en Salud del Territorio y los ejes estratégicos del Plan Decenal de Salud Pública (Resolución 2367 de 2023), las disposiciones para la conformación, organización, habilitación, operación, seguimiento y evaluación de las Redes Integrales e Integradas de Salud con enfoque territorial que expida el Ministerio de Salud y Protección Social, la Gestión Territorial Integral en Salud Pública (Resolución 1597 de 2025), y teniendo en cuenta las diversas fuentes de financiación disponibles para la conformación de Equipos Básicos de Salud.

La Resolución 100 de 2024 definió dentro de los propósitos de la planeación integral para la salud, aportar en la garantía de la implementación del Modelo fundamentado en la Atención Primaria en Salud en los departamentos, distritos y municipios teniendo en cuenta la conformación de Redes Integrales e Integradas de Salud y la operación de Equipos Básicos de salud como parte integral de estas redes.

En este marco, es preciso considerar que en el nivel primario de atención en las redes se deben prestar servicios de salud desde la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en las diferentes modalidades de atención y se deben garantizar acciones territorializadas, universales, integrales, integradas, continuas y resolutivas a través de Equipos Básicos de Salud los cuales deben ser considerados de manera prioritaria en el proceso de planeación territorial.

### **5.1.2 Territorialización para el cuidado integral de la salud**

La territorialización para el cuidado integral de la salud debe ser liderada por la entidad territorial, y se comprende como el proceso orientado a identificar, analizar y comprender las relaciones históricas, culturales, económicas, políticas y ambientales que determinan el proceso salud y enfermedad de las personas, familias y comunidades, y que permite organizar funcionalmente territorios y microterritorios en los municipios y distritos. Esta comprensión del proceso salud y enfermedad y la organización funcional de territorios y microterritorios tiene como finalidad orientar la organización de la respuesta integral en salud incluyendo Equipos Básicos de Salud como parte de las Redes Integrales e Integradas de Salud y contribuir al cierre de brechas de equidad relacionadas con el acceso a los servicios de salud.



Es fundamental comprender que la territorialización se constituye como la base de la organización de la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública; por lo tanto, debe ser el eje estructural y el punto de partida en todas las decisiones y acciones de salud pública, garantizando así la cobertura universal y la respuesta efectiva a las necesidades de la población en cada rincón del país.

En el marco de las responsabilidades frente a Gestión Territorial Integral de la Salud Pública (Resolución 1597 de 2025) las entidades territoriales de orden departamental, distrital y municipal liderarán el proceso de territorialización que requiere la participación social y comunitaria, de las IPS públicas, privadas y mixtas, de las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces y de los representantes de los demás sectores de la administración en el territorio. Para garantizar la participación de los actores comunitarios clave en el proceso, como poblaciones étnicas, campesinas o con situación de conflicto armado, se convocarán los espacios necesarios según la dinámica del territorio.

En los territorios con comunidades indígenas, negras, raizales, palenqueras y Rrom se deberán tener en cuenta sus cosmovisiones, tradiciones culturales y formas propias de organización, garantizando la participación de sus comunidades en todo el proceso. Esto permite reconocer, respetar e integrar las prácticas, valores, creencias, saberes y formas de vida propias de los pueblos y comunidades en un territorio y permite fortalecer la pertinencia cultural de las acciones en salud y promueve un ejercicio intercultural que respete y potencie la identidad de los pueblos.

El proceso de análisis, comprensión y definición de territorios y microterritorios debe contemplar los siguientes momentos:

1. Reconocimiento de información: se realiza a partir de la revisión de fuentes documentales que incluyen el Análisis de Situación de Salud, su cartografía y núcleos de inequidad, caracterización poblacional de las EPS, análisis funcional de red y diversas fuentes de información como mapas de actores, análisis estadísticos, informes, noticias, así como tesis, etnografías y ejercicios de participación comunitaria documentados que proporcionan elementos para comprender la configuración de la salud y la enfermedad en los territorios.

Posterior al reconocimiento de la información, es necesario que se prepare la metodología, los materiales, insumos y logística necesarios para las reuniones de análisis y definición de territorios y microterritorio.



2. Convocatoria: la convocatoria de todos los actores es un paso clave para garantizar que el análisis sea inclusivo y representativo. Esta debe ser una convocatoria clara y motivadora a través de canales adecuados para la difusión y se deben invitar a los integrantes del SGSSS, líderes y lideresas de organizaciones comunitarias, representantes de las entidades de los sectores de la administración, y demás actores relevantes con responsabilidad, poder o que son afectados por las situaciones en salud y de acuerdo con el mapa de actores del ASIS.

Cuando hay presencia de comunidades indígenas, negras, afrocolombianas, raizales o palenqueras, o pueblo Rrom se debe convocar y garantizar la participación efectiva de consejos comunitarios, autoridades tradicionales/ancestrales y organizaciones étnico-territoriales o formas de organización propia, aplicar metodologías de diálogo intercultural que respeten los tiempos y formas de toma de decisiones propias y documentar los acuerdos en actas que incluyan las decisiones específicas sobre la territorialización.

3. Análisis colectivo para la identificación de territorios y microterritorios: con el fin de construir una comprensión común de las situaciones, los problemas, los procesos de cuidado, los procesos deteriorantes de la salud, las capacidades territoriales que en su conjunto «grafían o trazan» territorios, es preciso realizar un análisis que contemple:
  - Las dinámicas del contexto demográfico, social, ambiental, económico, político y cultural en el territorio, que incluye considerar las dinámicas familiares y comunitarias, la presencia de poblaciones étnicas y campesinas, víctimas del conflicto armado, entre otros.
  - Identificación de las condiciones de salud y buen vivir en el territorio, con énfasis en el fomento y protección de la vida en el territorio, a partir de los saberes y prácticas de los pueblos<sup>6</sup>
  - El análisis de la morbilidad y mortalidad en el territorio
  - La organización de la Red Integral e Integrada de Salud y la disponibilidad y suficiencia de talento humano y tecnologías en salud para garantizar el cuidado integral de la salud de las personas, familias y comunidades.
  - La identificación de la oferta de servicios sociales que dan respuesta a las situaciones y necesidades de salud del territorio.

---

<sup>6</sup> Mesa Permanente de Concertación – Subcomisión de salud Acuerdos de incorporación al lineamiento de EBS “lineamiento 2”. Leticia-Amazonas, 5 y 6 de septiembre de 2024

- Análisis de las brechas de inequidad respecto de la respuesta para el cuidado integral de la salud.
- La concentración poblacional, la dispersión geográfica y el número de familias, así como los pueblos o comunidades en el caso de territorios étnicos que agrupan ciertas familias.

Para la organización funcional de territorios y microterritorios tenga en cuenta las siguientes referencias<sup>7</sup>:

**Tabla de referencia para la organización funcional de territorios y microterritorios**

Dispersión poblacional		Número aproximado de hogares familiares por territorio	Número de hogares familiares aproximados por microterritorio
<b>Dispersión alta</b>	Más de 1,30 horas entre viviendas	240 hogares	Hasta 60 hogares
<b>Dispersión media</b>	Entre 31 minutos y 1:30 horas entre viviendas	400 hogares	Hasta 100 hogares
<b>Dispersión baja</b>	Entre 15 y 30 minutos promedio vivienda a vivienda	800 hogares	Hasta 200 hogares
<b>Concentrado</b>	Municipios (Cabeceras)	1.200 hogares	Hasta 400 hogares
<b>Concentración alta</b>	Capitales (Cabeceras) y municipios conurbados	1.500 hogares	Hasta 500 hogares

Elaboración propia grupo de Gestión para la Promoción y Prevención. Ministerio de Salud y Protección Social

Para la definición de territorios y microterritorios se debe usar la cartografía social, mapas u otros, que permitan visualizar de manera integral el panorama situacional y la identificación clara de territorios. El mapa debe adjuntarse el documento de la territorialización.

<sup>7</sup> La tabla da un marco de referencia flexible para la organización funcional y operativa de territorios, no se constituye en una meta numérica rígida a realizar en un periodo de tiempo determinado. Las metas de los EBS deben estar engranadas con el despliegue de Plan de Cuidado Primario.



Es importante tener en cuenta que el **territorio** es entendido como espacio físico y escenario social donde transcurre y se construye la vida de las personas, familias y comunidades, se crean relaciones históricas, sociales, culturales, económicas, políticas y ambientales y se producen y reproducen los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad. Lo integran **microterritorios** de salud que se configuran teniendo en cuenta los entornos, la dispersión geográfica y las dinámicas sociales comunitarias, geográficas, culturales, ambientales e institucionales (Resolución 1597 de 2025).

De acuerdo con lo anterior, la definición del territorio es el resultado de la construcción colectiva que permite la explicación de los procesos determinantes sociales de la salud y enfermedad y la organización funcional de territorios y acciones para el cuidado integral de la salud.

Como resultado de este proceso, los integrantes del SGSSS y la comunidad, en cabeza de la entidad territorial, deberán contar con un acta que dé cuenta del mapeo de territorios y microterritorios, la definición de estos y las descripciones respectivas. El acta se debe acompañar de un documento técnico que presente el proceso de territorialización desarrollado y sus resultados.

La entidad territorial debe reportar al Sistema Integrado de Información para la Atención Primaria en Salud SI-APS **componente de gestión técnica** los datos de la territorialización.

El acta y documento adjunto son insumos fundamentales para que la Secretaría de Salud departamental, municipal, distrital o quien haga sus veces, con el respectivo operador de Equipos Básicos De Salud sustente las propuestas de conformación de Equipos Básicos de Salud que se necesiten en los territorios y gestionar la asignación de recursos y ajustes si corresponde. Además, el acta y el documento dan los elementos para definir una dirección conjunta hacia el futuro frente a los resultados que se quieren obtener, las situaciones que se requieran transformar o potenciar en términos de salud.

El proceso de territorialización no se debe hacer solamente a partir del conteo de familias o de una división aritmética del espacio, sin tener en cuenta los determinantes sociales, ni la visión y participación de las comunidades y demás actores. Si bien, la configuración de los territorios es dinámica, no se recomienda modificar la territorialización frecuentemente. Si se requiere alguna modificación de la territorialización, la Entidad Territorial municipal o



distrital debe tener las justificaciones argumentadas y bien documentadas. En este caso, la ET Departamental debe verificar este ejercicio a la luz del lineamiento de EBS vigente.

Es importante precisar que no se debe caer en la «apertura o cierre» de territorios según la asignación de recursos, es decir, no debe depender del número de EBS asignados o conformados con los recursos de PGN, tampoco se deben excluir zonas del municipio o distrito del ejercicio de territorialización.

### 5.1.3 Planeación orientada a resultados

Una vez terminado el ejercicio de territorialización, que permite comprender los procesos que determinan la salud y la enfermedad en los territorios y sus particularidades, es fundamental que la planeación e implementación de los equipos básicos de salud responda a dicha comprensión y se oriente claramente al logro de resultados en salud. Algunos de los resultados en salud esperados se encuentran definidos en la Resolución 3280 de 2018<sup>8</sup>.

En el marco de las competencias de la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública las entidades territoriales municipales y distritales deben liderar mesas de trabajo mensuales en las que se haga análisis y seguimiento de los indicadores de morbilidad y mortalidad, de los procesos sociales que determinan la salud y enfermedad, de los indicadores de cobertura y acceso y de la contribución que los Equipos Básicos de Salud han hecho al logro de resultados en salud con desagregación territorial. En las mesas de análisis deben participar los integrantes del SGSSS, coordinaciones de los equipos básicos y demás actores relevantes con responsabilidad en la implementación de EBS. Estas mesas de análisis deben registrarse en actas, las cuales deberán ser objeto de seguimiento para asegurar su cumplimiento.

En las mesas de trabajo se deberá realizar la proyección de coberturas y metas de los equipos básicos en cada uno de los territorios, documentarlas y socializarlas claramente. Esto con el fin de garantizar acciones universales, territorializadas, sistemáticas, permanentes y resolutivas que aporten al cumplimiento de resultados en salud. En caso de

---

<sup>8</sup> Resolución 3280 de 2018, 1.5 Resultados en salud. Pág. 16-18 y 326-329



que los análisis evidencien retrasos o dificultades en el logro de metas y resultados es importante identificar sus causas y reconfigurar las estrategias.

Estos espacios de análisis deben estar armonizados con el proceso de monitoreo y evaluación que se realiza desde la Coordinación de la Red Integral e Integrada de Salud con enfoque territorial.

#### **5.1.4 Gestión, coordinación y acuerdos para el cuidado integral de la salud en los territorios**

Como parte de los procesos de planeación y organización del cuidado integral de la salud a través de Equipos Básicos de Salud se debe fortalecer la gestión y la coordinación entre los integrantes del sistema de salud y con los actores intersectoriales y comunitarios. En este sentido, a partir de la comprensión territorial de la salud obtenida con el proceso del Análisis de la Situación de Salud y el proceso de territorialización, así como de las lecciones aprendidas, los logros alcanzados y las dificultades enfrentadas, se deben establecer de manera sistemática las gestiones, coordinaciones y acuerdos necesarios para garantizar las condiciones adecuadas para la operación de los equipos básicos de salud en el marco del nivel primario de atención.

La gestión, coordinación y acuerdos deben tener como punto de partida los resultados de las mesas de trabajo y análisis periódicos, liderados por la entidad territorial con participación del operador de los Equipos Básicos de Salud. Este ejercicio debe orientar los acuerdos y gestiones que se deben adelantar para el correcto funcionamiento de los EBS, debe dar insumos para definir temas para el fortalecimiento de capacidades, para el trabajo intersectorial y para ajustar la organización logística si es necesario.

##### **5.1.4.1 Acuerdos comunitarios**

La operación de los equipos debe estar acompañada de acuerdos comunitarios, concertados, contruidos con líderes sociales, juntas de acción comunal, COPACOS, consejos comunitarios, cabildos indígenas, kumpanias y otras estructuras de gobierno propio o espacios de participación social y veedurías ciudadanas. Los acuerdos deben permitir que la comunidad participe en la planeación, implementación y monitoreo de los EBS. Por tanto, la participación social es un eje transversal que legitima la acción de los EBS, permite intervenciones situadas y fortalece el control ciudadano sobre la gestión.



Se deben considerar los siguientes elementos para potenciar acuerdos comunitarios:

- Reconocimiento de las capacidades comunitarias y de sus aportes al cuidado, fomentando el trabajo colaborativo con los EBS.
- Identificación de actores sociales y comunitarios clave, de los interlocutores reconocidos por las comunidades, así como de las estructuras internas y externas propias de las poblaciones y los mecanismos de concertación y legitimación de los espacios generados.
- Preparación de escenarios y mecanismos de participación, que promuevan el diálogo horizontal y el uso de metodologías de trabajo comunitario encaminadas a la construcción conjunta y propositiva. Estas deben permitir visibilizar las situaciones, necesidades, expectativas y propuestas de solución en relación con los resultados esperados, los objetivos planteados y la operatividad de los EBS en el territorio.
- En los territorios donde haya conflicto armado se revisará con las autoridades o instancias competentes municipales o departamentales, los aspectos relacionados con el ingreso y las condiciones de seguridad para el despliegue de los EBS en el marco de la Misión Médica. En todo caso debe coordinarse con las Alcaldías el ingreso de los EBS, en el marco de los Comités de Justicia Transicional y de los Planes de Prevención y Protección u otros mecanismos que defina la autoridad local de acuerdo con sus competencias.
- En los territorios con comunidades indígenas, negras, raizales, palenqueras y Rrom se deberán tener en cuenta sus creencias, cosmovisiones, tradiciones culturales y formas propias de organización, vinculando personas pertenecientes a estas comunidades a los EBS acorde a la oferta de talento humano en el territorio. Esto permite fortalecer la pertinencia cultural de las acciones en salud y promueve un ejercicio intercultural que respete y potencie la identidad de los pueblos.

La gestión, coordinación y los acuerdos para el cuidado integral de la salud en los territorios indígenas deben incorporar el enfoque diferencial e intercultural, reconociendo la diversidad de las comunidades, los sistemas de salud propios, la cosmovisión y las prácticas tradicionales de los pueblos étnicos, lo anterior sin perjuicio de la concertación con las autoridades tradicionales.

Esto implica revisar los mecanismos de concertación y construcción conjunta que se vienen adelantando con los líderes: autoridades o formas organizativas existentes que permiten a garantizar su participación efectiva en la planeación y ejecución de acciones de salud.



Las reuniones de concertación con las comunidades deberán quedar registradas en actas formales en las que se consignen de manera clara la socialización, validación, concertación y acuerdos sobre:

- La presentación de la situación de salud del territorio, el propósito, la conformación y organización de los equipos básicos.
- La priorización de situaciones en salud a abordar reconociendo los aportes de la comunidad.
- El despliegue de los EBS, resaltando la importancia de la participación social y comunitaria, el reconocimiento de liderazgos locales y la definición de roles comunitarios que contribuyan a facilitar procesos en salud y fortalecer la acción colectiva.
- Mecanismos de seguimiento y reporte de información, acciones y resultados conforme al capítulo de seguimiento del presente lineamiento.
- El reconocimiento y la incorporación de prácticas culturales y tradicionales en salud valorando los conocimientos y métodos propios de las comunidades indígenas, campesinas, afrodescendientes y otras poblaciones étnicas, para garantizar una atención integral y respetuosa de su cosmovisión.
- Los planes de cuidado primario de las familias y sus integrantes y su alcance comunitario.
- La vinculación del talento humano perteneciente a población étnica presente en los territorios. En el caso donde las comunidades étnicas cuenten con profesionales de salud, serán priorizados para la vinculación, así mismo con recursos del Presupuesto General de la Nación se podrán contratar los perfiles de médicos ancestrales, médicos sabedores, parteras, traductores y gestores comunitarios.
- En el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas tratándose de población indígena y hasta tanto se reglamenten los decretos leyes 968 de 2024 y 480 de 2025, las entidades territoriales continuarán atendiendo las instrucciones contenidas en la resolución 518 de 2015 y su modificatoria resolución 295 de 2023, así como la circular 11 de 2008.

La Entidad Territorial a través de la Secretaría de salud municipal o distrital, secretaría de gobierno o secretaría de asuntos indígenas (cuando exista) en conjunto con la institución que opera los equipos básicos serán responsables de:



1. Identificar la presencia de población étnica en el territorio – si en el territorio existen mesas de salud indígena de carácter territorial se podrá evaluar la posibilidad desarrollar estas concertaciones en el marco de estas mesas ya reglamentadas.
2. Convocar a los líderes y autoridades de estas comunidades identificadas o a las organizaciones que los representen en el caso que exista. (Se debe dejar constancia de estas convocatorias)
3. Facilitar la logística para el desarrollo de los espacios de diálogo, concertación y construcción conjunta con las comunidades, reconociendo y respetando sus formas organizativas propias de acuerdo con el contexto territorial.
4. Garantizar una amplia participación de los distintos actores que se requieran, promoviendo procesos inclusivos y transparentes.

Finalmente, para garantizar la sostenibilidad de estos procesos se deberán establecer espacios periódicos de diálogo y seguimiento a los acuerdos con los actores comunitarios claves orientados a recoger percepciones, formular ajustes y acordar recomendaciones de mejora que fortalezcan la operación territorial de los EBS. Para tal fin, la Entidad Territorial en conjunto con la institución que opera los equipos básicos en el marco de sus competencias serán responsables de convocar, facilitar y garantizar los espacios de diálogo, concertación y construcción conjunta con las comunidades, reconociendo y respetando sus formas organizativas propias de acuerdo con el contexto territorial. Dichos espacios deberán asegurar la participación amplia, representativa y efectiva de los distintos actores que se requieran, promoviendo procesos inclusivos y transparentes.

