PROCESO DIRECCIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL

FORMATO GUÍA DE APRENDIZAJE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA GUÍA DE APRENDIZAJE

- **Denominación del Programa de Formación:** Tecnólogo Gestión de Procesos Administrativos de Salud
- **Código del Programa de Formación:** 121101
- **Nombre del Proyecto:** Calidad en el proceso de atención al usuario en la red de salud en instituciones públicas y privadas.
- **Fase del Proyecto:** Planeación
- **Actividad de Proyecto:**
    - Elaboraración de un diagnostico situacional de procesos involucrados con el sistema obligatorio de garantia de la calidad identificando estado de calidad actual frente a la calidad esperada.
- **Competencia:** Realizar acciones administrativas de planes y programas en las diferentes instituciones del sistema de salud de acuerdo al perfil epidemiológico de la población objeto y delegación de funciones.
- **Resultados de Aprendizaje Alcanzar:**
    - Caracterizar la situación de salud en Colombia y sus factores determinantes, de acuerdo con metodologías vigentes y políticas de salud.
    - Actualizar la información requerida en salud optimizando la tecnología disponible y de acuerdo con políticas y metodologías establecidas.
- **Duración de la Guía:** 120

2. PRESENTACIÒN



La salud pública entendida como un campo del conocimiento, que impulsa la calidad de vida y el devenir de las comunidades a través de la ciencia, la acción estatal, y la dinámica de construcción social. La salud pública es producto de las dinámicas de participación comunitaria e interdisciplinar, que pone en diálogo a las ciencias sociales, biológicas, matemáticas, económicas, políticas, administrativas, jurídicas e ingenierías, cuyo objetivo es fomentar la promulgación y ejecución de políticas públicas que garanticen las condiciones óptimas para la promoción de la salud, el desarrollo humano y el aumento progresivo de la calidad de vida de una sociedad. (Concepto aportado a la Asociación Colombiana de Salud Pública por las profesionales Lina María Murcia y Yesica Mendoza Padilla, médicas de la Escuela Latinoamericana de Medicina –ELAM (Cuba). Colombia: 2016).

En este marco, la salud se comprende como un derecho fundamental, y como el buen vivir de los individuos, familias, colectivos y comunidades, en todos sus ámbitos de vida y en relación con sus entornos social, ambiental, político, económico y cultural.

3. FORMULACION DE LAS ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

3.1 ACTIVIDAD DE REFLEXIÓN INICIAL

1. Salud y Enfermedad

Tanto la salud como la enfermedad son características asociadas a los individuos. Tienen una dimensión subjetiva, es decir, son percibidas por las personas que se sienten sanas o enfermas. Una de las formas más habituales de medir la salud es mediante cuestionarios que exploran la salud percibida. Es interesante notar cómo la buena salud percibida es compatible con el padecimiento de trastornos crónicos.

La salud según la asamblea fundacional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) celebrada el día 7 de abril de 1948 en San Francisco, es "un estado completo bienestar físico, psíquico y social y no solamente la ausencia de la enfermedad" Si bien la apelación a un estado completo de bienes físico ha sido muy criticada, asumir que la salud es una característica propia, independiente en cierto grado de la enfermedad, tiene demasiada transcendencia.

Tomado de Manual de Epidemiologia y salud pública 2 Edición Editorial Panamericana

Por lo anterior, lea las siguientes preguntas e intente responderlas.

1. ¿Qué entiendes por salud y enfermedad?
2. ¿Crees que hay una relación de entre salud y enfermedad?
3. ¿Qué es Calidad de Vida?
4. ¿Crees que la salud pública es importante en una sociedad?
5. ¿Conoces los servicios de promoción y prevención en salud pública en tu comunidad?

Detalles de la Actividad:



Estrategia Didáctica	Criterios de Evaluaciòn	Evidencias
Taller de Reflexión.	Reflexiona en grupo acerca del estado de salud de la población	Documeto con las preguntas resueltas.

3.2 Actividades de contextualización e identificación de conocimientos necesarios para el aprendizaje

3.2.1 Actividad de Aprendizaje 1: Conocer el proceso salud – enfermedad.

La salud que es el objeto de la medicina y de las profesiones de salud, no es una identidad, una realidad como lo es un objeto, sino una abtracción, u concepto que se hace referencia a una circunstancia humana, al ser un concepto depende de la cultura en la que se produce, pues ella es la que suminitra el patrón que define la forma de estar o de ser sano[1]

Leavell y Clark (1965), plantearon un esquema para tratar de explicar el desarrollo natural de la enfermedad, este medio dio un valioso aporte a la descripción del comportamiento de la enfermedad y permitio definir en su momento un enfoque para abordar la enferemdad en sus diferentes etapas: Período Prepatogénico; Período patogénico subclínico; período prodrómico; período clínco; Período de resolución.

Las acciones de los servcios de salud y por ende el actuar de los profesionales tienen como objeto promover un estilo de vida, saludable, disminuir el sufriemiento humano, mantener la salud y mejorar la calidad de vida de los individuos, para ello se debe priorizar las actividades que apunten a la promoción de la salud y la prevención de los problemas de salud como tarea central.[2]

Descripción: Por medio de una lectura guiada por el instructor, los aprendices en grupos de 5 realizarán un mapa conceptual en donde se defina los siguientes términos:

a. Salud
b. Enfermedad
c. Historia Natural de la Enfermedad
d. Factores determinantes
e. Niveles de Prevención.

Después de elaborado el mapa mental cada grupo lo expone a sus compañeros, teniendo en cuenta que no se debe repetir lo que el anterior grupo explico, el grupo de aprendices debe estar atento a lo que informa sus compañeros para no repetir y traer ideas nuevas.

El instructor guiara las sesiones, cada grupo tendrá un tiempo de 20 minutos, terminada la actividad el instructor y los aprendices realizaran una conclusión y cierre de la sesión.

Materiales: Hojas de Block iris; Papel Kraff; Marcadores; Ega, lápices, tijeras, Hojas de Block.
Ambiente: Ambiente Convencional de Salud

Detalles de la Actividad:

[1] Jorge Humberto Blanco Restrepo, José María Maya Mejía; Fundamentos de Salud Pública; Tomo I Salud Pública; CIB Fondo Editorial; (2013): pg 1.
[2] Jorge Humberto Blanco Restrepo, José María Maya Mejía; Fundamentos de Salud Pública; Tomo I Salud Pública; CIB Fondo Editorial; (2013): pg 5.



Estrategia Didáctica	Criterios de Evaluaciòn	Evidencias
Elaboración de un mapa mental	**Realiza actividades administrativas de planeación y seguimiento de planes y programas en salud.**	Cartelera el mapa mental

3.2.1 Actividad de Aprendizaje 2: Indagar sobre los Determinantes Sociales de Salud

Henrick Blum (1971), planteó que la salud es el resultante de muchas fuerzas y variables, las cuales el agrupa en cuatro categorías de factores: ambiente, comportamiento humano, herencia y servicios de salud, las cuales son lo determinates de salud.



Descripción de la actividad: Mediante una lluvia de ideas liderada por el instructor, participe sobre el concepto de determinantes sociales de la salud.

Elabore su árbol de la vida basándose en la siguiente imagen, incorpore las enfermedades que usted ha padecido y las de sus antecedentes familiares (relación de consanguinidad).

Materiales: Hojas de Block iris; Papel Kraff; Marcadores; Ega, lápices, tijeras, Hojas de Block.
Ambiente: Ambiente Convencional de Salud

Detalles de la Actividad:



Estrategia Didáctica	Criterios de Evaluaciòn	Evidencias
Elaboración del árbol de la vida.	**Realiza diseño del diagnóstico situacional de la población según delegación.**	Cartelera con el árbol de la vida.

3.3 Actividades de apropiación del conocimiento.

La salud pública es la actividad que se encamina a mejorar la salud de la población: representa la organización racional de todas las acciones y condiciones dirigidas a proteger la colectividad de los riesgos a que esta sometida, contribuir a mejorar su calidad de vida y buscar garantizar un buen estado de bienestar físico, mental y social desde el nacimiento hasta la muerte.