#### **5.1.4.2 Concertación institucional sectorial e intersectorial**

Los acuerdos institucionales son esenciales para la implementación y operativización exitosa de los Equipos Básicos de Salud, ya que definen los compromisos, roles y responsabilidades de las entidades del sector salud y otras entidades que ayudan a afectar positivamente los determinantes sociales de la salud. Su desarrollo debe enmarcarse en las disposiciones para la conformación, organización, habilitación, operación, seguimiento y evaluación de las Redes Integrales e Integradas de Salud con enfoque territorial que expida el Ministerio de Salud y Protección Social y en la Gestión Territorial Integral en Salud



Pública (Resolución 1597 de 2025), especialmente en los procesos transversales de la Gestión en Salud Pública liderados por las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal, que aseguran que programas, proyectos y estrategias en salud se realicen de manera efectiva, eficiente, coordinada y organizada.

Los acuerdos institucionales son del orden sectorial e intersectorial. Los acuerdos sectoriales se centran en las instituciones y actores dentro del propio sector de la salud en el nivel primario de atención, mientras que los acuerdos intersectoriales abarcan una red más amplia y fomentan la colaboración y la coordinación entre los diferentes sectores para generar sinergias que contribuyan al cuidado integral de la salud de las personas, familias y comunidades.

#### **5.1.4.2.1 Concertación institucional sectorial**

Los acuerdos sectoriales son compromisos de coordinación en el nivel primario de atención entre Entidades Territoriales, EPS, IPS públicas, privadas y mixtas con el propósito de garantizar el acceso a los servicios de salud y facilitar la adecuada operación de los EBS en el marco de las Redes Integrales e Integradas de Salud. Estos acuerdos son esenciales para la adscripción, el funcionamiento de la referencia y contrarreferencia, el manejo de la información, evitar duplicidades, optimizar los recursos, garantizar la continuidad, integralidad y calidad de la atención y para fortalecer la capacidad resolutive.

Estos acuerdos serán liderados desde la entidad departamental o distrital, en coordinación con las entidades territoriales de salud municipales, de acuerdo con las necesidades del territorio y a los lineamientos o directrices establecidas desde el espacio de coordinación de la Red Integral e Integrada de Salud.

- *Garantizar el acceso a las atenciones individuales y otras atenciones en salud*

Esto implica la realización de reuniones técnicas lideradas por la entidad territorial para i) la definición de prioridades en término de atenciones, frecuencias, acceso y adecuación sociocultural, ii) la disposición de talento humano y recursos físicos y tecnológicos que posibiliten el acceso real y efectivo a las atenciones mediante la organización y articulación de los prestadores, iii) la definición clara en los acuerdos de voluntades entre EPS y prestadores del nivel primario de la red integral e integrada de salud para la entrega de atenciones a través de modalidades extramural, intramural o telemedicina y el



establecimiento y funcionamiento de los procesos de referencia y contrarreferencia, entrega de medicamentos y tecnologías en salud. Específicamente en la modalidad extramural donde operan los EBS.

Todo lo anterior debe tener como base los resultados de los análisis de indicadores, de brechas de inequidad en el acceso, continuidad y resolutivez de la atención y de los determinantes sociales. Este proceso debe hacerse en coherencia con lo dispuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social para la operativización de la Red Integral e Integrada de Salud y el nivel primario de atención.

Durante las reuniones técnicas se deberán acordar de manera conjunta, los procesos y las rutas de atención y derivación. Este proceso implica:

- Verificar la habilitación de los servicios en las modalidades requeridas, que se encuentran contemplados en la red, incluyendo los que se relacionan con el ejercicio de los EBS.
- Garantizar el registro en RIPS (cuando aplique) y en el Sistema de Información de la Atención Primaria en Salud SI-APS, de las intervenciones, atenciones y acciones que se implementen por los EBS.
- Garantizar la vinculación de los EBS en el diseño de los procesos de referencia y contrarreferencia de las RIIS y de los específicos que se desarrollen para el fortalecimiento del nivel primario que garanticen oportunidad, continuidad, eviten duplicación de procesos y aseguren la coordinación entre niveles de atención. Esto, incluyendo la red de atención de urgencias y los datos de contacto para gestionar alertas relacionadas con situaciones de urgentes en salud encontradas en los territorios.
- Para garantizar la operación y la resolutivez de los Equipos Básicos de Salud Especializados se deben establecer acuerdos claros entre las EAPB, las IPS y la Entidad Territorial en el marco de la red integral e integrada de salud, que definan claramente los procesos de autorizaciones, agendamiento, adaptación o ajustes de los procesos de referencia y contrarreferencia, entre otras que se consideren necesarias, para su adecuado funcionamiento.
- En el marco del Nivel Primario de Atención, los EBS deben recibir la información correspondiente a las rutas de atención en relación con condiciones de riesgo detectadas, su proceso de activación, derivación y seguimiento.



Los compromisos alcanzados en estos escenarios deberán quedar formalizados en actas de concertación, especificando roles y responsabilidades de cada actor, recursos comprometidos, metas, indicadores y mecanismos de seguimiento periódico.

- *Coordinar la operación y complementariedad de los Equipos Básicos de Salud*

Estos acuerdos deben orientarse bajo un esquema de integración funcional que garantice la coordinación de la operación de los Equipos Básicos de Salud, sus procesos y sus perfiles, incluso si estos son financiados por diversas fuentes de financiación, de manera que todas las acciones individuales, colectivas y de gestión sean complementarias. En tal sentido, las Entidades Territoriales de Salud en el marco de sus competencias para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública deberán convocar espacios de planificación y organización conjunta con las entidades que estén operando los equipos básicos, en los cuales se deben definir los roles, alcances, población adscrita, asegurando que las zonas rurales, con población étnica o de difícil acceso no se queden sin atención.

Adicionalmente, es imprescindible que las coordinaciones tanto, del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (artículo 14,2 de la Resolución 1597 de 2025) como la coordinación que deben tener los EBS financiados por Presupuesto General de la Nación, se articulen para evitar duplicidades en las acciones, reprocesos en la atención en salud y garanticen la integralidad y complementariedad. Se deberán establecer espacios conjuntos de seguimiento y retroalimentación continua, en los que se revisen los avances, se verifiquen los compromisos y se introduzcan los ajustes necesarios para mejorar la eficiencia y pertinencia de las intervenciones. De esta forma, se asegura una atención coordinada, resolutiva y culturalmente pertinente en el marco de las Redes Integrales e Integradas de Salud.

- *Aseguramiento*

En el marco de sus funciones, los Equipos Básicos de Salud contribuyen en el proceso de aseguramiento en salud mediante la identificación del estado de afiliación de los integrantes de las familias atendidas durante el desarrollo de sus actividades, identificando el tipo de régimen (contributivo, subsidiado o especial) y la detección de personas sin afiliación.



Cuando se identifican estas situaciones, los EBS tienen la responsabilidad de orientar a la población sobre sus derechos en salud y sobre los procedimientos necesarios para realizar la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como de remitir los casos identificados a la Secretaría de Salud municipal o distrital para que se adelante la gestión correspondiente.

En tal sentido, resulta pertinente que las Entidades Territoriales, en el marco de sus competencias, lideren las acciones necesarias para garantizar que toda la población se encuentre afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Para ello, deberán establecer acuerdos y mecanismos operativos que permitan realizar de manera efectiva la gestión del aseguramiento de la población no afiliada identificada por los Equipos Básicos de Salud durante sus actividades de identificación y seguimiento.

- *Acuerdos para la operación de los Equipos Básicos de Salud Especializados- EBES*

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas, privadas y mixtas podrán conformar e implementar Equipos Básicos de Salud Especializados (EBES), que se orientan por el presente lineamiento. Para asegurar la capacidad resolutoria en los territorios es imperativo que la prestación de servicios de estos equipos se incluya formalmente en los acuerdos de voluntades con las Entidades Promotoras de Salud, asegurando que su operación no sea un esfuerzo aislado, sino un componente central de la Red. El objetivo primordial es garantizar la continuidad de la atención y la integralidad de las rutas en el marco de las Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud (RIISS), contribuyendo a la eliminación de barreras de acceso en el nivel primario.

Utilizando los recursos de costos indirectos, se podrá fortalecer la logística necesaria para la adecuada prestación de los servicios especializados, contemplando conceptos transversales como:

- Gastos administrativos
- Transporte
- Materiales y suministros.

Las consultas especializadas se podrán gestionar y coordinar de diversas formas, en espacios o infraestructuras físicas adaptadas para la atención en salud intra y extramural, tales como las unidades de primer nivel ubicadas en los territorios, puntos de concentración



previamente definidos donde se adapten temporalmente espacios para ofrecer atención médica y en jornadas de salud. En este sentido, Los EBES podrán operar bajo las siguientes modalidades:

Modalidad 1. Territorios concentrados: se deberán realizar actividades a diario, con previo agendamiento de cada profesional en los centros de salud de las ESE disponibles en el territorio.

Modalidad 2. Territorios Dispersos: El EBES deberá programar por lo menos una vez a la semana atenciones a la población en territorios dispersos con la modalidad de jornadas de salud.

Modalidad 3. Territorios con Alta Dispersión: El EBES podrá permanecer por varios días en los territorios alejados y con barreras de acceso geográfico, hasta terminar la atención de la totalidad de las personas con necesidad de atención por especialistas programadas para la consulta en puntos de concentración.

- *Vigilancia en salud pública y comunitaria para la notificación de eventos de interés en salud pública*

La vigilancia en salud pública tiene como objetivo detectar, prevenir y controlar enfermedades y eventos de interés en salud pública. Los Equipos Básicos de Salud como parte de una IPS son Unidad Primaria Generadora de Datos (UPGD), por tanto, se les debe garantizar las condiciones para la notificación y se debe garantizar que esta información se analice y active la respuesta correspondiente ante las situaciones de los eventos de interés en salud pública identificados en los territorios.

El Sistema de Vigilancia en Salud Pública incluye la Vigilancia en Salud Pública Comunitaria (VSPC), que debe fortalecerse en los territorios. La implementación de la VSPC no actúa sobre las comunidades vistas como objetos, al contrario, se integra e interactúa con los sujetos y las redes en las cuales se desenvuelven las comunidades. En ese sentido, sirve de puente de articulación y diálogo entre lo institucional y lo comunitario y como componente de la estrategia de vigilancia de rumores, es clave en la identificación temprana de eventos o situaciones que pueden afectar la salud del microterritorio o territorio. Esta VSPC permite anticipar o controlar y reducir los riesgos, considerando las situaciones de interés en salud pública que pueden afectar a las personas o los colectivos,



garantizando la notificación oportuna y las atenciones individuales y colectivas según los protocolos establecidos.

Los Equipos Básicos de Salud participan activamente en la vigilancia en salud pública, dado que, por su cercanía con la población, son fuente de identificación temprana de riesgos y eventos de interés en salud pública.

El Instituto Nacional de Salud (INS) estableció los parámetros para gestionar el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, en los Lineamientos 2024 y sus documentos asociados, disponibles en: <https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/Lineamientos-y-documentos.aspx>

Adicionalmente, la ET y la ESE deberán acordar sobre los insumos y medicamentos para la atención de eventos de interés en salud pública identificados en el territorio. Esto incluye la coordinación para que los EBS dispongan de los insumos necesarios en territorio para la administración de inmunobiológicos, la toma de prueba de diagnóstico rápido (PDR) o entrega de medicamentos e insumos para el control de enfermedades transmisibles.

Sumado a lo anterior se deberá disponer para los EBS:

- ✓ Ficha en físico para su digitación en el aplicativo SIVIGILA escritorio o aplicativo para la notificación en línea.
- ✓ Realizar asistencias técnicas sobre protocolos y procedimientos.

#### **5.1.4.2.2 Concertación institucional intersectorial.**

La intersectorialidad es un enfoque de gestión y acción colectiva que promueve el trabajo coordinado entre distintos sectores como salud, educación, ambiente, agricultura, vivienda, trabajo y protección social para abordar de manera integral las realidades sociales, económicas, culturales y ambientales que determinan la salud, la enfermedad y las formas de cuidar en familias y comunidades.

En el marco del proceso de Gestión Intersectorial/ transectorial para el cuidado integral de la salud (artículo 9.5 Res 1597 de 2025) se debe garantizar un proceso claro para vincular acciones conjuntas y coordinadas con los diferentes sectores y organizaciones que tienen relación directa o indirecta con la respuesta a necesidades de servicios concretas y con la



transformación de procesos sociales determinantes de la salud en los territorios. La gestión intersectorial debe permitir:

- Garantizar que los EBS cuenten con información actualizada de la oferta de servicios y programas sociales en el territorio que permita identificar las instituciones, entidades o actores con capacidad de respuesta frente a las necesidades intersectoriales identificadas.
- Identificar los espacios de coordinación intersectorial territoriales y municipales que son clave para la gestión, su objeto, periodicidad de reunión y participantes.
- Impulsar espacios de análisis y gestión intersectorial desde el sector salud
- Analizar periódicamente la información sobre las necesidades intersectoriales tanto en términos de acceso a servicios como de procesos de transformación territorial y presentar los resultados en los espacios de coordinación intersectorial del territorio.
- Establecer objetivos compartidos y procedimientos que garanticen el acceso a servicios esenciales para el cuidado de personas, familias y comunidades y que garanticen la implementación de acciones que puedan transformar los procesos deteriorantes de la salud en los territorios.
- Definir los mecanismos para la derivación a servicios sociales y de bienestar y para el seguimiento a los casos derivados a otros sectores
- Retroalimentar y dar información adicional de los otros sectores en el marco de una visión compartida del territorio que aporten a la identificación de situaciones en salud y la respuesta que vienen dando a las mismas
- Establecer cronogramas de acción conjunta en los territorios

Los compromisos alcanzados en estos escenarios deberán quedar formalizados en actas de concertación, especificando roles y responsabilidades de cada sector, recursos comprometidos, metas, indicadores, logros, resultados y mecanismos de seguimiento periódico.

- *Acuerdos intersectoriales para la operación de los EBS en Establecimiento de Reclusión del Orden Nacional-ERON*

Las acciones desplegadas por el EBS cuando en el territorio se identifica Población Privada de la Libertad- PPL se deben coordinar y articular con el INPEC, USPEC y la comunidad carcelaria, siguiendo el Modelo de Atención en Salud para PPL que se concibe a partir de la Ley 1709 de 2014.



En este modelo confluyen de manera directa la USPEC, atendiendo la gestión del suministro del servicio de salud mediante la contratación de la entidad fiduciaria, por medio, de los prestadores de servicios de salud; y el INPEC, ejerciendo la vigilancia, custodia, atención y tratamiento de las PPL a su cargo. Las competencias de estos dos actores son definidas ampliamente en los Decretos 4150 y 4151 de 2011, 204 de 2016 2245 de 2015 y 1142 de 2016 y las Resoluciones 5159 de 2015 y 3595 de 2016.

La Entidad territorial y la ESE que opera los EBS deben hacer las gestiones y coordinaciones necesarias para que el proceso cuente con una estricta articulación entre la Unidad de Atención Primaria y de Atención Inicial de Urgencias en Salud Penitenciaria y Carcelaria, el área de tratamiento y desarrollo (Sanidad) INPEC y la ESE que opera los Equipos Básicos de Salud, proceso en el cual cada actor debe cumplir las obligaciones definidas en la normatividad legal vigente.

#### **5.1.4.3 Plan de Fortalecimiento de capacidades**

En el marco del fortalecimiento del nivel primario de atención y la Política Pública de Talento Humano en Salud (Resolución 1444 de 2025) se debe adelantar un plan de fortalecimiento de capacidades que debe incluir formación continua del talento humano, el desarrollo de capacidades para el despliegue y operación de los EBS, el desarrollo de habilidades para la gestión comunitaria y el trabajo intercultural, así como el fortalecimiento de mecanismos de articulación sectorial, intersectorial y comunitario. Su propósito es aumentar la resolutiveidad y efectividad de los EBS, fortalecer su legitimidad en la comunidad y asegurar la sostenibilidad de sus intervenciones en el marco de las Redes Integrales e Integradas de Salud.

El fortalecimiento debe iniciar previo a la puesta en marcha de los EBS, mediante procesos de inducción, reinducción, actualización y supervisión técnica para el talento humano en salud de los EBS que brinde los elementos normativos, técnicos, comunitarios y organizativos necesarios para un adecuado desempeño. Posteriormente, este proceso debe reforzarse de manera periódica en temáticas de interés según las competencias de cada perfil que integra el EBS en el ser-saber-hacer:

- Actitudes (ser) para que los integrantes del EBS brinden trato humanizado, en contexto, con escucha activa, comportamiento ético, empático y asertivo, intercultural, sin estigma



- y sin discriminación. Esto debe incluir la materialización de los enfoques de derechos, curso de vida, género, intercultural, interseccional, étnico, diferencial.
- Conocimientos (saber) en los lineamientos técnicos nacionales, como la normativa vigente, la comprensión territorial, identificación de procesos deteriorantes y cuidadores que aporten a la comprensión de determinantes sociales de la salud, plan de cuidado, rutas integrales de atención, la notificación de eventos de interés en salud pública, el fortalecimiento de competencias en trabajo intersectorial, la participación social y el enfoque comunitario e intercultural.
  - Habilidades para el proceso elaboración, concertación y despliegue del plan de cuidado primario (hacer), de tal manera que esta primera interacción con las familias y las personas trascienda la aplicación de un instrumento y potencie la consolidación del vínculo entre el EBS con la familia.

El fortalecimiento de capacidades de los Equipos Básicos de Salud debe contemplar las habilidades blandas para promover competencias interpersonales, emocionales y sociales que permitan a los equipos interactuar de manera efectiva con las personas, familias y comunidades, gestionar emociones y tomar decisiones adecuadas en diversas situaciones. Estas habilidades, están relacionadas con la forma en que las personas se comunican, colaboran y se adaptan a los cambios.

En la operación de los EBS, las habilidades blandas juegan un papel esencial en la efectividad de las intervenciones de salud, la comunicación con los sujetos de derecho y la coordinación dentro del equipo de trabajo. Estas habilidades incluyen capacidades como la comunicación efectiva, la empatía, el trabajo en equipo, la gestión del tiempo y la resolución de problemas y la adaptabilidad y la resiliencia.

En los territorios con presencia de pueblos y comunidades étnicas, se deberán integrar los conocimientos propios y ancestrales, integrados con la cosmovisión del buen vivir de cada comunidad, propiciando un diálogo entre los saberes ancestrales y el conocimiento occidental para brindar una atención en salud efectiva. Para el caso de los pueblos indígenas se hace indispensable fortalecer los conocimientos en torno a la cosmovisión de vida, salud propia y el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural SISPI<sup>9</sup>. Para el trabajo con comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, el fortalecimiento de capacidades debe incluir conocimientos sobre sus contextos históricos y culturales, sistemas de medicina tradicional, y determinantes como el racismo, desarrollo

---

<sup>9</sup> Decreto 480 de 2025, establece y regula el Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI).



de habilidades para el diálogo intercultural y articulación respetuosa entre saberes, compromiso con la eliminación de discriminación en los servicios de salud<sup>10</sup> y otras que respondan a las realidades de cada territorio.

Las entidades Territoriales, las EPS y las IPS en el marco de la Gestión de la Salud Pública deben diseñar e implementar un plan de fortalecimiento de capacidades para los Equipos Básicos de Salud y que considere como mínimo:

- Normatividad (Leyes SGSSS)
- Plan de Cuidado Primario
- Habilidades blandas
- Registro y reporte de las atenciones y las acciones de gestión
- Resolución 3280 de 2018 (Intervenciones individuales y colectivas)
- Rutas de Atención en Salud
- Primer respondiente y primeros auxilios psicológicos.
- Lineamientos técnicos
- Vigilancia en salud pública y comunitaria
- Programas
- Otras que se consideren necesarias

Para garantizar la sostenibilidad de este proceso, las Entidades Territoriales y las Empresas Sociales del Estado responsables deberán establecer un plan de inducción y reinducción semestral, que sistematice contenidos, metodologías y responsables de los procesos de capacitación, asegurando que los EBS cuenten siempre con las herramientas necesarias para responder de manera efectiva y pertinente a las necesidades de la población.