Estimado Aprendiz, con el desarrollo de las siguientes actividades usted logrará: definir la situación de salud teniendo en cuenta el perfil epidemiológico de la población con un enfoque investigativo en el ámbito Internacional, Nacional, Regional y/o Local.

Determinantes sociales de la salud.

3.3.1 Actividad de Aprendizaje 1: Describir los Determinates Sociales de Salud

Descripción de la actividad: Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los determinantes sociales de la salud (DSS) "son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Lea el informe de la comisión sobre los determinantes sociales de la salud realice un mapa conceptual sobre los aspectos más relevantes y Socialice en plenaria a sus demás compañeros.

Descripción de la Actividad: El enfoque de curso de vida aborda los momentos del continuo de la vida y reconoce que el desarrollo humano y los resultados en salud dependen de la interacción de diferentes factores a lo largo del curso de la vida, de experiencias acumulativas y situaciones presentes de cada individuo influenciadas por el contexto familiar, social, económico, ambiental y cultural; entendiendo que invertir en atenciones oportunas en cada generación repercutirá en las siguientes y que el mayor beneficio de un momento vital puede derivarse de intervenciones hechas en un período anterior. (Minsalud, 2015). A partir de la lectura del "ABCÉ, Enfoque de Curso de Vida" realice un crucigrama para socializar con sus compañeros e intercambie para su solución en clase.

Materiales: Hojas de Block iris; Papel Kraff; Marcadores; Ega, lápices, tijeras, Hojas de Block.
Ambiente: Ambiente Convencional de Salud

Detalles de la Actividad:



Salud Pública

3.3.2 Actividad de Aprendizaje 2: Conocer la Historia de la Salud Pública

Descripción de la actividad: En grupos de 5 aprendices que estarán asignados por el instructor; leerán el siguiente artículo:

Tema: Funciones esenciales de la salud pública. Bibliografía: Salud pública: teoría y práctica. Mauricio Hernández, Eduardo Lazcano. México Instituto Nacional de Salud Publica Ed. Manual Moderno. El cual hace referentes sobre la evolución y tendencia de la salud pública a nivel internacional y nacional, además los aprendices podrán consultar sobre el tema; además en la plataforma se podrá consultar el material de apoyo para realizar la actividad. Luego de haber leído los aprendices empezaran a realizar una línea de tiempo con todos los grupos teniendo en cuenta la evolución de la salud publica en los diferentes años.

Al final de la actividad todos deberán participar en la elaboración de una línea de tiempo de la historia de la Salud Publica, teniendo en cuenta las fechas y los acontecimientos importantes en cada siglo, es importante que deben iniciar a nivel internacional y luego terminar en Colombia.

Cuando terminen la actividad se debatirá en mesa redonda los puntos positivos y negativos de la actividad desarrollada, además se aclaran las dudas con el instructor referentes al tema.

Materiales: Hojas de Block iris; Papel Kraff; Marcadores; Ega, lápices, tijeras, Hojas de Block.
Ambiente: Ambiente Convencional de Salud

Detalles de la Actividad:



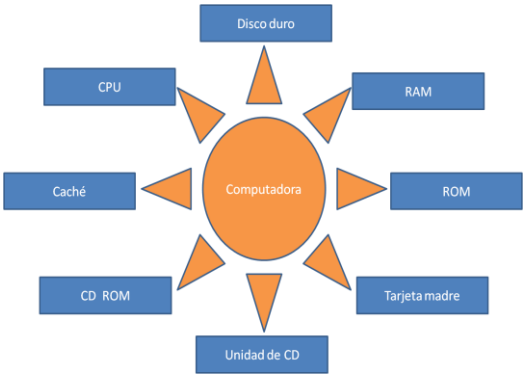
Estrategia Didáctica	Criterios de Evaluaciòn	Evidencias
Elaboración de la línea de Tiempo.	Genera la información requerida por el sistema de información de salud según lineamientos	Línea de Tiempo

3.3.3 Actividad de Aprendizaje 3: Identificar la salud pública y la normatividad legal vigente.

Descripción de la actividad: Héctor Abad Gómez, médico y especialista en salud pública, murió en 1987 y aportó gran conocimiento en materia de salubridad. Dentro de la selección de texto contemplada en "Fundamentos éticos de la salud pública" él habla sobre ¿Qué es la salud pública? Pág. 99.