#### **5.1.4.4 Coordinación de los EBS**

Un Coordinador(a) de Equipos Básicos de Salud cumple una función estratégica, operativa y de monitoreo, es decir, no es solo un perfil administrativo, sino que articula cuidado, territorio y gestión. La coordinación de los Equipos Básicos de Salud es responsable de orientar, articular y monitorear la implementación de los EBS en los territorios asignados, para garantizar la operación integrada de los equipos, la continuidad del cuidado y el logro de metas y resultados en salud. En este sentido, la coordinación deberá:

---

<sup>10</sup> Resolución 1964 de 2024



- Planear, organizar y monitorear el despliegue territorial de los Equipos Básicos de Salud, garantizando continuidad operativa, definición de metas, adecuada distribución de actividades según los perfiles y roles y coherencia con las prioridades en salud del territorio.
- Orientar la actuación de los equipos priorizando territorios con mayores brechas de inequidad, asegurando que las acciones contribuyan al cierre progresivo de brechas y el logro de resultados.
- Brindar orientación técnica permanente a los equipos para garantizar la aplicación y cumplimiento de los lineamientos y la normatividad vigente, así como promover el fortalecimiento de capacidades del talento humano.
- Coordinar con los actores de la red para asegurar la continuidad del cuidado, fortalecer los procesos de referencia y contrarreferencia y posicionar a los Equipos Básicos de Salud como parte integral de la red.
- Acompañar la formulación, implementación y monitoreo de los Planes de Cuidado Primario promoviendo el principio de concertación con las familias y comunidades.
- Organizar y analizar la información sobre las necesidades intersectoriales identificadas por los EBS y establecer mecanismos de comunicación y coordinación con las entidades territoriales para la respuesta en el marco de las competencias para la Gestión en Salud Pública (Artículo 9 Resolución 1597 de 2025)
- Garantizar la oportunidad y calidad del registro de la información en SI APS y el reporte de información necesaria y su uso para el análisis territorial, la toma de decisiones y el mejoramiento continuo de la implementación de equipos.
- Las coordinaciones podrán realizar las demás acciones que sean concertadas y pertinentes para el adecuado funcionamiento de los Equipos Básicos.

#### **5.1.4.5 Despliegue operativo de los Equipos Básicos de Salud**

El despliegue operativo de los Equipos Básicos de Salud requiere una planeación logística articulada que garantice su funcionamiento continuo y efectivo en los territorios asignados. Este proceso comprende la dotación inicial de dispositivos médicos e insumos básicos, la



organización del transporte y movilidad del equipo interdisciplinario, la disponibilidad de espacios físicos adecuados, así como el aseguramiento de mecanismos de comunicación y registro de información en salud.

Frente a elementos y equipos mínimos para las atenciones individuales por momento del curso de vida, resulta indispensable tener en cuenta lo establecido en la Resolución 3280 de 2018 o en las disposiciones que la modifiquen o sustituyan.

Los EBS del Plan de Intervenciones Colectivas deben contar con los elementos entregados por la ESE en el marco de las acciones colectivas contratadas con la entidad territorial, y estarán sujetos a controles generales que no representen riesgos adicionales a los razonablemente esperados y que permitan la ejecución segura y eficiente de las actividades colectivas definidas.

Cabe precisar que los dispositivos médicos otorgados mediante resoluciones de asignación de recursos del Presupuesto General de la Nación para la conformación de los EBS serán adquiridos por única vez durante el tiempo de operación de cada equipo.

Los EBS cuya fuente de financiación le permita realizar atenciones individuales deben incluir los siguientes elementos:

- Báscula digital tipo adulto - grado médico
- Tensiómetro adulto
- Fonendoscopio de dos servicios
- Equipo de órganos de los sentidos portátil
- Pulsioxímetro de dedo
- Termómetro infrarrojo (pistola)
- Cinta métrica
- Cinta métrica altura uterina
- Tallímetro
- Infantómetro
- Doppler fetal
- Pruebas rápidas para ITS
- Pruebas rápidas para tamización de riesgo cardiovascular



- Otras tecnologías en salud: según coordinación y acuerdos con las EPS y las entidades territoriales, la situación de salud del territorio y la territorialización de las actividades propias de los planes de eliminación de las enfermedades transmisibles se entregarán: pruebas rápidas para eventos de interés en salud pública, inmunobiológicos y medicamentos e insumos para el control y la eliminación de las enfermedades transmisibles. Por otra parte, y según coordinación y acuerdos con las EPS y las entidades territoriales se podrán entregar medicamentos, por ejemplo: Fórmula Terapéutica Lista para el Consumo (FTLC), sales de rehidratación, multivitamínicos, entre otros de acuerdo con las concertaciones.
- Papelería, impresiones, fotocopias, esferos, lápices y otros elementos de trabajo.
- Medios tecnológicos: Tablet o celular con conectividad podrán financiarse únicamente con recursos del Presupuesto General de la Nación destinados al fortalecimiento operativo de los Equipos Básicos de Salud financiados con esos rubros (costos indirectos). En consecuencia, no se permite su adquisición con recursos del SGP componente de Salud Pública.

#### **Medidas de Misión Médica:**

De acuerdo con la Circular Externa 031 de 2025<sup>11</sup>, las entidades territoriales deben:

- Verificar que los Equipos Básicos de Salud cuenten con la tarjeta de identificación, el emblema de Misión Médica y las demás disposiciones según la Resolución 4481 de 2012 y sus modificaciones.
- En situaciones de crisis, emergencias o desastres, coordinar la operación de los EBS a través de los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres (CRUE). Cada institución deberá garantizar el suministro del chaleco, gorra y tarjeta de identificación para el personal sanitario que integra los EBS, teniendo en cuenta la normatividad expedida en la circular externa 031 de 2025.

Para garantizar la identificación y protección del personal de salud, cada miembro del equipo debe portar:

- Chaleco blanco con detalles reflectivos y especificaciones de acuerdo con la circular 031

---

<sup>11</sup> Identificación y uso de emblemas por parte del personal sanitario, lineamiento técnico de la estrategia de "Fortalecimiento de la Gestión Territorial en Atención Primaria de Salud (APS), con respecto a los Equipos Básicos de Salud (EBS) y su operación a nivel territorial".



- Gorra blanca con el emblema de Misión Médica y especificaciones de acuerdo con la circular 031
- Tarjeta de identificación personal de Misión Médica, con foto reciente sobre fondo blanco y especificaciones de acuerdo con la circular 031

## 5.2 Conformación y adscripción de Equipos Básicos de Salud

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas, privadas y mixtas que presten servicios del nivel primario deberán integrar Equipos Básicos de Salud teniendo en cuenta las fuentes de financiación disponibles para el sector salud, lo anterior, en coordinación con las Entidades Territoriales de Salud. Esta integración busca avanzar en la materialización de la APS garantizando el cumplimiento de los principios de acceso, longitudinalidad, continuidad y enfoque integral.

Al potenciar la capacidad técnica y operativa en el nivel primario, se garantiza que la resolutivez, integralidad y la continuidad del cuidado no dependan de remisiones excesivas, sino de una respuesta inmediata y efectiva en el contexto local. Al respecto, la Circular 041 de 2025 enfatiza que la actualización de los Programas Territoriales de Reorganización, Rediseño y Modernización (PTRRMR) debe orientarse a consolidar redes integradas donde el nivel primario actúe como el eje de coordinación. Esto permite que la promoción, prevención, diagnóstico y rehabilitación se ejecuten de manera articulada, optimizando la capacidad instalada de las IPS que con sus Equipos Básicos de Salud funcionen como nodos resolutivos que acerquen la salud básica y especializada a las comunidades, reduciendo así las brechas de inequidad <sup>12</sup>.

Los EBS conformados para el fortalecimiento del nivel primario responden a que i) se organizan según la territorialización<sup>13</sup> ii) son parte integral de la red y iii) son interdisciplinarios. En este sentido, con base en los resultados de la fase de planeación, el proceso de territorialización, las necesidades de intervención y las fuentes de financiación

---

<sup>12</sup> Al respecto puede consultar la circular 041 de 2025 y su "Lineamiento para la formulación, actualización y ejecución de los Programas Territoriales de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de las Empresas Sociales del Estado - PTRRMR".

<sup>13</sup> Es importante tener presente la definición de territorialización del presente lineamiento pues este proceso no solo consiste en la organización funcional de territorios y microterritorios, sino que incluye una lectura de necesidades y comprensión territorial de las formas como se configura la salud-enfermedad-cuidado en el municipio o distrito.



disponibles, se deberá establecer la conformación y adscripción de los Equipos Básicos de Salud a los territorios. Esta definición deberá garantizar la cobertura efectiva de la población, la asignación equitativa de talento humano y la articulación de las acciones de cuidado realizadas por los EBS que desarrollarán atenciones individuales, intervenciones colectivas y acciones poblacionales articuladas en el Plan de Cuidado Primario en el marco de la Red.

Para la conformación de equipos básicos de salud se deben tener en cuenta los perfiles de referencia estipulados **en el anexo de conformación de EBS del presente documento**, el documento de directrices del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas y los procesos de concertación entre entidades.

La entidad territorial y las entidades que operan los EBS deben llevar un control claro sobre qué perfiles y/o equipos son financiados por cada fuente de financiación disponible, para asegurar el uso adecuado de los recursos según los alcances establecidos normativamente para cada una.

Adicionalmente, las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que para la garantía de la prestación de servicios y tecnologías en salud conformen EBS, podrán tomar el presente lineamiento como herramienta técnica para su conformación e implementación.

#### **Adscripción territorial:**

Los equipos conformados deben tener adscripción territorial. Esto, en coherencia con el atributo de longitudinalidad de los sistemas de salud basados en Atención Primaria en Salud, a partir del cual el personal de salud de los Equipos tiene a cargo la población de un territorio específico, con el objetivo de establecer relaciones a largo plazo enfocadas en la confianza y el conocimiento de las personas, las familias y las comunidades para brindar una atención en salud sin interrupciones que permita la oportunidad en el diagnóstico, la pertinencia en el tratamiento y la promoción y prevención, así como la participación activa en la toma de decisiones para el mejoramiento de salud, considerando sus valores y preferencias.



Con la adscripción territorial, la institución prestadora de servicios de salud que opera los EBS, en coordinación imprescindible con la entidad territorial asigna formalmente a un Equipo Básico de Salud un territorio específico para el desarrollo de sus funciones en el marco de la Red. Esto implica definir con precisión qué población, qué microterritorios y qué entornos quedan bajo la responsabilidad directa del equipo, tanto para las intervenciones colectivas, como las atenciones individuales y las acciones de gestión según el alcance del equipo.

La adscripción de equipos básicos del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas se analizará y definirá con el liderazgo de la entidad territorial, en función de la territorialización, es decir, considerando los procesos de configuración de la salud y la enfermedad, el número de territorios identificados y la cantidad de equipos conformados. Así, podrán variar su adscripción territorial a uno o más territorios y organizar su operación con enfoque territorial en los entornos de vida cotidiana.

Los Equipos Básicos de Salud Especializados podrán variar su adscripción territorial por agrupación de municipios y organizar su operación priorizando territorios rurales, dispersos y donde la oferta de servicios especializados es deficiente.

El proceso de conformación de los EBS y adscripción territorial se debe reportar al Sistema Integrado de Información para la Atención Primaria en Salud SI-APS **componente de gestión técnica** sin excepción.

## 5.3 Plan de Cuidado Primario

### 5.3.1 Marco general

Los Equipos Básicos de Salud deben garantizar el despliegue del Plan de Cuidado Primario para la atención integral en salud (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación), con integración de atenciones individuales, intervenciones colectivas o acciones poblacionales y de gestión. Esto, de acuerdo con las funciones definidas en el artículo 16 de la Ley 1438 de 2011 y a los principios mencionados en el artículo 13 de la



misma Ley, entre estos, el de interculturalidad que incluye elementos, prácticas tradicionales, alternativas y complementarias para la atención en salud<sup>14</sup>

El Plan de Cuidado Primario- PCP es el proceso dinámico que permite desde el nivel primario de atención identificar, planear, concertar, implementar, acompañar y monitorear las acciones esenciales para el cuidado integral de la salud de las personas, familias y comunidades considerando las particularidades territoriales. El PCP se construye, implementa y monitorea con ellos, en ese sentido, posibilita a las familias, sus integrantes y a las comunidades participar en el cuidado de sí, de la familia y de la comunidad en el territorio. El PCP es flexible y se adapta a las realidades sociales, culturales y ambientales que determinan la salud. En el marco de acción de los EBS el Plan de Cuidado Primario debe contener:

- La identificación, reconocimiento y análisis situacional de las familias y sus integrantes, sus capacidades, condiciones de salud, formas propias de cuidado y procesos deteriorantes de la salud.
- La concertación de logros y acciones para el cuidado a realizar, las cuales integran intervenciones colectivas, atenciones individuales, formas de cuidado cotidianas y acciones de gestión.
- El acompañamiento a las familias y el monitoreo al Plan de Cuidado Primario.

Con pueblos y comunidades étnicas, el proceso debe ser previamente concertado y adecuado socioculturalmente en coordinación con las Autoridades Tradicionales/Ancestrales del territorio.

Todos los Equipos Básicos de Salud deben concertar el Plan de Cuidado Primario con todas las familias identificadas y se debe registrar al Sistema Integrado de Información para la Atención Primaria en Salud SI-APS **componente poblacional**.

### 5.3.2 Momentos de despliegue del Plan de Cuidado Primario

Después del acercamiento comunitario en cada territorio, el EBS en conjunto con la familia realizará el despliegue del PCP que será el resultado del análisis de contexto realizado con enfoque territorial, la identificación de capacidades, condiciones de salud, formas propias

---

<sup>14</sup> Mesa Permanente de Concertación – Subcomisión de salud Acuerdos de incorporación al lineamiento de EBS “lineamiento 2”. Leticia-Amazonas, 5 y 6 de septiembre de 2024



de cuidado y procesos deteriorantes de la salud, y de los procesos de concertación entre el EBS, la familia o la comunidad.

Los momentos de despliegue no son estáticos, deben permitir la reconfiguración y concertación del PCP de acuerdo con las particularidades y novedades tanto familiares, como individuales y comunitarias y deben promover la generación de vínculos entre los EBS, las familias y las comunidades.

### **5.3.2.1 Formulación del Plan de Cuidado Primario**

#### **1. Identificación y análisis integral**

El momento de identificación y análisis constituye la fase inicial del despliegue del Plan de Cuidado Primario que no se trata de una simple encuesta, sino que tiene como propósito reconocer a las familias, sus integrantes y comunidades y comprender de forma integral y situada las dinámicas, capacidades, condiciones de salud, formas propias de cuidado y procesos que deterioran la salud con el fin de elaborar la propuesta para la concertación de logros y acciones de cuidado que hacen parte del Plan de Cuidado Primario.

Esto implica un acercamiento progresivo orientado a generar vínculos de confianza y colaboración, para que desde el primer encuentro se avance en establecer una relación horizontal y empática. En este momento es esencial, la presentación del equipo, de la familia y de los objetivos de la visita usando un lenguaje sencillo, claro y asertivo.

Es importante no perder de vista que el momento de identificación incluye la aplicación de instrumentos de valoración o tamizaje, entrevista, caracterización social y ambiental en el caso de los entornos de vida cotidiana, los demás elementos que el EBS reconoce en el diálogo con la familia o comunidad y el análisis territorial. Este proceso es sistemático, es decir, no se trata de una acción de única vez, sino de un proceso continuo que permite definir y, si es necesario, ajustar el Plan de Cuidado cuando cambian las situaciones, intereses, prioridades o emergen nuevas necesidades.

El momento de Identificación en el Plan de Cuidado Primario debe ser realizado por lo menos por una dupla conformada por un (1) auxiliar y un (1) profesional.



Una vez realizado el momento de identificación en el primer encuentro con la familia o comunidad se debe verificar que todos los integrantes en el hogar hayan recibido todas las atenciones según el momento de curso de vida, en caso contrario, las intervenciones en salud que sean posibles de ejecutar en el momento deben ser implementadas y registradas.

- Reconocimiento y atención de alertas: una alerta en salud se entiende como aquella situación o condición que representa un riesgo inminente para la vida o la salud de personas, familias o comunidades, que no está siendo atendida o que requiere atenciones o acciones adicionales e inmediatas.

Si en el encuentro del EBS con la persona, la familia o comunidad se identifican alertas (**Ver anexo de apoyo para identificación de alertas**) se deben movilizar acciones sectoriales y/o intersectoriales inmediatas de prevención, atención o protección que reduzcan el impacto sobre la salud y la vida.

Según la situación, la organización operativa del EBS y las competencias de cada perfil, se deberán brindar primeros auxilios, estabilización de la o las personas afectadas o gestionar la atención por urgencias en el servicio intramural (incluyendo el traslado mediante los mecanismos establecidos). Tener presente que lo anterior puede requerir al EBS y a la familia la activación de redes de apoyo comunitarias e institucionales. Según la gravedad de las circunstancias, el proceso de identificación será aplazado en ese momento. Es importante que, durante las siguientes semanas, el EBS realice seguimiento a la atención de la o las personas atendidas por urgencias, así como acompañamiento en la recuperación una vez se encuentre de regreso en el hogar.

Cuando un territorio se encuentra bajo alerta sanitaria o riesgo alto por un evento priorizado los equipos pueden ser reorientados temporalmente para apoyar acciones críticas de salud pública. En el momento de estabilización los equipos básicos de salud continúan con las acciones de cuidado territoriales de acuerdo con la operación establecida.

- El análisis integral debe desarrollarse en espacios periódicos **por territorio** realizados por el EBS que deben permitir:
  1. Retomar el análisis territorial que permite una comprensión situada y cercana a las realidades familiares y comunitarias.

2. Analizar y comprender los procesos deteriorantes que necesiten ser transformados y/o mitigados y las condiciones de salud de las familias o comunidades
3. Analizar y comprender las capacidades y procesos de cuidado individuales, familiares y comunitarios que necesiten ser potenciados y que permitirán a la familia y a las personas el alcance de logros.
4. Determinar la prioridad en salud de la familia y de sus integrantes. Para esto, se debe tener en cuenta lo siguiente:

**Prioridad alta:** hace referencia a las familias o sus integrantes y comunidades que presentan una situación o condición que debe ser atendida en un tiempo menor a 1 mes, pero que no es una alerta, según los siguientes criterios de referencia:

- Familias después de la atención o estabilización de la alerta.
- Dinámica Familiar: Familias con riesgo de disfunción familiar severa (Apgar familiar- disfunción severa) o con sobrecarga intensa del cuidador (Zarit sobrecarga intensa) sin atención sectorial e intersectorial.
- Curso de Vida: Gestantes, el binomio madre-hijo durante los primeros 40 días, niños y niñas menores de un año
- Situación o condición clínica: niños y niñas menores 5 años con malnutrición (desnutrición aguda, riesgo de desnutrición aguda, exceso de peso o anemia), personas con diagnóstico de enfermedades no transmisibles (ENT) o en salud mental sin tratamiento o control, personas con resultados de citología positivos sin seguimiento, personas con sintomatología de enfermedades transmisibles que requieren atención y no han sido atendidas y personas con signos de depresión o ansiedad según resultados de tamizajes.
- Situación o condición Social: Niños, niñas y adolescentes con riesgo de violencias, desescolarizados o con consumo de sustancias psicoactivas (SPA), personas mayores que viven solas sin red de apoyo, personas sin aseguramiento en salud, personas con consumo de sustancias psicoactivas que de manera voluntaria solicitan atención (según resultados de tamizaje).
- Situación o condición Ambiental: Comunidades con exposición directa a asbesto: Industrias de construcción, demolición, talleres u otros que usen o dispongan de material de asbesto; comunidades o familias con reservorios o criaderos cerca de la vivienda o dentro de ella que pueden favorecer la presencia de vectores transmisores de enfermedades en zonas de riesgo.



Nota: En caso de que la familia reporte que alguno de sus integrantes que no se encuentra en el momento de la identificación pertenece a una prioridad alta, se debe programar una nueva visita en donde la persona esté presente y reciba la atención en salud por parte del equipo.

**Prioridad media:** Hace referencia a las familias o sus integrantes y comunidades que presentan una situación o condición que debe ser atendida entre 1 y 2 meses

- Familias con riesgo de disfunción familiar moderada (Apgar familiar-disfunción moderada) sin atención sectorial e intersectorial.
- Familias con prácticas en el entorno hogar que ponen en riesgo la salud de sus integrantes.
- Personas sin valoración integral del desarrollo y detección temprana por momento del curso de vida.
- Personas con diagnóstico de enfermedades no transmisibles, incluye trastorno mental, en tratamiento.
- Persona con riesgos o afectaciones en salud mental debido a la vivencia de algún tipo de violencia, sin atención.

**Prioridad Baja:** Hace referencia a las familias o sus integrantes y comunidades que no presentan situación o condición de prioridad alta o media, pero que deben ser atendidas como mínimo entre los 3 a 4 meses siguientes al primer encuentro para el acompañamiento y fortalecimiento de capacidades de cuidado de la salud.

Es importante aclarar que la construcción y concertación del Plan de Cuidado Primario **es para todas las familias y comunidades** del territorio, NO SOLO para las clasificadas en prioridades altas y medias pues es fundamental hacer acompañamiento tanto a los procesos de recuperación de la salud como a los procesos de mantenimiento de la salud. La priorización tiene como fin dar elementos para organizar la respuesta en términos de tiempos y movimientos del EBS. Además, el equipo podrá identificar otras prioridades diversas según las particularidades de la familia, sus integrantes y comunidades y el contexto territorial.

5. Definir la periodicidad de los servicios y encuentros del EBS con las familias y comunidades, ya sea del equipo en su completitud o por un perfil en específico.
6. Elaborar la propuesta de logros y acciones de cuidado según el análisis: El EBS inicialmente deberá proponer acciones de cuidado de sí según el momento de curso



de vida, de la familia y de la comunidad en el territorio a concertar con las familias, sus integrantes y comunidades para potenciar o mejorar sus resultados en salud. Estas propuestas, serán concertadas con las personas y familias o comunidades y deberán considerar todas las posibilidades de acción que, en coordinación con los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud y con otros sectores. Todos los procesos cuidadores y deteriorantes, así como las prioridades y condiciones de salud identificadas deben llevar a una acción, ya sea de fortalecimiento de capacidades para el cuidado y/o de gestión del riesgo en salud.

7. Diseñar la propuesta con los logros y las acciones de cuidado y el tiempo definido para su desarrollo y cumplimiento.

## 2. Concertación de logros y acciones de cuidado

El Plan de Cuidado Primario se consolidará a partir de la concertación de logros y acciones de cuidado. Para lo anterior, se debe establecer un diálogo que permita recoger e integrar las propuestas para potenciar aquello que la familia y sus integrantes o comunidades estén dispuestos a fortalecer, a transformar para cuidar la salud, y para concretar las atenciones e intervenciones en salud necesarias. Esto acorde a su cultura, contexto, historia y particularidades.

Los logros se entienden como aquellos cambios, transformaciones o fortalecimientos deseados por la familia sus integrantes o la comunidad en concertación con el EBS. Los logros son el resultado de la implementación de acciones de cuidado. Deben ser concretos, observables y alcanzables en un periodo de tiempo determinado y concertado con la familia a luz de sus intereses y teniendo en cuenta el ejercicio de priorización.

Los logros constituyen el eje central del proceso de cuidado, ya que representan los avances concretos que aportan directamente al logro de resultados en salud. Son elemento fundamental del Plan de Cuidado, porque reflejan los cambios reales en capacidades, prácticas y condiciones de salud, orientan las decisiones del equipo y permiten evidenciar los resultados de las intervenciones.

Por su parte, las acciones de cuidado incluyen: i) las actividades puntuales, sencillas y cotidianas que la familia y las personas están dispuestas a realizar o a transformar como aporte a los logros en salud. Deben partir de las capacidades, posibilidades y prácticas de cuidado de las personas, familias y comunidades, así como de las vulnerabilidades o



condiciones de salud y ii) las atenciones, intervenciones y servicios de salud individuales, colectivos y de gestión a cargo del EBS.

Desde las habilidades interculturales que vaya desarrollando el talento humano de los EBS, es importante reconocer cómo los saberes y prácticas de las familias y comunidades, consideradas como capacidades, contribuyen en los procesos de cuidado, por lo cual es necesario poner en diálogo los distintos conocimientos técnicos y comunitarios o populares, para el establecimiento conjunto de logros. Aunque para el EBS algunas prácticas tradicionales puedan resultar contradictorias a sus creencias culturales o a las prácticas técnicas (científicas) en salud, el EBS debe reconocerlas e integrarlas armónicamente en el PCP como prácticas que benefician el cuidado de la salud familiar y comunitaria.

A continuación, se presentan algunos ejemplos de concertación de logros y acciones de cuidado:

<b>Logro</b>	<b>Acciones de cuidado</b>
La familia mejora la comunicación entre sus miembros	<ul style="list-style-type: none"><li>-Contarle a un miembro de mi familia cómo me siento</li><li>-Pedir ayuda a alguien de mi familia cuando lo requiero</li><li>-Distribuir las tareas del hogar de manera dialogada</li><li>-Una vez por semana compartir un espacio de ocio en familia.</li><li>-Atención básica de orientación familiar por profesional en psicología.</li><li>-Vincular a los miembros de la familia en la Red comunitaria de vecinos.</li></ul>
La familia desarrolla la capacidad para mantener la vivienda limpia y ordenada	<ul style="list-style-type: none"><li>-Barrer, trapear y desinfectar el piso y superficie tres veces a la semana</li><li>-Reorganizar los muebles y enseres del hogar facilitando la ventilación y la iluminación natural</li><li>-Hacer educación en salud por parte del EBS en hábitos de higiene personal, del hogar y del entorno</li><li>-Vincularse a la red de defensa y conservación comunitaria del humedal</li></ul>
La familia fortalece las prácticas de cuidado para mantener la tensión	<ul style="list-style-type: none"><li>-Fortalecer los músculos conforme a la guía entregada por la auxiliar de enfermería</li><li>-Evitar poner el salero en la mesa</li></ul>

arterial controlada de su(s) integrantes	<p>-Revisar el etiquetado frontal de advertencia en los productos comestibles ultra procesados (embutidos, paquetes, enlatados) y reducir el consumo de estos productos cuando tengan "Exceso en sodio".</p> <p>-Realizar la atención por medicina general para el control del riesgo cardiovascular</p> <p>-Participar en el grupo comunitario que hace actividad física 3 veces por semana</p>
Se fortalece la capacidad para redistribuir las labores de cuidado en el hogar	<p>-Distribuir las tareas del hogar de manera dialogada asegurándose que todos los integrantes tengan responsabilidades concretas</p> <p>-Educación para pautas de crianza en igualdad de género</p>

Nota: una acción de cuidado puede aportar a la obtención de varios logros.

Los logros y acciones de cuidado del PCP se registran en el sistema de información **SI APS** para el acompañamiento sistemático.

Los logros se organizarán en categorías en el Plan de Cuidado Primario. Categorizar los logros significa organizar o clasificar los logros que se acuerdan con la familia sus integrantes o comunidades dentro del conjunto de categorías previamente definidas (**Ver anexo de orientaciones para la categorización y valoración de logros del plan de cuidado primario**). No es crear nuevos logros, sino ubicar cada logro dentro de la categoría que mejor representa el tipo de cambio o transformación que se está buscando de manera concertada.

El cumplimiento de los logros concertados en el Plan de Cuidado Primario contribuye a obtener resultados en salud para las familias sus integrantes y comunidades, por ello es importante poder vincular los logros concertados con el resultado en salud al que le aporta.

El momento de concertación implica que el Equipo:

- Inicie resaltando las capacidades y prácticas de cuidado de la salud de la familia y las personas o comunidades
- Indague si identifica algunas otras prácticas de cuidado que al Equipo se le hayan pasado



- Si se realizaron acuerdos durante el momento de identificación, realice el seguimiento a los acuerdos
- Socialice los resultados del análisis posterior a la identificación (dinámicas, capacidades, condiciones de salud, formas propias de cuidado y procesos que deterioran la salud).
- Indague con la familia, persona o comunidad si hay alguna nueva condición o situación de salud que se deba tener en cuenta y de ser necesario, actualice la identificación.
- Indague con la familia o comunidad los logros y acciones de cuidado de la salud que ellos y ellas proponen
- Presente las propuestas de logros y acciones de cuidado diseñadas por el EBS integrando lo propuesto por la familia o comunidad, incluyendo la temporalidad.
- A partir de lo concertado, defina con la familia, los logros que espera alcanzar (qué) y las acciones para el cuidado (cómo)
- Indague con la familia o comunidad si quiere ajustar, aclarar dudas o agregar algo más a lo presentado
- Explique, de acuerdo con el plan de cuidado concertado, cómo se vinculan o entran los diversos perfiles del EBS y servicios que apliquen.
- Finalmente, haga retroalimentación, pídale a la familia o comunidad que de manera sencilla resuma los acuerdos para verificar que todos hayan comprendido lo definido.
- Entregue a la familia el Plan de Cuidado concertado.

Se sugiere que la propuesta inicial de plan de cuidado sea construida con todo el EBS que participa en el espacio periódico de análisis, con el liderazgo del profesional en enfermería. En cuanto a la concertación, se sugiere que sea la dupla (1 técnico y 1 profesional) que participó en el momento de identificación quien lidere este momento con la familia, aunque se pueden vincular otros perfiles del equipo que se consideren necesarios.

### **5.3.2.2 Implementación del Plan de Cuidado Primario**

Con el Plan de Cuidado Primario concertado con la familia o comunidad los Equipos Básicos de Salud realizarán las atenciones, intervenciones o acciones necesarias para la garantía del derecho a la salud y realizarán el acompañamiento para el alcance de los logros en salud. Lo anterior, implica una coordinación permanente con los integrantes del SGSSS, con la comunidad y los demás sectores en el marco de la Red Integral e Integrada de Salud en el territorio.



Implementar el PCP es imprescindible en la operación de los EBS, de lo contrario la identificación de las condiciones de salud, de los procesos cuidadores y deteriorantes y de las capacidades no tendrá sentido, pues no se habrá aportado a los resultados en salud. Además, la confianza entre el EBS y la familia y las comunidades no podría consolidarse.

### **1. Acciones de cuidado a cargo de los Equipos Básicos de Salud**

Las acciones de cuidado a cargo de los EBS corresponden a todas las atenciones, intervenciones y servicios que se deben entregar para el cuidado de la salud de las personas, familias y comunidades en el marco del nivel primario de atención. Estas deben tener el enfoque de continuidad, pertinencia y resolutivez en todo momento.

La frecuencia de los encuentros con las familias o comunidades debe organizarse de acuerdo con las prioridades, condiciones de salud, procesos de cuidado y los acuerdos y logros definidos en el Plan de Cuidado Primario.

Los equipos básicos de salud en el marco de la red deben tener la posibilidad de prestar cualquier servicio, atención e intervención definida en la normatividad vigente para el sector salud de acuerdo con su conformación y alcance en el marco del nivel primario de atención. A continuación, se presentan ejemplos de las diversas posibilidades que el EBS en concertación con la familia y la comunidad podrá incluir en los Planes de Cuidado Primario

#### **Atenciones/intervenciones individuales.**

Los EBS desarrollan las atenciones definidas en las Rutas Integrales de Atención en Salud (Resolución 3280 de 2018) y todas las intervenciones posibles en el marco del nivel primario de atención de la Red Integral e Integrada y de acuerdo con las fuentes de financiación correspondientes.

Se deben contemplar las acciones de valoración integral que incluyen la valoración del componente familiar, detección temprana de alteraciones, protección específica y educación para la salud, información y comunicación en salud, las cuales se deberán concertar con las familias de acuerdo con la prioridad identificada. Estas intervenciones se podrán realizar en los entornos hogar, comunitario, educativo, laboral e institucional en coordinación y complementariedad con los dispuesto en el Plan de Salud Pública de intervenciones Colectivas de cada entidad territorial.



Según los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud, el EBS prestará servicios de salud en las tres modalidades de prestación de servicios: extramural, telemedicina e intramural.

También incluye acciones prioritarias que el equipo básico realizará en situaciones que ameriten la atención de primer respondiente, inicial de urgencias y primeros auxilios psicológicos; y, de acuerdo con la organización de servicios de salud en el territorio, incluye intervenciones individuales que el EBS podrá realizar durante las visitas, programar en jornadas de salud o que gestionará con los prestadores de servicios de salud (agendamiento), en el marco de las Redes Integrales e Integradas de Salud del territorio. Esto dependerá de la situación de salud identificada y del nivel de complejidad de los servicios que las personas requieran.

La educación en salud dirigida a la familia y comunidades se debe dar como un proceso pedagógico (dialógico e intencionado) de construcción de conocimiento y aprendizaje que, mediante el diálogo de saberes, busque construir o fortalecer el potencial de las personas, familias, comunidades y organizaciones para promover el cuidado de la salud y transformar los procesos que deterioran la salud.

#### - **Intervenciones Colectivas.**

Todos los EBS podrán desarrollar intervenciones en los entornos hogar, comunitario, educativo, laboral e institucional, según las capacidades, prioridades o necesidades identificadas y en permanente complementariedad y coordinación con el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas de la entidad territorial de salud. Su despliegue, entre otros implica: i) reconocer el contexto territorial y las características de la población, así como las necesidades de adaptabilidad y pertinencia cultural de las intervenciones; ii) reconocer el entorno de vida cotidiana iii) identificar y concertar las intervenciones colectivas necesarias a desplegar en los entornos; y, iii) implementar de manera complementaria y coordinada con las intervenciones individuales y poblacionales.



En este sentido, según acuerdos territoriales realizados por las Entidades Territoriales, los EBS realizarán, activarán o gestionarán la participación de las familias y comunidades en intervenciones colectivas. Dentro de ellas:

- Caracterización social y ambiental
- Información en salud
- Educación para la salud
- Conformación y fortalecimiento de redes familiares, comunitarias y sociales
- Tamizaje
- Prevención y Control de Vectores
- Zonas de Orientación y centros de escucha
- Rehabilitación Basada en Comunidad
- Suministro de medicamentos o insumos de uso masivo para la prevención, control o eliminación de Eventos de Interés en Salud Pública

- **Intervenciones poblacionales y gestión intersectorial**

Durante el proceso de identificación y acompañamiento a las familias, el Equipo Básico de Salud reconoce procesos determinantes sociales de la salud que deben ser transformados y necesidades que trascienden el sector sanitario y que, por tanto, requieren la acción coordinada con otros sectores. Estas intervenciones y gestiones se registran en el Plan de Cuidado Primario como acciones cuidadoras con el fin de disponer de un insumo sistematizado para la gestión intersectorial y el seguimiento.

El desarrollo de intervenciones poblacionales y de gestión intersectorial debe mantener procesos articulados en todo momento con los procesos transversales de la Gestión en Salud Pública y desarrollarse en coordinación con las entidades territoriales de salud en el marco de la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública (Resolución 1597 de 2025) y de las disposiciones de la Resolución 3280 de 2018.

Para fortalecer la gestión intersectorial, en el marco del alcance de los EBS, se debe contar con un consolidado actualizado de la oferta de servicios y programas sociales en el territorio y de los criterios de inclusión, que permita identificar las instituciones, entidades o actores con capacidad de respuesta frente a las necesidades intersectoriales detectadas. Este consolidado facilita la orientación a las familias hacia las rutas de atención adecuadas y optimiza la articulación con las instituciones competentes.



El EBS debe analizar y hacer seguimiento periódico a la información sobre las necesidades intersectoriales con el liderazgo de la coordinación de los Equipos Básicos de Salud. Los resultados de este análisis deben ser presentados en los espacios de coordinación intersectorial del territorio y gestionados en el marco de las competencias de las entidades territoriales para la Gestión en Salud Pública (Artículo 9 Resolución 1597 de 2025)

Teniendo en cuenta lo anterior, los EBS aportarán con:

- Analizar condiciones sociales, ambientales, educativas, de alimentación, convivencia y cuidado que requieren la intervención de otros sectores
- Registrar y priorizar necesidades intersectoriales detectadas en el marco del PCP.
- Orientar, derivar y acompañar a las familias para el acceso a servicios, atenciones, recursos o programas sociales y de bienestar de otros sectores.
- Activar, gestionar y acompañar rutas intersectoriales según necesidad
- Hacer seguimiento a las derivaciones a servicios sociales y de bienestar.
- Establecer mecanismos de comunicación y coordinación con instituciones de los sectores a través de la coordinación de los equipos
- Cuando sean convocados por la entidad territorial, aportarán a la construcción y gestión de políticas, programas, proyectos y estrategias del sector y otros sectores que aporten al cuidado de la salud y a la generación o modificación de las condiciones para el cuidado de la salud en los entornos.
- Generar la comunicación o interlocución que propicien espacios de diálogo entre las comunidades y los actores institucionales de los diferentes sectores; así como, metodologías y herramientas que faciliten la participación, deliberación, la concertación y la construcción conjunta de propuestas para lograr resultados en salud.
- La identificación, el fortalecimiento, la construcción, la consolidación y socialización de otras formas de comprender y cuidar la salud familiar y comunitaria, validadas técnica y socioculturalmente. Así como, de otras maneras para la promoción de prácticas de cuidado, la identificación de riesgos o barreras de acceso y mecanismos para superarlas, etc.

Todas las atenciones, intervenciones y acciones de cuidado implementadas por los equipos básicos de salud en el marco del PCP se registran en el sistema de información SI APS, el RIPS e Historia clínica según corresponda.



## 2. Acciones de cuidado a cargo de la familia o comunidad

Estas acciones son entendidas como aquellas actividades puntuales, sencillas y cotidianas que los integrantes de las familias y de las comunidades están dispuestos a realizar o a transformar para obtener los logros en salud. Estas acciones se basan en las capacidades, posibilidades y saberes propios de los hogares y comunidades para potenciar procesos de cuidado y transformar o mitigar procesos que deterioren la salud. Deben ser implementadas en los tiempos, espacios y modalidades previamente concertadas con el Equipo Básico de Salud.

También se refieren a la participación y corresponsabilidad de la familia y la comunidad en las estrategias de cuidado promovidas por el EBS, reconociendo su rol fundamental como actores clave en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el acompañamiento de los procesos de atención. De esta manera, se fomenta un trabajo colaborativo que fortalece las capacidades, la autonomía, el compromiso y la sostenibilidad del PCP.

### 5.3.2.3 Monitoreo del Plan de Cuidado Primario

Es fundamental realizar el monitoreo a la implementación del Plan de Cuidado Primario. Para ello, el proceso podrá incluir dos espacios, uno directamente con la familia y otro espacio de evaluación interna del EBS.

En una visita, el EBS en conjunto con la familia actualizará si es necesario la identificación de procesos cuidadores y deteriorantes, capacidades y las condiciones de salud familiares y personales, se identificarán nuevas capacidades y prácticas, se desarrollarán acciones inmediatas, se reclasificará la prioridad si es necesario, se verificará el cumplimiento de las acciones de cuidado acordadas y el alcance de logros concertados con la familia.