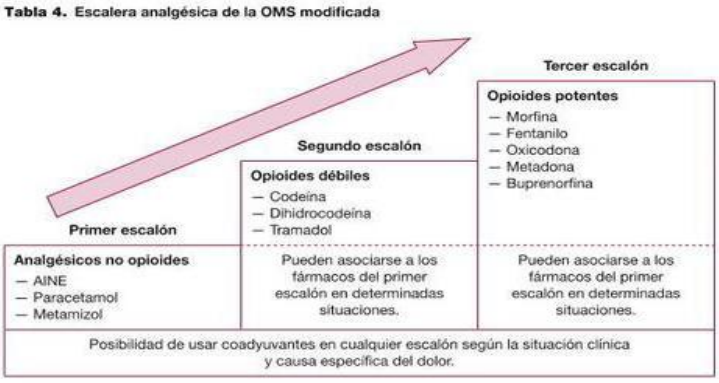


Conforme un equipo de trabajo y realice un mapa tipo arcoíris en un octavo de cartulina de acuerdo con lo planteado por el instructor sobre el concepto de salud pública y la relación con la dignidad humana colombiana para socializar en el ambiente de aprendizaje.



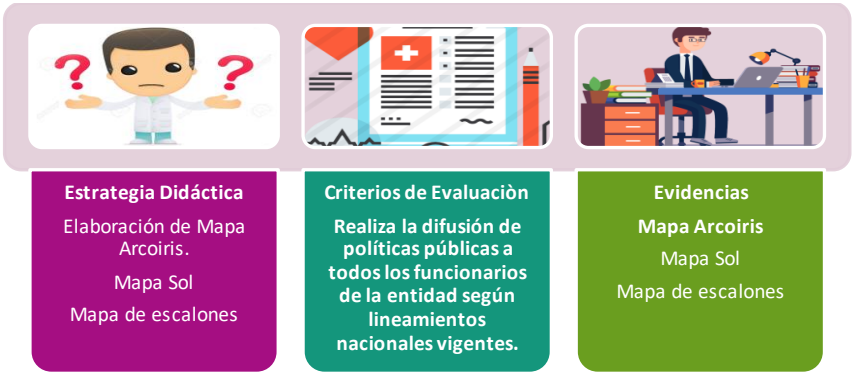
Realizar otro mapa tipo sol en un octavo de cartulina con las funciones de salud publica que están en el siguiente documento entregado de por el Instructor Funciones esenciales de la salud pública; Eduardo Lazcano Ponce, Olga Georgina Martínez Montañez, Sofía Charvel, Mauricio Hernández Ávila. Capitulo 1. Editorial Manual Moderno.

Realizar un mapa tipo escalones donde se evidencie la normatividad legal vigente de salud pública en Colombia.



Materiales: Hojas de Block iris; Papel Kraff; Marcadores; Ega, lápices, tijeras, Hojas de Block.
Ambiente: Ambiente Convencional de Salud

Detalles de la Actividad:



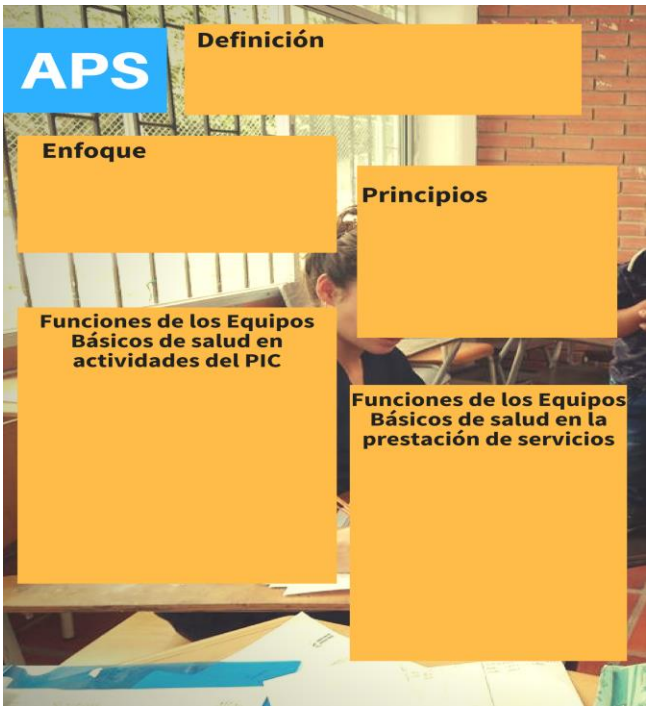
Atención Primaria en Salud

3.3.4 Actividad de Aprendizaje 4: Definir la Atención Primaria en Salud y el PIC.

La atención primaria en salud APS ha sido la estrategia global de atención en salud mediante la cual se pretendió alcanzar la meta de "Salud para todos en el año 2000"; esta estrategia fue formulada durante la conferencia internacional de APS llevada a cabo en ALMA ATA, en la antigua Rusia en 1978, patrocinada por la OMS y UNICEF; con el objeto de alcanzar para todos los habitantes del mundo un estado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva[3].

Descripción de la actividad: La Atención Primaria en Salud tiene una larga trayectoria en el país. Desde que se lanzó la Estrategia en Alma Ata (1978), Colombia la introdujo en su sistema de salud. En este sentido, se organizó la infraestructura necesaria en términos de presupuesto, de recursos humanos y de políticas públicas en salud. Con respecto a lo anterior, reviso la Estrategia de Atención Primaria en Salud elaborada por el Ministerio de salud y protección social en 2012 y completo lo siguiente:

[3] Jorge Humberto Blanco Restrepo, José María Maya Mejía; Fundamentos de Salud Pública; Tomo I Salud Pública; CIB Fondo Editorial; (2013): pg 89



Descripción de la actividad: Es un plan de beneficios compuesto por intervenciones de promoción de la salud y gestión del riesgo, las cuales se enmarcan en las estrategias definidas en el Plan Territorial de Salud (PTS), y buscan impactar positivamente los determinantes sociales de la salud y alcanzar los resultados definidos en el PTS. Comprende un conjunto de intervenciones, procedimientos, actividades e insumos definidos en el anexo técnico de la Resolución 518 de 2015[4], los cuales se ejecutarán de manera complementaria a otros planes de beneficio; en grupos de trabajo realizar un mapa metal de la Resolución 518 del 2015 y realizar la aplicación del PIC en la comunidad que cada grupo escogio.

Materiales: Hojas de Block iris; Papel Kraff; Marcadores; Ega, lápices, tijeras, Hojas de Block.
Ambiente: Ambiente Convencional de Salud

Detalles de la Actividad:



Estrategia Didáctica	Criterios de Evaluaciòn	Evidencias
Elaboración de un Diagrama y un mapa mental	Genera la información requerida por el sistema de información de salud según lineamientos	Diagrama Mapa Mental

[4] https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/Paginas/plan-de-intervenciones-colectivas.aspx.

Plan Decenal de Salud Pública

3.3.5 Actividad de Aprendizaje 5: Investigar el Plan Decenal de Salud Pública en Colombia.

El Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021, es producto del Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014, y busca la reducción de la inequidad en salud, planteando los siguientes objetivos: 1) avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud; 2) mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente; 3) mantener cero tolerancia frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitable. Uno de los mayores desafíos del Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021, es afianzar el concepto de salud como el resultado de la interacción armónica de las condiciones biológicas, mentales, sociales y culturales del individuo, así como con su entorno y con la sociedad, a fin de poder acceder a un mejor nivel de bienestar como condición esencial para la vida[5].