El EBS en cada encuentro realizará el monitoreo del cumplimiento tanto de las acciones de cuidado que la familia y las personas se comprometieron a realizar, como de las atenciones, intervenciones y servicios de salud individuales, colectivos y de gestión a cargo del EBS.

El acompañamiento lo realizará con mayor frecuencia el-la auxiliar en enfermería o en salud pública o auxiliar promotor, quien deberá estar atento-a a novedades en salud de las familias o comunidades y en contacto permanente con ellas; será el perfil encargado de



generar nuevas alertas y convocar al resto del EBS para que desarrollen acciones de respuesta.

Se debe hacer un acompañamiento para avanzar hacia el alcance de cada uno de ellos. Para esto, se propone una escala de valoración que le permite al Equipo Básico De Salud hacer un monitoreo, que facilita ver cuáles tienen mejores avances y cuáles requieren refuerzo, acompañamiento adicional o intervenciones específicas.

Los resultados de la valoración de logros guían al equipo de salud en la priorización de acciones, ajustes del plan de cuidado y necesidades de gestión.

#### ESCALA PARA LA VALORACIÓN DE LOGROS\*

Valoración del Logro	Descripción
<b>Etapa inicial (Rojo)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>-La familia, sus integrantes o comunidad reconoce y reflexiona sobre el cuidado (de sí, de su familia, comunidad y del entorno)</li><li>- La familia sus integrantes o comunidad reconoce sus capacidades para el cuidado (de sí, de su familia, de su comunidad y de su entorno)</li><li>- Las acciones de cuidado concertadas se encuentran en etapa inicial de implementación, evidencia de intentos iniciales o primeras acciones.</li><li>-Necesidad de apoyo continuo del EBS para avanzar.</li><li>-Existen barreras o condiciones que dificultan iniciar el proceso.</li></ul>
<b>Etapa intermedia (Naranja)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- La familia, sus integrantes o comunidad inicia el fortalecimiento o transformación de las formas de cuidado</li><li>-Buena parte de las acciones de cuidado se ha cumplido</li><li>-Se observan motivaciones o capacidades emergentes</li><li>-Hay cambios visibles en prácticas, comportamientos o condiciones.</li><li>-Las barreras son menores o manejables</li><li>-Cumplimiento parcial o mayoritario del logro acordado.</li><li>-Seguimiento con menor intensidad por parte del EBS.</li></ul>
<b>Logro consolidado (Verde)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- La familia, sus integrantes o comunidad mantienen el fortalecimiento o transformación de las formas de cuidado</li><li>-El logro acordado se obtiene completamente</li><li>- Las acciones de cuidado se ha cumplido de manera sostenida.</li></ul>



	<ul style="list-style-type: none"><li>-La familia demuestra autonomía para mantener el logro.</li><li>-Los cambios se están consolidando y son consistentes.</li><li>-Menor dependencia del acompañamiento institucional.</li></ul>
--	---

\*Ver anexo de orientaciones para la categorización y valoración de logros del plan de cuidado primario

## 5.4 Gestión de la Información

La gestión de la información constituye un eje estratégico para el fortalecimiento del Sistema de Salud en Colombia, dado que permite la planeación, el seguimiento, la evaluación y la toma de decisiones basadas en datos confiables. En este contexto, el Ministerio de Salud y Protección Social ha avanzado en el desarrollo Sistema Integrado de Información de la Atención Primaria en Salud -SI APS orientado a integrar, organizar y garantizar el uso adecuado de la información en cumplimiento de la Ley Estatutaria de Salud y la Ley de Habeas Data, para lo cual, se adoptaron medidas técnicas de seguridad informática orientadas a la prevención, detección y mitigación de riesgos asociados a hackeos, ciberataques o accesos no autorizados. Estas medidas incluyen, entre otras, el uso de sistemas de cifrado de la información, cortafuegos, monitoreo permanente de la infraestructura tecnológica, copias de seguridad y planes de contingencia ante incidentes de seguridad. La implementación de estas acciones no solo responde a un requerimiento tecnológico, sino que constituye una obligación legal y ética derivada de la naturaleza sensible de los datos en salud.

### 5.4.1 Componentes del Sistema Integrado de Información de la Atención Primaria en Salud SI-APS

Siendo el SI-APS un sistema integrado, parte de la información se captura directamente desde la plataforma y, otra parte de la información, se toma de otras fuentes oficiales que llegan a la Bodega de Datos SISPRO, en tal sentido, todas las fuentes continúan su operación de manera rutinaria, bajo la normatividad que las ampara, así las cosas, la gestión de la información derivada de la operación de los Equipos Básicos de Salud debe ser reportada al Sistema Integrado de Información de la Atención Primaria en Salud SI-APS y las fuentes oficiales rutinarias, en sus tres componentes y por cada actor en el marco de sus competencias así:

- **Componente poblacional:** Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), harán uso de la herramienta poblacional de SI-APS que permite la captura y



tratamiento de datos de la identificación y el Plan De Cuidado Primario. La información de atenciones y de eventos de interés en salud pública que sean identificados por los equipos, entendiendo que los equipos hacen parte del personal de la IPS, deben surtir el flujo habitual que han tenido mediante RIPS, Sivigila, PAIWEB, RUAD ND, y demás fuentes oficiales, prestando especial atención a la codificación de los RIPS en la modalidad de atención (código 03: extramural domiciliaria) para diferenciar lo que resuelve en sitio el equipo y lo que deriva al prestador primario o complementario.

Las EPS tienen acceso a este componente para consultar la información de identificación y planes de cuidado de sus afiliados y para registrar la continuidad de la Atención Primaria en Salud, para lo cual deben autorizar uno o varios usuarios institucionales para tal fin, lo anterior, se realiza haciendo uso del anexo técnico SEG500USIN, aplicación 45, perfil 1278.

Los demás actores, tienen acceso a los mecanismos de monitoreo poblacional desde el observatorio en el micrositio SI-APS y según la evolución del sistema, posteriormente mediante nuevas opciones en sus menús.

- **Componente de gestión técnica:** Las IPS que conforman equipos deben registrar las personas contratadas para los equipos y sus datos relacionados, así mismo, deben configurar los equipos, asociando los perfiles que lo conforman y realizando la adscripción territorial. Para lo anterior, deben ingresar al micrositio <https://www.sispro.gov.co/SI-APS/Paginas/SI-APS.aspx>. Es importante tener en cuenta que, para esta actividad, la IPS debe identificar la fuente de financiación, así:
  - **Transferencias nacionales:** Los contratistas deben ser reportados por PISIS Anexo Técnico SER124DREC o por el mecanismo que este Ministerio determine para complementarlo o reemplazarlo.
  - **Sistema General de Participaciones:** El personal de salud debe ser reportado directamente en la plataforma SI-APS mediante el componente de gestión de contratistas y gestión de equipos. Este componente se encuentra en fase de análisis y desarrollo para evolucionarlo en el SI-APS, por lo tanto, los actores deben estar atentos al micrositio donde se informan los mismos y se realizan las convocatorias a capacitación.



- **Otras fuentes de financiación (Esfuerzo propio, Recursos EPS, entre otras):** El personal de salud debe ser reportado directamente en la plataforma SI-APS mediante el componente de gestión de contratistas y gestión de equipos.

En este componente, las Entidades Territoriales de orden Departamental, Distrital y Municipal deben registrar en SI-APS la territorialización para la operación de la salud pública según su competencia, así como el censo de establecimientos para Inspección, Vigilancia y Control (IVC), para lo cual deben autorizar un usuario institucional para tal fin, lo anterior se realiza haciendo uso del anexo técnico SEG500USIN, aplicación 45, perfil 1279 (Departamento), 1280 (Distrito) o 1281 (Municipio). El censo de establecimientos IVC será de utilidad para que los equipos asocien las atenciones que realicen en entornos diferentes al Hogar (ejemplo: escuelas, centros penitenciarios, entre otros).

Es importante resaltar que, para la organización de la respuesta en salud, los diferentes actores deben realizar espacios de concertación para optimizar los recursos.

- **Componente financiero:** Las IPS que conforman equipos con recursos de transferencias nacionales, deben reportar los anexos técnicos SER124SREC y SER124DREC mediante la plataforma PISIS (12 soportes PDF y 1 archivo plano), salvo los casos en que los recursos fueron girados a la Entidad Territorial, quien asume la responsabilidad del reporte.

Las Entidades Territoriales de orden Departamental, Distrital y Municipal deben monitorear el reporte de soportes documentales y datos que realizan las IPS de su jurisdicción mediante [web.sispro.gov.co](http://web.sispro.gov.co), Transferencias nacionales.

El componente financiero se encuentra en fase de análisis para evolucionarlo hacia un seguimiento más completo a la financiación de la gestión integral de la salud pública, por lo que los actores deben estar atentos al micrositio donde se informan los mismos y se realizan las convocatorias a capacitación.



#### 5.4.2 Micrositio SI-APS

En el micrositio <https://www.sispro.gov.co/SI-APS/Paginas/SI-APS.aspx>, es el único medio público oficial para informar sobre aspectos del sistema de información, en él se encuentra el botón de acceso al SI-APS para los actores que deben registrar información, un banner con información que permanente actualización sobre aspectos importantes como fechas capacitaciones, el observatorio con diferentes tableros de control destinado a todos los actores del sistema y la sección de los 3 componentes que tiene para cada uno material como manuales, videotutoriales, infografías, adicionalmente, los datos de contacto de la mesa de ayuda.

#### 5.4.3 SI-APS y cargue masivo

El SI-APS es una plataforma desarrollada, soportada y financiada por el Ministerio de Salud y Protección Social, lo cual garantiza que todos los actores del sistema de salud puedan hacer uso de ella de manera gratuita, equitativa y en igualdad de condiciones que favorecen el uso racional de los recursos públicos, no obstante, se mantiene el reporte de datos masivos o agregados, pero se hace un llamado de atención especial a las Entidades que cuentan con sistemas o desarrollos propios, que estos deben ser actualizados según la evolución del sistema nacional en sus tres componentes y deben garantizar la infraestructura tecnológica segura, mecanismos de autenticación, trazabilidad de accesos y registro de actividades, que permitan identificar y auditar el uso de la información en caso de incidentes o inconsistencias, así como las políticas de protección frente a accesos no autorizados, ya que son elementos fundamentales para garantizar la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información, en concordancia con la Ley de Habeas Data y las directrices de la Superintendencia de Industria y Comercio.

### **5.5 Evaluación, monitoreo y seguimiento a la implementación de Equipos Básicos de Salud y toma de decisiones para la mejora**

En el marco de las Redes Integrales e Integradas de Salud con enfoque territorial, los Equipos Básicos de Salud (EBS) acercan las acciones para el cuidado a las personas, familias y comunidades a partir del Plan de Cuidado Primario. Los EBS deben contribuir al



logro de resultados de impacto relacionados con la morbilidad evitable, así como al incremento en las coberturas y acceso vinculados a las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS). Para este fin, resulta imperativo el uso adecuado y transparente de los recursos asignados, garantizando que su ejecución se realice en estricto cumplimiento de los lineamientos técnicos y operativos emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, lo cual constituye la base para la sostenibilidad y efectividad de la atención primaria en el territorio.

Para garantizar la rigurosidad en este proceso, el esquema de supervisión se divide en dos ámbitos diferenciados y complementarios:

#### **5.5.1. Evaluación y monitoreo integral de la contribución a la salud pública**

Este componente se concibe como una acción integral orientada a medir la contribución de los EBS en los determinantes sociales y los indicadores de salud del territorio. Su objetivo es evidenciar cómo la intervención de los equipos transforma la realidad sanitaria local, sirviendo como guía para la toma de decisiones y la mejora constante de la operación. Para ello, es mandatorio el registro de información en los tres componentes del Sistema Integrado de Información de la Atención Primaria en Salud (SI-APS), permitiendo un análisis que trascienda la simple operatividad y se enfoque en el bienestar poblacional.

El proceso de evaluación y monitoreo de los EBS trasciende el control administrativo para consolidarse como el motor de mejora continua en las instituciones operadoras y entidades territoriales. Bajo el ciclo PHVA (Planear, Hacer, Verificar, Actuar), este enfoque garantiza que la gestión de los equipos se base en la toma de decisiones informada y estratégica, orientada a la excelencia operativa:

- **Planificar (P):** Establecer objetivos y metas de impacto en salud, definiendo con precisión los procesos y recursos necesarios para responder a las realidades del territorio.
- **Hacer (H):** Desplegar la operación técnica y administrativa con rigor, ejecutando las actividades diseñadas para transformar las condiciones de salud de la población.
- **Verificar (V):** Evaluar críticamente el desempeño frente a las metas establecidas. Esta fase es la fuente de inteligencia de datos que permite identificar brechas, desviaciones y cuellos de botella en la prestación del servicio.
- **Actuar (A):** Ejecutar intervenciones correctivas y preventivas inmediatas. Es el momento decisivo donde se ajusta y optimiza la operación de los EBS,



transformando los hallazgos de la verificación en acciones concretas que garanticen la calidad y la efectividad en el cuidado de la salud.

En coherencia con el numeral 5.1.3 (Planeación orientada a resultados) de este lineamiento y las competencias de los integrantes del SGSSS dentro de las Redes Integrales e Integradas de Salud, el monitoreo a los Equipos Básicos de Salud (EBS) se centrará en analizar el cumplimiento de las metas establecidas en términos de personas y hogares atendidos, visitas realizadas, intervenciones realizadas en los territorios adscritos y su contribución efectiva al logro de:

-Los indicadores de morbilidad y mortalidad en los territorios

-Resultados de cobertura y de acceso. Bajo la lógica del Plan de Cuidado Primario (PCP), este análisis priorizará los indicadores de la Resolución 3280 de 2018, calculados a partir de las fuentes de información definidas en la Resolución 202 de 2021.

Para que este proceso sea viable y confiable, las entidades operadoras de los EBS tienen la responsabilidad ineludible de garantizar el registro oportuno y con estándares de calidad de todas las atenciones realizadas. Este flujo de información es el único insumo que permite reflejar fielmente el impacto de la operación en el territorio y cumplir con las directrices normativas vigentes.

Finalmente, este monitoreo no debe ser un ejercicio aislado; debe hacerse de manera conjunta entre las Entidades Territoriales y las entidades operadoras. Esta articulación, enmarcada en la planeación orientada a resultados, es la que permite verificar el cumplimiento de metas, identificar brechas de implementación y ejecutar los ajustes o fortalecimientos necesarios para la mejora continua en el nivel primario de atención.

En este sentido, se deberá hacer análisis y monitoreo de la contribución a los siguientes indicadores y los demás que de acuerdo con la realidad territorial sean importantes:

**Tabla de indicadores mínimos para el análisis de la contribución de los EBS**

Nombre del indicador
Proporción de gestantes con captación temprana al control prenatal
Proporción de gestantes con tamizaje para VIH, Sífilis y Hepatitis B
Proporción de gestantes con tamizaje para VIH
Proporción de gestantes con tamizaje para Sífilis

Proporción de gestantes con tamizaje Hepatitis B
Cobertura de niñas y niños con atención por enfermería, medicina general o especializada en pediatría o medicina familiar de acuerdo con el esquema definido para la primera infancia
Cobertura de niñas y niños con atención por enfermería, medicina general o especializada en pediatría o medicina familiar de acuerdo con el esquema definido para la infancia
Cobertura de adolescentes con atención por enfermería, medicina general o medicina familiar de acuerdo con el esquema definido para el momento de curso de vida
Cobertura de jóvenes con atención por medicina general o medicina familiar de acuerdo con el esquema definido para el momento de curso de vida
Cobertura de adultos con atención por medicina general o medicina familiar de acuerdo con el esquema definido para el momento de curso de vida
Cobertura de personas adultas mayores con atención por medicina general o medicina familiar de acuerdo con el esquema definido para el momento de curso de vida
Proporción de mujeres entre 25 y 65 años tamizadas para cáncer de cuello uterino con cualquier prueba de tamización.
Proporción de mujeres entre 50 y 69 años tamizadas para cáncer de mama con mamografía en los últimos dos años.
Proporción de hombres mayores de 50 años con tamizaje de oportunidad para cáncer de próstata (Antígenos Sanguíneos Prostáticos (PSA) y tacto rectal combinado).
Cobertura de vacunación con BCG en recién nacidos.
Cobertura de tercera dosis de Pentavalente en menores de 1 año.
Cobertura de Triple Viral (SRP) en niños de 1 año.
Cobertura de Primer Refuerzo (DPT y Polio) a los 18 meses.
Cobertura de Segundo Refuerzo (DPT, Polio y SRP) a los 5 años.
Cobertura de Vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH).
Cobertura de vacunación con Toxoide Tetánico/Diftérico (Td) en mujeres en edad fértil (MEF).

En el espacio de análisis del EBS se realizará autoevaluación y coevaluación con otros EBS. Este podrá ser mensual, con análisis de casos familiares, donde como resultado se identifiquen las principales dificultades, oportunidades y experiencias exitosas en la implementación de Planes de Cuidado Primario y se desarrollen planes de mejora para incrementar su alcance y resultados.



### 5.5.2 Seguimiento a Transferencias a través de SISPRO

A diferencia del monitoreo integral, el seguimiento a las transferencias hace referencia exclusiva al proceso administrativo de vigilancia sobre el uso y ejecución del recurso financiero asignado. En el caso de los recursos transferidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, este seguimiento se centra en verificar que la destinación del gasto cumpla con la normativa vigente, los cronogramas de ejecución y los rubros autorizados. Es un ejercicio de control de legalidad y eficiencia del gasto que asegura la transparencia en el manejo del Presupuesto General de la Nación (PGN), sin sustituir la evaluación técnica de los resultados en salud.

Para los EBS financiados con recursos asignados por este Ministerio a través del mecanismo de transferencia o asignación directa se verificará el cumplimiento de los lineamientos definidos en la resolución 2361 de 2016 la norma que la modifique o sustituya.

En este sentido, el seguimiento a la implementación de los Equipos Básicos de Salud se consolida a través de tres ejes transversales: 1) Poblacional, 2) Gestión técnica y 3) Financiero, permitiendo una visión de 360 grados sobre la política de APS.

#### **Reporte de soportes e información de ejecución:**

El reporte de soportes e información de ejecución de los recursos asignados por el Ministerio de Salud y Protección Social, a través del mecanismo de transferencia o asignación directa por parte de las entidades territoriales, se realizará de conformidad con la Resolución 2361 de 2016, modificada por la Resolución 900 de 2026, o la norma que la modifique o sustituya, en la estructura y especificaciones contenidas en sus anexos técnicos SER124SREC y SER124DREC, y mediante la plataforma PISIS del SISPRO, en los anexos técnicos que el Ministerio de Salud y Protección Social disponga para este fin o en la herramienta que la sustituya.

El reporte de la información deberá realizarse teniendo en cuenta el contenido del artículo 5 de la Resolución 2361 de 2016, modificado por el artículo 1 de la Resolución 900 de 2026, a saber:

1. Acto administrativo de la incorporación de los recursos a su presupuesto.
2. Lineamientos técnicos establecidos para la ejecución de los recursos.
3. Contratos o actos administrativos formalizados para la ejecución de los recursos anexando los soportes necesarios para el perfeccionamiento del contrato (estudios previos, certificado de disponibilidad presupuestal, registro presupuestal, pólizas, entre otros) y documentos de ejecución de recursos (facturas, entradas de almacén, certificación del supervisor del contrato, certificación de aportes al sistema de seguridad social y demás documentos de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, incluyendo certificación del Representante Legal, Contador y/o Revisor Fiscal de que estos documentos son verificables (Anexo 1).
4. Copia de las pólizas exigidas para amparar las actividades contratadas.
5. Actas de ejecución de los recursos parciales y finales suscritas por el supervisor o interventor.
6. Informe de ejecución, que contenga el avance técnico y financiero de los recursos, en las fechas y con la estructura definida en los lineamientos técnicos.
7. Acta de liquidación de los contratos con los que se ejecutaron los recursos.
8. Acto administrativo o documento que haga sus veces de reintegro de los recursos no ejecutados.
9. Consignaciones o transferencias electrónicas de los reintegros de los no ejecutados.
10. Relación de los rendimientos financieros generados mensualmente.
11. Consignaciones o transferencias electrónicas del reintegro de los rendimientos financieros generados.
12. Comunicaciones dirigidas a este Ministerio en la que dan respuesta a la ejecución.
13. Archivo en Excel que contenga todos los documentos relacionados en el numeral 3 del presente artículo, la información que contenga el mismo estará incluida en los lineamientos técnicos del área encargada del seguimiento.
14. Certificación expedida por el Representante Legal, Contador y/o Revisor Fiscal de la entidad de que los datos reportados corresponde a la documentación relacionada en el numeral 3 del presente artículo.
15. Certificación de cumplimiento, expedida por el Representante Legal, Contador o Revisor Fiscal, en la cual se deje constancia del cumplimiento de los lineamientos del acto administrativo de asignación de recursos y de la normatividad contractual, presupuestal y contable vigente, conforme al Anexo No. 2 de la presente Resolución".

Los documentos adicionales deberán ser cargados en el ítem 12 "Comunicaciones dirigidas a este Ministerio en las que se dé respuesta al seguimiento de la ejecución" del anexo



técnico SER124SREC, como soporte de la ejecución de los recursos y de acuerdo con las directrices impartidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Lo anterior, en atención a lo dispuesto en el artículo 3 de la Resolución 900 de 2026, mediante el cual se adiciona el numeral 7.4 al artículo 7° de la Resolución 737 de 2024, así:

*“7.4. Los lineamientos técnicos para la ejecución de las transferencias se definirán con base en los quince (15) literales establecidos en el artículo 5° de la Resolución 2361 de 2016. Dichos lineamientos se estructurarán conforme a la destinación específica de los recursos y a las obligaciones a cargo de la entidad territorial y/o beneficiaria, de acuerdo con lo establecido en el acto administrativo de asignación de recursos. En consecuencia, en cada caso se determinarán los numerales aplicables que deberán ser incorporados en los lineamientos técnicos correspondientes.*

*Parágrafo. En los proyectos de infraestructura, dotación, transporte asistencial, tecnologías de la información y telemedicina a los que se asignen recursos, los lineamientos técnicos para la ejecución de recursos corresponderán a los contenidos de los proyectos viabilizados”.*

Así mismo, y conforme con lo establecido en el artículo 8 de la Resolución 900 de 2026: *“Artículo 8. Transitorio. La presente resolución aplicará a las asignaciones de recursos que el Ministerio de Salud y Protección Social realice mediante transferencias a partir de la expedición del presente acto administrativo, así como a las actuaciones relacionadas con el seguimiento a la ejecución de los recursos respecto de los cuales no se haya suscrito acta o emitido informe de cierre final de ejecución.*

En aplicación de lo dispuesto en el numeral 7.4 del artículo 7° de la Resolución 737 de 2024, adicionado por el artículo 3 de la Resolución 900 de 2026, y conforme a la naturaleza, alcance y destinación específica de los recursos asignados, el seguimiento a la ejecución podrá priorizar la verificación de los soportes relacionados en los numerales 13, 14 y 15 (con sus respectivos anexos) del artículo 5 de la Resolución 2361 de 2016, modificada por la Resolución 900 de 2026, sin perjuicio de la obligación de la entidad beneficiaria de los recursos, de cargar, custodiar, conservar y mantener disponibles la totalidad de los documentos y soportes de ejecución señalados en dicho artículo, para



efectos de verificación, validación, seguimiento o requerimiento por parte del Ministerio de Salud y Protección Social o de los organismos de control competentes.

### 5.5.2.1 Componente poblacional en el marco del Plan de Cuidado Primario

Para el seguimiento a la implementación de los EBS en el componente poblacional se deberán tener en cuenta el siguiente indicador:

Indicador	Descripción del indicador	Fórmula de cálculo	Fuente de verificación
Hogares atendidos por los equipos básicos de salud	Este indicador evalúa el número de hogares atendidos por los equipos básicos de salud.	Número de hogares atendidos por los equipos básicos de salud.	SI APS

### 5.5.2.2 Componente de Gestión Técnica

En este componente se realiza el seguimiento a la territorialización, la conformación de los equipos básicos de salud con sus perfiles asociados y la adscripción territorial. En este sentido se tendrán en cuenta los siguientes aspectos sujetos de seguimiento:

Indicador	Descripción del indicador	Fórmula de cálculo	Fuente de verificación
Porcentaje de Equipos básicos de salud conformados.	Evalúa el número de equipos básicos de salud conformados.	Numerador: Número de equipos básicos de salud conformados.  Denominador: Número de equipos básicos asignados.  X100	PISIS
Porcentaje de Territorios con operación de equipos básicos de salud	Este indicador calcula el número de territorios identificados donde operan los equipos básicos de salud.	Numerador: Número de territorios donde operan los equipos básicos de salud. Denominador: Número de territorios a intervenir  X100	PISIS



### 5.5.2.3 Componente Financiero

La entidad territorial y las instituciones que operan los Equipos Básicos de salud deben tener un control claro y actualizado de los recursos y talento humano financiado por cada una de las fuentes de financiación con el fin de garantizar un seguimiento adecuado a la ejecución de esos recursos conforme a los alcances y limitaciones específicas de cada fuente, pues la gestión eficiente de recursos y perfiles permite articular y complementar las intervenciones colectivas e individuales con enfoque territorial y presupuestal.

Indicador	Descripción del indicador	Formula de calculo
Ejecución de recursos	Evalúa la ejecución de los recursos asignados para el desarrollo de los equipos básicos de salud dentro del marco normativo.	Numerador: Recursos ejecutados Denominador: Recursos asignados
Porcentaje de rendimientos financieros reintegrados	Compara los rendimientos obtenidos con los recursos transferidos, el tiempo de ejecución del recurso y resultado final de ejecución.	Numerador: Rendimientos reintegrados Denominador: Rendimientos financieros generados

Para el respectivo seguimiento se debe tener presente la fuente de financiación de los respectivos recursos, a saber:

#### Presupuesto General de la Nación:

Con el fin de verificar el cumplimiento de las condiciones de ejecución de los recursos girados a las entidades beneficiarias desde las transferencias condicionadas de la Nación se deben cumplir los criterios y mecanismos estipulados en la resolución 2361 de 2016 y en concordancia con el presente lineamiento. Para el seguimiento se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- **Cuenta bancaria y registro contable:**

Las entidades beneficiarias deberán abrir una cuenta bancaria exclusiva para el manejo de los recursos asignados, con el fin de garantizar su adecuada administración, control y



trazabilidad. Esta cuenta deberá generar rendimientos financieros, los cuales deberán ser reportados desde la fecha de giro de los recursos hasta la fecha de finalización de la operación o del reintegro de los saldos no ejecutados, según corresponda.

En materia contable, cada entidad tiene la responsabilidad de aplicar lo dispuesto en sus políticas contables conforme a la normatividad legal vigente, en especial lo condicionado en la Resolución No. 322 de 2022 de la Contaduría General de la Nación (Numeral 2.1.3 – Otras transferencias del MinSalud).

- **Criterios para la ejecución de los recursos:** para efectos de los recursos del PGN asignados por el MSPS mediante el mecanismo de transferencias nacionales, se debe tener en cuenta:
  - a. **Costos directos:** Los costos directos, son aquellos relacionados directamente con la operación del programa. Los recursos asignados para la implementación del presente lineamiento solo pueden ser destinados para talento humano, transporte, dispositivos médicos y equipos biomédicos requeridos para la operación de los EBS. En ningún caso los recursos podrán ser usados para otra finalidad, incluyendo pagos de nómina de funcionarios, compra de vehículos, suministro de gasolina, muebles y enseres, inmuebles o infraestructura física.
  - b. **Costos indirectos:** Los costos indirectos son aquellos relacionados con la gestión de los equipos básicos de salud. Con los costos indirectos se podrán hacer gastos de: Tablet, papelería, fotocopias, gastos administrativos, planes de telefonía celular (exclusiva para los EBS), carnetización, emblemas de misión médica, distintivos, impresos, tinta para impresoras, servicios públicos, gestión administrativa y presupuestal, elaboración de contratos, gestión del presupuesto, seguros, costos bancarios, impuestos, personal de apoyo administrativo y de sistematización de información, transporte adicional.

#### **Aspectos adicionales:**

- Las ESE podrán utilizar los recursos asignados en costos indirectos, para fortalecer o complementar los costos directos.
- Para realizar modificaciones, ajustes y utilización de recursos no previstos en la propuesta inicial, la ESE deberá solicitarlo mediante oficio a la dirección de Promoción y Prevención, esta última emitirá oficio con el resultado del análisis de



la propuesta, en caso afirmativo, se deberá cargar en el ítem 12 de PISIS descrito en el Artículo 5 de la Resolución 2361 de 2016, tanto la propuesta como el oficio de respuesta.

La Dirección de Promoción y Prevención, mediante oficio podrá autorizar la ejecución de los recursos en una vigencia posterior a la de la fecha de la resolución de asignación cuando:

1. El giro de los recursos se realice en los meses de noviembre o diciembre o en la vigencia siguiente a la de asignación.
2. Cuando la fecha de giro de los recursos y los meses asignados superen la vigencia
3. Cuando por motivos excepcionales la ESE no pueda ejecutarlos en la misma vigencia, situación en la cual, la ESE presentará oficio de justificación para ser analizado y viabilizado por esta dirección.

Por ningún motivo se podrá mantener los recursos asignados para la operación de EBS por más de dos vigencias contadas a partir de la fecha de la elaboración de la resolución de asignación.

### **Destinación de los recursos no ejecutados**

Los recursos no ejecutados deberán ser reintegrados a la Dirección del Tesoro Nacional a las respectivas cuentas, junto con sus rendimientos financieros. No obstante, la ESE al finalizar el período presupuestado podrá destinarlos exclusivamente a la ampliación del tiempo de operación de los EBS hasta agotar la disponibilidad del recurso.

### **Sistema General de Participaciones componente de Salud Pública. Plan de Intervenciones Colectivas:**

El seguimiento a la implementación del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) a través de Equipos Básicos de Salud se realiza conforme a lo establecido en el artículo 24 de la resolución 1597 de 2025. Esta resolución establece que las entidades territoriales de carácter departamental llevarán a cabo el seguimiento y la evaluación del componente Financiero teniendo en cuenta la ejecución del 100% de los recursos asignados del Sistema General De Participaciones para la Subcuenta De Salud Pública en la vigencia.



Los recursos que financian los Equipos Básicos en Salud por el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas se manejarán desde la Subcuenta de Salud Pública Colectiva, con el fin de poder identificar la fuente de financiación y la destinación específica, que en este caso será la conformación de los equipos básicos del PSPIC.

Las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal tienen la obligatoriedad de realizar los reportes periódicos a través del CUIPO, autorreporte y demás herramientas establecidas en la normatividad vigente y de acuerdo con lo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social y los organismos de control.

Las entidades Territoriales responsables de este monitoreo y evaluación deben remitirse a las directrices definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

## 5.6 Responsabilidades

### Entidades territoriales departamentales y distritales

- Cumplir los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para la implementación de los Equipos Básicos de Salud
- Gestionar un espacio de dirección y coordinación de la Red Integral e Integrada en el ámbito de su jurisdicción.
- Implementar estrategias para la planificación, gestión, monitoreo y evaluación de la Red Integral e Integrada de Salud con enfoque territorial en el ámbito de su jurisdicción y en coordinación con todos los actores del SGSSS que garanticen el adecuado funcionamiento y resolutivez de los EBS en los territorios
- Integrar la conformación, operación y seguimiento de los EBS en el Plan Territorial de Salud- PTS y sus instrumentos de planeación según la normatividad vigente
- Planear, formular, implementar y hacer monitoreo de las intervenciones de salud pública colectiva de acuerdo con las necesidades de la población garantizando la operación de EBS del Plan de Intervenciones Colectivas y la concurrencia en el territorio.
- Implementar los procesos de la Gestión En Salud Pública de tal manera que brinden soporte a la implementación de los EBS en su jurisdicción.
- Liderar el proceso de territorialización para la implementación de EBS con participación comunitaria, de las IPS públicas, privadas y mixtas, de las Entidades Promotoras de Salud y de los representantes de los demás sectores de la administración en el territorio.



- Liderar mesas de trabajo mensuales en las que se haga análisis y seguimiento de los indicadores de morbilidad y mortalidad, de los procesos sociales que determinan la salud y enfermedad, de los indicadores de cobertura y acceso y de la contribución que los Equipos Básicos de Salud han hecho al logro de resultados en salud con desagregación territorial.
- Los distritos deben registrar la información de los territorios y microterritorios en el componente de gestión del SI-APS
- Realizar asistencia técnica a las entidades territoriales municipales y Entidades Promotoras de Salud para la implementación de los EBS.
- Agenciar el establecimiento de acuerdos de voluntades entre las ESE a cargo de los EBS y las EPS con población adscrita en los departamentos en el marco de las Redes Integrales e Integradas de Salud
- Hacer la gestión intersectorial para dar respuesta a las necesidades y problemáticas de las personas, familias y comunidades atendidas por los EBS.
- Realizar el monitoreo y seguimiento técnico, financiero y administrativo oportuno de los recursos asignados para la operación de los EBS a través del mecanismo y los indicadores descritos en el presente documento e indicadores de resultados en salud.
- Verificar periódicamente el cumplimiento del registro de información del Plan de Cuidado Primario en el componente poblacional del SI-APS por parte de los prestadores que operan los EBS en el marco de la Red Integral e Integrada de Salud.
- Realizar seguimiento al lineamiento operativo y la implementación del plan de trabajo y cronogramas para la operación de los EBS en los distritos y municipios de su jurisdicción.
- Hacer seguimiento al componente poblacional, de gestión técnica y financiero en la implementación de los EBS, esto implica la consolidación, análisis y reporte de información.
- Brindar al Ministerio de Salud y Protección Social la información que se requiera en relación con la ejecución técnica, financiera y administrativa de la operación de los EBS en su jurisdicción y que permita dar cuenta del fortalecimiento de la atención primaria.

#### Entidades territoriales municipales

- Cumplir los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para la implementación de los Equipos Básicos de Salud



- Participar en el espacio de dirección y coordinación de la Red Integral e Integrada que se establezca en el ámbito de su jurisdicción.
- Integrar la conformación, operación y seguimiento de los EBS en la formulación e implementación del Plan Territorial de Salud- PTS.
- Garantizar la operación de EBS del Plan de Intervenciones Colectivas.
- Implementar los procesos de la gestión en salud pública teniendo en cuenta las necesidades para la implementación de EBS en su jurisdicción
- Liderar el proceso de territorialización para la identificación de los territorios y microterritorios en su jurisdicción.
- Registrar información de los territorios y microterritorios en el componente de gestión del SI-APS
- Realizar asistencia técnica a la Empresa Social del Estado para la conformación, operación y seguimiento a los EBS.
- Hacer seguimiento al registro de información en los componentes poblacional, de gestión técnica y financiero que se deriva de la implementación de los EBS en los municipios.
- Monitorear y evaluar en coordinación con los actores del sistema, tanto la ejecución técnica, financiera y administrativa como los resultados en salud alcanzados a través de la operación de los equipos básicos de salud con desagregación territorial.
- Realizar seguimiento al lineamiento operativo y la implementación del plan de trabajo y cronograma para la operación de los EBS de las Empresas Sociales del Estado de su jurisdicción.
- Brindar al Ministerio de Salud y Protección Social y la secretaría de salud departamental la información que se requiera que dé cuenta de la ejecución técnica y financiera de los EBS operando en su jurisdicción.

### **Instituciones que operan los EBS**

- Cumplir los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para la implementación de los Equipos Básicos de Salud
- Participar en el proceso de territorialización en coordinación con las Entidades Territoriales y en el marco de la Red Integral e Integrada de salud.
- Conformar los EBS según lineamiento y en coordinación con las Entidades Territoriales y en concertación con las comunidades del territorio.
- Registrar la información correspondiente a los componentes poblacional, de gestión técnica y financiero en el Sistema Integrado de Información de la Atención Primaria en Salud SI-APS de manera oportuna y con calidad.



- Registrar toda la información del Plan de Cuidado Primario en el componente poblacional del SI-APS de manera oportuna y con calidad.
- Realizar los ajustes necesarios a los procesos de implementación de los EBS, según los resultados del seguimiento y la evaluación de resultados y metas.
- Realizar oportunamente el monitoreo y seguimiento técnico, financiero y administrativo de acuerdo con el lineamiento vigente, a través del mecanismo y los indicadores descritos en el presente documento e indicadores de resultados en salud.
- Brindar al Ministerio de Salud y Protección Social, a la secretaría de salud departamental, distrital y municipal la información que se requiera, que dé cuenta de la ejecución técnica y financiera de los EBS operando.
- Consultar de manera periódica las retroalimentaciones y el informe final que remite el Ministerio de Salud y Protección Social mediante SISPRO.

#### Entidades Promotoras de Salud

- Participar en el proceso de conformación, operación y seguimiento de los Equipos Básicos de Salud en el marco de Redes Integrales e Integradas de Salud con enfoque territorial.
- Acompañar y gestionar la incorporación de perfiles interculturales en los EBS de acuerdo con las necesidades de adecuación sociocultural para la atención de la población afiliada.
- Definir y socializar a la entidad territorial y a la Red Integral e Integrada de Salud los mecanismos o estrategias para garantizar la resolutivez de los Equipos Básicos de Salud y la continuidad de la atención de la población, incluyendo los procesos de referencia y contrarreferencia y la entrega de medicamentos y tecnologías en salud. Específicamente en la modalidad extramural donde operan los EBS.
- Garantizar en los acuerdos de voluntades la adecuación de las modalidades de prestación de servicios de salud con prioridad en áreas rurales y rurales dispersas a fin de aumentar el acceso de la población al diagnóstico, atención y tratamiento.
- Priorizar el seguimiento a la población que hace parte de las cohortes de riesgo a su cargo y que ha sido atendida por los Equipos Básicos de Salud.
- Participar en la definición e implementación del plan de fortalecimiento de capacidades del talento humano en salud de los EBS como parte de la Red Integral e Integrada de Salud con enfoque territorial.



- Garantizar el cumplimiento de las disposiciones establecidas en los lineamientos para la implementación de los EBS para el fortalecimiento del nivel primario de atención.
- Participar en el monitoreo y evaluación de los resultados de la implementación de los EBS en su población afiliada con desagregación territorial.

### **Superintendencia Nacional de Salud**

En el marco de las competencias asignadas a través de la Ley 715 de 2001, Artículo 68, la Superintendencia Nacional de Salud desarrollará las siguientes funciones:

- Inspección, vigilancia y control sobre las Empresas Sociales del Estado, Entidades Territoriales departamentales, municipales y distritales y Entidades Promotoras de Salud de acuerdo con las acciones establecidas en el presente lineamiento.
- Requerir a las Empresas Sociales del Estado, Entidades Territoriales Departamentales, Municipales y Distritales y Entidades Promotoras de Salud para que proporcionen información que dé cuenta del fortalecimiento de la APS con la conformación, operación y seguimiento de los equipos básicos de salud.
- Vigilar el cumplimiento de acuerdos y acciones de gestión entre las ESE que operan los EBS, las Entidades Promotoras de Salud y las entidades territoriales departamentales, municipales/ distritales para el fortalecimiento de la APS en el nivel primario de atención.
- Aplicar las sanciones a que haya lugar, en ejercicio de sus atribuciones y competencias, y previa solicitud de explicaciones, a los representantes legales de las Empresas Sociales del Estado, de las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales, directores de salud, jefes de presupuesto, tesoreros y demás funcionarios responsables de la administración y manejo de los recursos de que trata el presente lineamiento.
- Informar al Ministerio de Salud y Protección Social de las acciones que se deriven de las actuaciones realizadas en el marco de sus competencias de IVC en relación a la implementación de equipos básicos.

### **Veeduría y control social**

Según las disposiciones establecidas en este lineamiento se requiere la articulación de los mecanismos de control social que fortalezcan la implementación de la Atención Primaria en Salud de acuerdo con las disposiciones establecidas en la Resolución 2063 de 2017.



## Bibliografía

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2367 de 2023 - Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031.
2. Solíz Torres, M. F. (2016). Lo que la mina se llevó. Quito: La Tierra.
3. Breilh, J. (2021). *Critical epidemiology and the people's health* (Vol. 3). Oxford University Press.
4. Congreso de Colombia. Ley 1751 de 2015 "Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones".
5. Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS Informe de Resultados.
6. Ministerio de Salud y Protección Social. Cobertura de indicadores de Detección Temprana y Protección Específica.
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Cálculo y Resultado de Distribución de Recursos- Ajustes ex POST. Bogotá D.C
8. Starfield, B., & Aspachs, J. P. (2001). Atención primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología (pp. 425-47). Barcelona: Masson.
9. Congreso de la República de Colombia. Constitución Política de Colombia.
10. ONU NU. Observación 14. Derecho a la salud Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Whashington.
11. OPS OPdLS. Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata. Informe de la Comisión de Alto Nivel. Washington, D.C.
12. OPS OPdLS. Capacidad Resolutiva del Primer Nivel de Atención PNA. Bogotá. D.C
13. Breilh, J. (2010). Informe alternativo sobre la salud en América Latina. Quito: Global Health Watch.
13. World Health Organization. (2009)
14. Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud: informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. World Health Organization.
15. Ministerio de Salud y Protección Social. Caja de herramientas para la atención integral en salud de niñas, niños y adolescentes. [Online]. 2018. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PI/Paginas/Caja-de-herramientas.aspx>
16. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1313 de 2023. Bogotá D.C.
17. *Ampliación del acceso equitativo a los servicios de salud. Recomendaciones para la transformación de los sistemas de salud hacia la salud universal.* (2022). [Publications]. OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55657>.
18. Laurell, A. C. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. Revista latinoamericana de Salud, 2(1), 7-25.



19. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-760.
20. Sen, A. (2002). ¿Por qué la equidad en salud? Revista Panamericana de salud pública, 11, 302-309.
21. Banco Interamericano de Desarrollo - BID. Mejorando la eficiencia del gasto en salud en América Latina – Estudios de caso para Colombia.
22. Ministerio de Salud y Protección social. Diagnóstico de necesidades y condiciones para la garantía de la participación social, comunitaria y ciudadana en el proceso de formulación del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031.
23. Ministerio de Salud y Protección Social (2024). Lineamiento técnico – operativo de equipos básicos de salud: conformación, operación y seguimiento. Modelo Preventivo y Predictivo Fortalecimiento de la APS en el nivel primario de atención



## ANEXOS

### **ANEXO GUÍA PARA LA CONFORMACIÓN DE EQUIPOS BASICOS DE SALUD**

La Ley 1438 DE 2011 en su artículo 42 establece que las acciones de salud pública, promoción y prevención en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud se financiarán entre otros con: los recursos del componente de salud pública del Sistema General de Participaciones que trata Ley 715 de 2001, los recursos de la Unidad de Pago por capitación destinados a promoción y prevención del régimen subsidiado y contributivo que administran las Entidades Promotoras de Salud, los Recursos del Presupuesto General de la Nación para salud pública, y otros recursos que destinen las entidades territoriales.

En este contexto normativo, a continuación, se describen algunas fuentes de financiación que se podrán considerar para la conformación y operación de Equipos Básicos de Salud para fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud en el nivel primario:

- **Sistema General de Participaciones (SGP) componente de Salud Pública vigencia actual**

Estos recursos, asignados por mandato constitucional conforme a los artículos 357 y 358 de la Constitución Política, son distribuidos y transferidos por la Nación para la financiación de las acciones de Salud Pública del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC) y de la Gestión de la Salud Pública (GSP) en cada entidad territorial del orden departamental, distrital y municipal. Los recursos del SGP provienen de los ingresos corrientes de libre destinación (ICLD) y cuentan con una destinación específica, siendo distribuidos conforme a variables sectoriales como salud, educación, agua potable, saneamiento básico y propósito general, entre otros. Están destinados a garantizar la operación, sostenibilidad y fortalecimiento de los equipos del PIC, priorizando las acciones de carácter colectivo, familiar y comunitario, en el marco de la Resolución 1597 de 2025.

Concurrencia departamental: Porcentaje de los recursos del Sistema General de Participaciones componente de Salud Pública distribuidos y transferidos a las entidades del orden departamental en la vigencia que son asignados por estas a los municipios de categorías 5 y 6 para garantizar recursos de la vigencia actual del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas para la operación de Equipos Básicos de Salud.



- **Presupuesto General de la Nación (PGN):** Corresponde al conjunto de recursos públicos que el Gobierno Nacional estima recaudar y autoriza gastar durante una vigencia fiscal determinada. Su propósito es financiar el funcionamiento del Estado, el servicio de la deuda pública y la inversión social y económica del país. En el marco de estos recursos, se financiarán los Equipos Básicos de Salud (EBS) mediante transferencias condicionadas, orientadas exclusivamente a garantizar el acceso equitativo, eficiente y oportuno a los servicios de salud, con prioridad en los territorios que presentan mayores necesidades y brechas en la atención.
- **Ingresos corrientes de libre destinación:** Son ingresos propios de la entidad territorial sin destinación específica. Al respecto, es importante tener en cuenta que de acuerdo con el artículo 49 de la Ley 1438 de 2011, las Entidades Territoriales no podrán disminuir los recursos que venían aportando para financiar la salud en su territorio, salvo que acrediten, ante el Ministerio de la Protección Social, que está debidamente asegurada el 100% de la población o por insuficiencia financiera”, es decir que, a menos que se cumpla al menos una de las condiciones citadas, la entidad no podrá disminuir el valor de la financiación y en caso que los recursos de destinación específica sean insuficientes deberán concurrir con recursos de libre destinación.
- **Recursos propios de las Entidades Territoriales:** Las entidades territoriales podrán destinar recursos propios provenientes de impuestos, tasas, contribuciones, etc, para la financiación de los Equipos Básicos Salud, en virtud del principio de autonomía consagrado en el artículo 287 de la Constitución Política.
- **Regalías:** Son una contraprestación económica, a favor del estado, derivada de la explotación de los recursos naturales no renovables (RNNR), las regalías no son un impuesto, son una compensación que reciben las entidades territoriales por la explotación de sus recursos naturales, que son de su propiedad, entre ellos se encuentran el carbón y el petróleo. De otro lado el Sistema General de Regalías (SGR), es el conjunto de ingresos, asignaciones, órganos, procedimientos y regulaciones, para el uso eficiente y la destinación de los ingresos provenientes de la explotación de los recursos naturales no renovables. El desarrollo normativo del SGR incluye los artículos 360 y 361 de la Constitución Política, la Ley 2056 de 2020, el Decreto 1821 de 2020 y las leyes o decretos bienales de presupuesto. Los recursos del Sistema General De Regalías requieren proyectos formulados y registrados en la Plataforma Integrada De Inversiones Públicas (PIIP)



**-Orientaciones para la conformación de Equipos Básicos de salud:**

**SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES COMPONENTE SALUD PÚBLICA. PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS**

De acuerdo con lo definido en la Resolución 1597 de 2025, el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas se implementará a partir de equipos básicos de salud que desarrollarán las acciones colectivas establecidas en la normatividad vigente en los diferentes entornos de vida cotidiana. Estos equipos se podrán conformar teniendo como referencia los siguientes perfiles básicos:

- Profesionales de la salud
- Técnicos: tener en cuenta auxiliares de enfermería, técnico en salud pública y auxiliar promotor en salud<sup>15</sup>

Lo anterior implica que los equipos básicos del PIC estarán conformados al menos por una dupla conformada por profesional y técnico, sin embargo, las Entidades Territoriales de Salud podrán fortalecer la conformación del (os) equipo (s) con diversos perfiles y cantidades en el marco de su autonomía, teniendo en cuenta la territorialización, las diferentes fuentes de financiación disponibles, la complementariedad de acciones y la concurrencia departamental.

En los territorios donde no hay EBS financiados con recursos del Presupuesto General de la Nación-PGN u otras fuentes se recomienda integrar profesionales en enfermería y perfiles complementarios. Lo anterior, asegurándose de que en la implementación se tenga en cuenta la competencia técnica según las intervenciones colectivas para abordar los entornos establecidas en la normatividad vigente.

Las Intervenciones Colectivas de los EBS «se deberán ejecutar de manera integrada e integral en los entornos hogar, educativo, comunitario, laboral (con énfasis en la

---

<sup>15</sup> La vinculación de auxiliares promotores de salud debe realizarse conforme a lo dispuesto en la Resolución 1810 de 2025



informalidad) e institucional, trascendiendo el abordaje por temas o intervenciones separadas o aisladas» (Res 3280 de 2018). Dicha integración e integralidad se debe garantizar desde la planeación, donde se define la conformación, distribución y adscripción de los Equipos al territorio.

En los territorios con población con pertenencia étnica, el perfil propio será el gestor comunitario o auxiliar Promotor de Salud para los equipos del Plan de Intervenciones Colectivas PIC.

## **PRESUPUESTO GENERAL DE LA NACIÓN**

De acuerdo con la definición de territorios y microterritorios se debe definir el número de Equipos Básicos de Salud que se requieren para una adecuada adscripción territorial y se debe definir su conformación teniendo como referencia los siguientes perfiles:

- Auxiliar de enfermería y/o auxiliar promotor de salud <sup>16</sup>
- Profesional en psicología
- Profesional en medicina
- Profesional en enfermería
- Agente de la medicina ancestral/tradicional en territorios con grupos étnicos
- Parteras tradicionales
- Intérpretes de lenguas o mediadores culturales

La conformación de estos Equipos depende del proceso de concertación, las propuestas presentadas y del concepto técnico y financiero que expide el Ministerio de Salud y Protección Social. Adicionalmente, los EBS pueden complementarse con otros perfiles o pueden modificarse de acuerdo con el análisis realizado en la planeación y teniendo en cuenta la situación de salud, las características de las poblaciones, la configuración de los territorios, resguardos u otras formas, la disponibilidad de talento humano y las fuentes de financiación, etc. Para esto se podrá tener en cuenta:

- Uno de los perfiles del auxiliar en enfermería puede ser modificado por auxiliar en salud pública. En caso de territorios con presencia de poblaciones étnicas donde

---

<sup>16</sup> La vinculación de auxiliares promotores de salud debe realizarse conforme a lo dispuesto en la Resolución 1810 de 2025



- hay mayor disponibilidad de auxiliares en salud pública con pertenencia étnica que de enfermería se podrá cambiar tres (3) auxiliares en enfermería por tres (3) auxiliares en salud pública.
- En caso de no tener disponibilidad de profesional en psicología, se podrá modificar este perfil por un profesional en trabajo social con experiencia mínimo a de 1 año en atención psicosocial o procesos relacionados con la salud mental.
  - De acuerdo con las necesidades y particularidades del territorio y fuentes de financiamiento disponibles podrán integrarse al EBS otros perfiles como: i) profesionales en Nutrición y Dietética, Odontología, Terapias, técnico (tecnólogo) en saneamiento ambiental ii) auxiliares en salud oral. Estos perfiles podrán vincularse para hacer parte de varios EBS con el fin de realizar acciones relacionadas con el Plan de Cuidado Primario.
  - Perfiles diferenciales dentro de los equipos (equipos interculturales) de acuerdo con concertación y oferta del talento humano.

Para la conformación de los Equipos Básicos en Salud en los territorios con presencia de pueblos y comunidades con pertenencia étnica, se deberán priorizar los perfiles profesionales existentes dentro de la misma comunidad.

Para el caso de las comunidades étnicas a partir de los procesos de concertación, se deberá integrar agente, gestor comunitario o agente de la medicina ancestral/tradicional, y/o partera, incluyendo la disposición de interprete de lenguas nativas u originarias de los pueblos o comunidades. El agente de la medicina ancestral/tradicional y/o partera, debe ser reconocido y avalado por las mismas autoridades y comunidades. Esta conformación debe tener en cuenta lo dialogado, validado y acordado con las comunidades en los espacios de participación y concertación. Debe estar documentado y respaldado por las actas de concertación y se debe hacer la revisión y definición de los roles en el marco del relacionamiento, el conducto regular para el restablecimiento de confianza con las instituciones y el fortalecimiento de las acciones propias e interculturales para el cuidado de la salud.

En el proceso de concertación se debe hacer claridad de la documentación y requisitos básicos pertinentes para la vinculación a los equipos básicos de salud de los perfiles propios.



Los integrantes de los Equipos Básicos de Salud con perfil étnico cumplen un papel fundamental dentro del equipo y no deben ser considerados como personal de apoyo logístico o administrativo. Su participación trasciende funciones operativas, dado que cada perfil cuenta con un rol específico y responsabilidades claramente definidas. Por esta razón, es indispensable que durante los procesos de concertación se establezcan de manera explícita las funciones, competencias y aportes del talento humano con perfil étnico, garantizando su reconocimiento y adecuada articulación en las acciones del equipo y el soporte de las actividades.

### **Equipos Básicos Especializados de Salud - EBES**

Los Equipos Básicos de Salud Especializados EBES que complementan la atención de los EBS estarán integrados por los siguientes perfiles:

- Médico Gineco obstetra
- Médico Pediatra
- Médico Internista
- Médico Familiar
- Médico Psiquiatra

Estos perfiles de medicina especializada se articulan desde sus áreas a los Planes de Cuidado Primario en permanente coordinación con los EBS y se deben coordinar con otros agentes del sistema de salud en el territorio en el marco de las Redes Integrales e integradas de salud con enfoque territorial para realizar las siguientes actividades:

- Ajustar y coordinar el plan de cuidado con otros especialistas de ser necesario.
- Mantener comunicación con los equipos básicos de salud del territorio para el seguimiento al plan de cuidado primario.
- Reporte de casos para vigilancia en salud pública.
- Asesorar a los profesionales de los equipos básicos de salud para el manejo clínico de casos prioritarios.

Según las necesidades en salud de las personas en los territorios, se deberá garantizar el proceso de referencia y contrarreferencia efectivo en el marco de las Redes Integrales e Integradas de Salud con enfoque territorial.



## **Equipos de Salud para Jóvenes -ESJ**

En el marco del componente para la atención integral en salud, con especial énfasis en salud mental, del Programa Nacional Jóvenes en Paz y otros contextos de alta vulnerabilidad se conforman e implementan Equipos de Salud para Jóvenes. Los ESJ están conformados por 1 profesional de Enfermería, 1 profesional de Psicología, 1 Profesional en áreas de ciencias de la salud o de las ciencias sociales y humanas y 1 par comunitario joven, en total son 4 profesionales para realizar las acciones pertinentes.

Para verificar las orientaciones técnicas es necesario remitirse al lineamiento vigente para Equipos de Salud para Jóvenes. «Lineamiento para la Ejecución de los Recursos Destinado a la Implementación de los Equipos de Salud Para Jóvenes Vigencia 2025» disponible en el siguiente enlace:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/lineamientos-ejecucion-recursos-destinado-equipos-salud-jovenes-2025.pdf>

## **UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN-UPC**

Los servicios de salud y tecnologías financiadas con la UPC a nivel extramural pueden ser prestados a través de Equipos Básicos de Salud para el fortalecimiento del nivel primario en el marco de las Redes Integrales e Integradas de Salud con enfoque territorial. Para tal efecto las Entidades Promotoras de Salud EPS en coordinación con la red de prestadores deberán garantizar en la conformación de los equipos básicos el cumplimiento del presente lineamiento emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social.

## **OTRAS FUENTES:**

Las Entidades territoriales, EPS e IPS que para la prestación de servicios de salud conformen Equipos Básicos de Salud para el fortalecimiento del nivel primario en el marco de las Redes Integrales e Integradas de Salud con enfoque territorial con otras fuentes de financiación, podrán considerar el presente lineamiento emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social como herramienta técnica para su conformación e implementación.



## ANEXO ORIENTACIONES PARA LA CATEGORIZACIÓN Y VALORACIÓN DE LOGROS DEL PLAN DE CUIDADO PRIMARIO

Los logros se entienden como aquellos cambios o transformaciones deseadas por la familia sus integrantes o la comunidad en concertación con el EBS que son el resultado de la implementación de acciones de cuidado. Deben ser concretos, observables y alcanzables en un periodo de tiempo determinado y concertado con la familia a luz de sus intereses y teniendo en cuenta el ejercicio de priorización realizado por el EBS. Los logros constituyen el eje central del proceso de cuidado, ya que representan los avances concretos que aportan directamente a mejorar las condiciones de salud y bienestar de las personas y las familias. Son elemento fundamental del Plan de Cuidado, porque reflejan los cambios reales en capacidades, prácticas y condiciones de vida, orientan las decisiones del equipo de salud y permiten evidenciar los resultados de las intervenciones.

Categorizar los logros significa organizar, vincular o clasificar los logros que se acuerdan con la familia dentro del conjunto de categorías previamente definidas. No es crear nuevos logros, sino ubicar cada logro concertado previamente dentro de la categoría que mejor representa el tipo de cambio o transformación que se está buscando.

La categorización de los logros debe realizarse únicamente sobre aquellos que se acordaron con la familia para su proceso de cuidado de la salud. No se requiere ni se espera que cada familia tenga logros en todas las categorías. Los logros se asignarán a la categoría que mejor represente la necesidad, expectativa, capacidad o situación que la familia desea fortalecer. La selección de categorías es flexible y responde al análisis y acuerdos con las personas, familias y comunidades.

Esta categorización deberá ser utilizada por el Equipo Básico de Salud como un instrumento para el análisis del proceso de cuidado, la priorización de acciones, el seguimiento de avances y la identificación de necesidades de ajuste del Plan de Cuidado Primario, y no únicamente como un ejercicio de registro.

A continuación, se presentan las categorías y su alcance.





## CATEGORÍAS DE LOGROS

### 1. Capacidades para el acceso y la adherencia a la atención en salud

A esta categoría se vinculan los logros relacionados con el conjunto de capacidades, recursos y condiciones que permiten a las personas, familias y comunidades la vinculación y permanencia en procesos de atención en salud, el uso oportuno de los servicios de salud, la comprensión de indicaciones técnicas y el mantenimiento de una adherencia sostenida a tratamientos, controles y procesos de atención.

Reconoce que el acceso y adherencia no es un asunto solamente «individual», sino una expresión de determinantes sociales de las desigualdades en salud y se tiene en cuenta que existen condiciones materiales, organizacionales e institucionales que permiten o limitan que las personas y familias accedan oportunamente a servicios de salud y mantengan continuidad en los procesos de cuidado.

Ejemplos de logros<sup>17</sup>:

- La familia adquiere conocimientos y herramientas sobre el sistema para la exigibilidad del derecho frente a su situación particular
- La familia desarrolla la capacidad de gestionar y sostener en el tiempo la asistencia oportuna a las consultas requeridas, superando las barreras de acceso previamente identificadas.
- La familia comprende y valora las recomendaciones acordadas para el cuidado de su salud y cuenta con la capacidad de sostenerlas en la vida cotidiana.

### 2. Capacidades para la gestión emocional

En esta categoría se asocian los logros relacionados con capacidades individuales, familiares y comunitarias para reconocer, procesar, regular y expresar emociones de manera adaptativa frente a situaciones de estrés, duelo, crisis vitales o cargas psicosociales teniendo en cuenta contextos de desigualdad, violencia estructural y precarización.

Comprende la adopción de estrategias de afrontamiento saludables, capacidades para solicitar y recibir acompañamiento cuando es necesario.

---

<sup>17</sup> Todos los ejemplos de logros son carácter orientativo pues la concertación de ellos depende de la situación particular de las familias, sus integrantes y comunidades



Ejemplos de logros:

- La familia identifica situaciones o condiciones que generan estrés y adopta estrategias para gestionarlas
- La familia cuenta y hace uso de las redes de apoyo o atención psicosocial
- Se fortalecen capacidades para afrontar situaciones o condiciones que generan crisis

### **3. Cuidado cotidiano y prácticas saludables**

Reúne logros relacionados con hábitos, rutinas y comportamientos que las personas y familias realizan de manera regular para mantener y promover el cuidado de la salud. Estos logros no se asumen como responsabilidad exclusiva de la familia y sus integrantes, sino que reconoce que la vida cotidiana y el cuidado están determinados por condiciones materiales (vivienda, empleo, ingresos, acceso a servicios, tiempo disponible) y que, en este sentido, se deben fortalecer las capacidades dentro de las condiciones de vida reales.

Ejemplos de logros:

- Organización familiar para la redistribución de las actividades de cuidado
- Fomenta rutinas de descanso, alimentación o actividad física de acuerdo con las condiciones y posibilidades particulares.
- Aumenta la cantidad de minutos/semana de actividad física

### **4. Relaciones y formas de convivencia social**

A esta categoría se vinculan los logros relacionados con el fortalecimiento de relaciones solidarias, no violentas y corresponsables dentro de la familia y la comunidad, reconociendo que estas dinámicas están atravesadas por desigualdades de género, clase, etnia y por violencias estructurales.

Integra logros para la resolución colectiva de conflictos, la prevención de violencias, la participación en redes comunitarias de apoyo y la construcción de tejido social en territorios marcados por tensiones o conflictividades.

Ejemplos de logros:

- Mejorar la comunicación entre los miembros de la familia
- Integra estrategias para la resolución pacífica de conflictos
- Participa en la red comunitaria solidaria para víctimas de violencia intrafamiliar



## **5. Condiciones del entorno, vivienda y territorialidades**

Se refiere a los logros relacionados con las condiciones materiales de la vivienda y el territorio, incluyendo saneamiento, infraestructura, servicios públicos y procesos ambientales que impactan la salud.

Reconoce que los territorios están atravesados por conflictividades socioambientales, disputas por la tierra, procesos de despojo, extractivismo que ocurren entre territorialidades en disputa y que inciden directamente en el bienestar y la salud.

Ejemplos de logros:

- Desarrolla capacidades para realizar las adecuaciones en la vivienda y el entorno inmediato para mejorar ventilación, iluminación, higiene, manejo de excretas, prevenir riesgos y accidentes
- Hacer las modificaciones del entorno para la tenencia de animales de compañía y producción
- La familia y la comunidad fortalecen su capacidad de organización y participación para el mejoramiento de los entornos

## **6. Acción colectiva y gestión intersectorial**

Incluye logros relacionados con la participación en mecanismos de exigibilidad, la movilización social, la activación de rutas a servicios sociales y de bienestar y el fortalecimiento de liderazgos territoriales, entendiendo que el logro depende de la organización social y no solo de la familia.

Involucra logros relacionados con el acceso y uso efectivo de servicios sociales y de bienestar, la participación en mecanismos comunitarios y formas de participación social en salud y la coordinación con liderazgos y organizaciones locales.

Ejemplos de logros:

- La familia y la comunidad fortalecen su capacidad de organización y participación para el mejoramiento de las condiciones de trabajo.
- Fortalece su capacidad de gestión con educación para el acceso a cupo escolar
- Se vincula a la iniciativa comunitaria para mejorar las condiciones de trabajo del campesinado
- La familia se vincula a los procesos de participación de la red integral e integrada para la adecuación de servicios que dé respuesta a sus necesidades



## 7. Cuidado intercultural

Incluye logros orientados al reconocimiento e integración de saberes, cosmovisiones y prácticas propias de salud de diferentes culturas, incluyendo pueblos indígenas, comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenquera NARP, Rrom, campesinas y otros grupos étnicos o tradicionales, en los procesos de cuidado familiar y comunitario.

Pone en el centro la autonomía cultural, la legitimidad de los sistemas propios de salud y la construcción de acuerdos interculturales que reconozcan los mandatos propios y sistemas de conocimiento.

Ejemplos de logros:

- La familia se vincula a los procesos de participación de la red integral e integrada para la adecuación de sociocultural de los servicios que den respuesta a sus necesidades
- La familia armoniza los saberes culturales para el cuidado de la salud
- La familia integra prácticas de cuidado con acompañamiento del perfil propio o ancestral

### **VALORACION DEL ALCANCE DE LOS LOGROS**

Una vez concertados los logros se debe hacer un acompañamiento para avanzar hacia el alcance de cada uno de ellos. Para esto, se propone una escala de valoración que le permite al equipo básico de salud hacer un monitoreo, que facilita ver cuáles tienen mejores avances y cuáles requieren refuerzo, acompañamiento adicional o intervenciones específicas.

La valoración de logros es un proceso conjunto con la familia y los resultados guían al equipo de salud en la priorización de acciones, refuerzo, acompañamiento adicional o intervenciones específicas y necesidades de gestión.

Dado que la valoración de logros tiene un marco de subjetividad, se propone una escala de valoración que le permite a la familia con el acompañamiento del Equipo Básico de Salud hacer un monitoreo.

## ESCALA PARA LA VALORACIÓN DE LOGROS

Valoración del Logro	Definición	Descripción
<b>Etapa inicial (Rojo)</b>	La persona, familia o comunidad reconoce la necesidad de cambio o transformación, comprende el logro acordado y ha iniciado acciones orientadas a su alcance, pero la capacidad aún es frágil y depende del acompañamiento estrecho del EBS.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-La familia, sus integrantes o comunidad reconoce y reflexiona sobre el cuidado (de sí, de su familia, comunidad y del entorno)</li> <li>- La familia sus integrantes o comunidad reconoce sus capacidades para el cuidado (de sí, de su familia, de su comunidad y de su entorno)</li> <li>- Las acciones de cuidado concertadas se encuentran en etapa inicial de implementación, evidencia de intentos iniciales o primeras acciones.</li> <li>-Necesidad de apoyo continuo del EBS para avanzar.</li> <li>-Existen barreras o condiciones que dificultan iniciar el proceso.</li> </ul>
<b>Etapa intermedia (Naranja)</b>	La persona, familia o comunidad demuestra avances visibles y consistentes en el logro, aplicando la información y las acciones de cuidado acordadas, aunque aún requiere acompañamiento periódico para sostener el cambio.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La familia, sus integrantes o comunidad inicia el fortalecimiento o transformación de las formas de cuidado</li> <li>-Buena parte de las acciones de cuidado se ha cumplido</li> <li>-Se observan motivaciones o capacidades emergentes</li> <li>-Hay cambios visibles en prácticas, comportamientos o condiciones.</li> <li>-Las barreras son menores o manejables</li> <li>-Cumplimiento parcial o mayoritario del logro acordado.</li> <li>-Seguimiento con menor intensidad por parte del EBS.</li> </ul>
<b>Logro consolidado (Verde)</b>	La persona, familia o comunidad ha desarrollado una capacidad estable	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La familia, sus integrantes o comunidad mantienen el fortalecimiento o transformación de las formas de cuidado</li> <li>-El logro acordado se obtiene completamente</li> </ul>

	<p>que le permite sostener el logro en el tiempo, adaptarlo a nuevas situaciones y requerir un acompañamiento mínimo del EBS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Las acciones de cuidado se ha cumplido de manera sostenida.</li> <li>-La familia demuestra autonomía para mantener el logro.</li> <li>-Los cambios se están consolidando y son consistentes.</li> <li>-Menor dependencia del acompañamiento institucional.</li> </ul>
--	---	--



Anexo para orientar la identificación de alertas



Una alerta en salud se entiende como aquella situación o condición que representa un riesgo inminente para la vida o la salud de personas, familias o comunidades, que no está siendo atendida o que requiere atenciones o acciones adicionales e inmediatas. Si en el encuentro del Equipo Básico de Salud con la persona, la familia o comunidad se identifican las siguientes alertas se deben movilizar acciones sectoriales y/o intersectoriales inmediatas de prevención, atención o protección que reduzcan el impacto sobre la salud y la vida.

Alerta	Descripción o criterios para la activación inmediata
Alertas por condiciones físicas que representan una urgencia vital.	<p>Condición de salud o cuadro clínico que implique riesgo vital y/o secuela funcional grave para una persona de no mediar la atención médica inmediata e impostergable.</p> <p>Antes o durante el diálogo entre la familia e integrantes del equipo, una persona presenta, entre otras, las siguientes situaciones que no han sido atendidas o que requiere otras atenciones inmediatas: (Triage I y II)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dolor intenso o repentino en el pecho (posible infarto).</li> <li>- Dificultad severa para respirar o coloración azul en labios/piel (asfixia o cianosis)</li> <li>- Palpitaciones con pérdida de conciencia.</li> <li>- Pérdida de conciencia o convulsiones.</li> <li>- Parálisis repentina o dificultad para hablar (posible ACV).</li> <li>- Crisis asmática o broncoespasmo severo.</li> <li>- Crisis hipertensiva.</li> <li>- Crisis diabética.</li> <li>- Sangrado abundante o incontrolable.</li> <li>- Heridas profundas o quemaduras severas.</li> <li>- Fracturas o traumas graves (incluyendo traumatismo craneoencefálico)</li> <li>- Reacciones alérgicas severas (anafilaxia).</li> <li>- Fiebre alta persistente</li> <li>- Intoxicación por inhalación o ingesta de sustancias tóxicas</li> <li>- Deshidratación severa.</li> <li>- Picadura o mordedura de animal ponzoñoso .</li> <li>- Persona con mordedura, arañazo o contacto con saliva de un animal potencialmente transmisor de rabia sin importar la gravedad aparente de la lesión.</li> </ul>
Alertas psicológicas que representan una urgencia vital.	<p>Antes o durante el diálogo entre la familia e integrantes del equipo, una persona presenta la siguiente conducta suicida que no ha sido atendida o que requiere otras atenciones inmediatas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i) Ideación: Pensamientos que expresan deseos o intención de morir, sin planeación.</li> <li>ii) Amenaza o plan: Además del deseo de morir implica un plan para suicidarse.</li> <li>iii) Intento: Conducta potencialmente lesiva autoinfligida, sin resultado fatal, con intención de muerte.</li> <li>iv) Autolesión: Conducta potencialmente lesiva autoinfligida sin la intención de matarse. Puede o no provocar lesiones o provocar la muerte no intencionada (gesto suicida).</li> <li>v) Suicidio o muerte por suicidio: Muerte con evidencia, explícita o implícita, de que fue autoinfligida y con la intención de provocar el propio fallecimiento.</li> </ul> <p>Antes o durante el diálogo entre la familia e integrantes del equipo, una persona presenta una de las siguientes situaciones que no han sido atendidas o que requiere otras atenciones inmediatas: Alteraciones del comportamiento que pueden poner en riesgo la vida y la integridad propia o de otras personas: Episodios psicóticos (pérdida de contacto con la realidad, alucinaciones), síntomas de depresión (estado de inmovilidad, mutismo, falta de respuesta al entorno, cambios en el sueño, aislamiento social), agresividad extrema, agitación psicomotora extrema, desorientación severa, ataques de pánico inhabilitantes (impide respirar, moverse o pensar con claridad), autolesión, incoherencia al hablar (cambios: dificultad para comunicarse, expresar ideas de forma lógica o coherente, habla excesiva e ininterrumpida, monólogo desorganizado), Alteraciones bruscas en el comportamiento.</p>
Alertas por afectaciones físicas o psicológicas por vivencia de alguna forma de violencia.	<p>Antes o durante el diálogo entre la familia e integrantes del equipo, una persona presenta o ha presentado violencia sexual que no han sido atendidas, que es comunicada por la persona o muestra señales de violencia física y requiere atención integral en salud (física y psicológica)*. Se identifica como prioritario la atención de situaciones relacionadas con: uniones tempranas, matrimonio infantil, ablación genital en niñas, embarazo en niñas y adolescentes menores de 14 años.</p> <p>Antes o durante el diálogo entre la familia e integrantes del equipo, una persona o familia presenta violencia física y psicológica que no han sido atendidas o que requiere otras atenciones inmediatas; con énfasis en niños, niñas, adolescentes** con exposición a cualquier hecho de violencia en su contra.</p> <p>Personas con discapacidad, personas mayores, niños, niñas y adolescentes en abandono, descuido o negligencia que afectan su integridad, su salud y su vida y que requieren protección inmediata (descuido en la higiene + sin alimentos, confinamiento, restricción de movilidad o libertad).</p> <p>Antes o durante el diálogo entre la familia e integrantes del equipo, una persona o familia presenta violencia psicológica o antecedentes de violencia psicológica que no han sido atendidas y/o que requiere otras atenciones: Personas con amenazas de muerte, acoso escolar, acoso laboral.</p>
	<p>Antes o durante el diálogo entre la familia e integrantes del equipo, en una comunidad se presenta sin atención o se requieren otras atenciones inmediatas:</p> <p>Eventos naturales (inundaciones, deslizamientos, terremotos, sismos, erupciones volcánicas, huracanes, sequías, incendios forestales, entre otras que por la variabilidad y el cambio climático están cambiando sus dinámicas) que requieren evacuación, rescate, atención médica y psicológicas de urgencia y albergue temporal.</p>

<p><b>Alertas por eventos de emergencias y desastres con múltiples víctimas</b></p> <p>(Situaciones imprevistas o súbitas que ponen en riesgo vidas humanas, viviendas o medios de subsistencia, desencadenada por fenómenos naturales o antrópicos.)</p>	<p>Antes o durante el diálogo entre la familia e integrantes del equipo, en una comunidad se presenta sin atención o se requieren otras atenciones inmediatas:</p> <p>Antrópicas no intencionales: accidentes industriales, derrames de sustancias peligrosas, incendios estructurales, fallas tecnológicas, choques múltiples, explosiones, escape de gases nocivos o partículas contaminantes, accidentes de transporte de materiales peligrosos, contaminación de agua potable para su consumo, colapsos estructurales que requieren coordinar triage, estabilización y evacuación</p> <p>Antrópicas intencionales o sociales como terrorismo, asonadas o disturbios civiles.</p> <hr/> <p>Eventos por conflicto armado (masacres, enfrentamientos entre grupos armados, atentados con explosivos, desplazamientos masivos forzados, confinamiento) que afectan a la comunidad y se requiere intervención médica, psicológica y de seguridad</p> <hr/> <p>Flujos migratorios masivos que requieren atención psicosocial y de salud inmediata.</p>
<p><b>Alerta por animal que presenta comportamientos o signos clínicos compatibles con la rabia</b></p>	<p>Antes o durante el diálogo entre la comunidad, la familia e integrantes del equipo, se identifica perros o gatos sin vacunación antirrábica vigente o animal silvestre que presenta comportamientos o signos clínicos compatibles con la rabia (Perros con agresividad inusual, salivación excesiva, parálisis, cambios de comportamiento; gatos domésticos en zonas rurales con decaimiento, anorexia, cambios de comportamiento o signos neurológicos; animales silvestres con desorientación, pérdida del miedo natural; murciélagos durante el día o con comportamiento anómalo; animales de producción (bovinos, equinos, porcinos) con signos neurológicos, parálisis o cambios súbitos de comportamiento.)</p>
<p><b>Alertas por eventos de emergencias por eventos de interés en salud pública</b></p>	<p>Antes o durante el diálogo entre la familia e integrantes del equipo, o en una comunidad se presenta sin atención o se requieren otras atenciones inmediatas ante Emergencia por sospecha de evento de interés en salud pública (Brote o Epidemia)</p>
<p><b>Alertas en personas gestantes</b></p>	<p>Persona gestante sin controles prenatales o con algún signo o síntoma de alarma.</p> <hr/> <p>Personas en gestación que solicitan y no tienen atención para la interrupción voluntaria del embarazo.</p>
<p><b>Alertas en niños y niñas en primera infancia</b></p>	<p>Antes o durante el diálogo entre la familia e integrantes del equipo se identifica un niño o una niña menor de 5 años con desnutrición aguda moderada o severa sin tratamiento o con signos físicos de desnutrición aguda.</p> <hr/> <p>Antes o durante el diálogo entre la familia e integrantes del equipo se identifica un niño o una niña menor de 6 meses sin lactancia materna.</p> <hr/> <p>Antes o durante el diálogo entre la familia e integrantes del equipo se identifica un niño o una niña con IRA (complicada o grave) o EDA (Diarrea con sangre o persistente).</p> <hr/> <p>Niño o niña quién no ha tenido consultas de valoración integral con énfasis niños y niñas con riesgo: antecedentes de hospitalización previa por complicaciones por IRA o EDA, desnutrición aguda moderada o severa, patologías graves con riesgo de cronicidad, hospitalización previa en UCI pediátrica.</p> <hr/> <p>Antes o durante el diálogo entre la familia e integrantes del equipo se identifica un niño o niña con signos de alarma:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Intolerancia o rechazo a la vía oral</li> <li>2. Alteración de estado de conciencia: Somnolencia o inconciencia</li> <li>3. Dificultad respiratoria: Tirajes, taquipnea, asincronía toracoabdominal, ruidos respiratorios anormales</li> <li>4. Signos de deshidratación moderada a severa: Llanto sin lágrimas, saliva filante, pliegue que desaparece lentamente, ojos hundidos, letárgico o inconsciente</li> <li>5. Presencia de convulsiones o movimientos anormales en las últimas 72 horas.</li> <li>6. Apnea o pausas respiratorias</li> <li>7. Cianosis o palidez extrema</li> </ol>
<p><b>Alertas en recién nacidos (menor de 28 días)</b></p>	<p>Antes o durante el diálogo entre la familia e integrantes del equipo se identifica un recién nacido con signos de alarma:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Intolerancia o rechazo a la vía oral</li> <li>2. Alteración del estado de conciencia: Somnolencia o inconciencia, verifique tono muscular (hipotonía o hipertonia)</li> <li>3. Dificultad respiratoria: Tirajes, taquipnea, quejido, aleteo nasal, asincronía torácica-abdominal, desaturación</li> <li>4. Presencia de convulsiones o movimientos anormales en las últimas 72 horas</li> <li>5. Llanto inconsolable</li> <li>6. Apnea o pausas respiratorias o desaturación según altitud al nivel del mar</li> <li>7. Cianosis central o generalizada o palidez extrema, alteración del llenado capilar</li> <li>8. Fiebre o hipotermia cuantificada</li> <li>9. Coloración o lesiones de piel (ictericia – aspecto "moteado"), lesiones tipo equimosis, Petequias, pústulas, vesículas en la piel, secreción purulenta del ombligo</li> <li>10. Distensión abdominal importante, deposiciones con sangre</li> <li>11. Fontanela abombada o deprimida, separación de suturas</li> </ol>
<p><b>Alertas en recién nacidos (menor de 28 días)</b></p>	<p>Recién nacido que no ha tenido control de seguimiento entre el tercer y quinto día (con énfasis en los recién nacidos de alto riesgo: prematurez, bajo peso al nacer, defectos congénitos mayores, morbilidad neonatal extrema, hijos(as) de madre con morbilidad materna extrema, antecedentes de hospitalización previa, parto no institucional</p>