Descripción de la Actividad: Según el Ministerio de Salud y Protección Social, el Plan Decenal de Salud Pública PDSP, "busca la reducción de la inequidad en salud. A partir del siguiente esquema general del PDSP 2012-2021, investigue y realice el taller que entegara el instructor donde explicaran cada uno de sus componentes y sus principales características y descríbalo en el siguiente esquema:

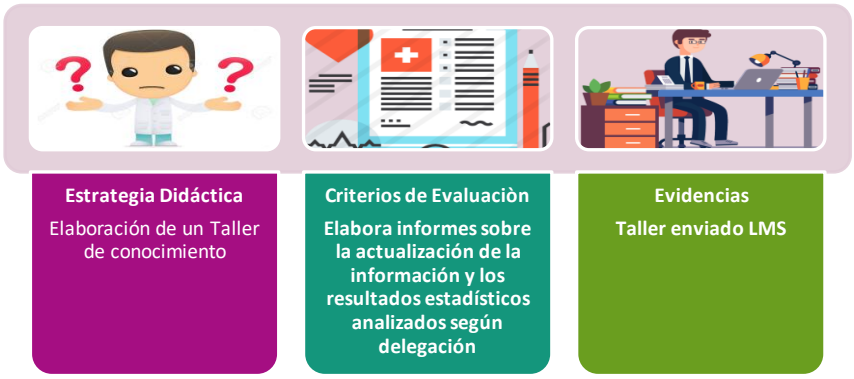


[5] https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/home2013.aspx

Observe el siguiente video realizado por el Ministerio de Salud y Protección Social sobre el Plan Decenal de Salud Pública, el cual reposa en la siguiente URL: https://www.youtube.com/watch?v=jZNX6iYrHec Consecuentemente, elabore un mapa tipo sol en una hoja tamaño carta (Más información: http://diagramasdenube.blogspot.com.co/2012/12/mapas-cognitivos.html), donde ubique en el centro una palabra clave que le indique la importancia de este plan y los beneficios para la salud en el contexto nacional. Una vez terminado, reúnase con cinco compañeros, socialice y saque tres conclusiones.

Materiales: Hojas de Block iris; Papel Kraff; Marcadores; Ega, lápices, tijeras, Hojas de Block.
Ambiente: Ambiente Convencional de Salud

Detalles de la Actividad:



3.3.6 Actividad de Aprendizaje 6: Reconocer el Modelo Atención Integral en Salud - MAITE



Para el desarrollo de la PAIS, se implementará el Modelo de Acción Integral Territorial —MAITE, conformado por el conjunto de acciones y herramientas que, a través de acuerdos interinstitucionales y comunitarios, orienten de forma articulada la gestión de los integrantes del sistema de salud en el territorio para responder a las prioridades de salud de la población y de este modo contribuir al mejoramiento continuo, la satisfacción de las expectativas de los ciudadanos y a la sostenibilidad del sistema, bajo el liderazgo del departamento o distrito.

Igualmente, el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), pretende unificar los elementos y acciones que proporcionen el desarrollo de herramientas (planes, programas, proyectos, normas, documentos técnicos y ejecuciones concretas) en el marco de ocho líneas de acción.

Descripción de la actividad: Los aprendices deberán realizar una lectura de los textos por grupos de trabajo de los siguientes temas:

1. G1: Resolución 3202 del 2016: “Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud - RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud - PAIS y se dictan otras disposiciones.”
2. G2: Resolución 3280 del 2018: El objetivo de esta resolución es adoptar los lineamientos, técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y de la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y las directrices para su operación, contenidos de los anexos técnicos que hacen parte integral de la resolución y son de obligatorio cumplimiento.
3. G3: Resolución 2626 del 2019: Por la cual se modifica la Politica de Atención Intergal en Salud (PAIS) y se adopta el modelo de Accion Integral Territorial MAITE.
4. G4: Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las RIAS Ministerio de Salud y Protección Social.
5. G6: Gestión Integral Del Riesgo En Salud. Perspectiva desde el Aseguramiento en el contexto de la Política de Atención Integral en Salud.

Cada grupo realizará un mapa mental que luego socializara a todo el grupo.

Materiales de formación: Block tamaño carta, lapiceros, borrador, video beam, diapositivas; computadores.

Ambiente: Ambiente Convencional de Salud

Detalles de la Actividad



3.3 Actividades de transferencia del conocimiento.

Situación Problemática

Así llegó el coronavirus a Colombia

Crónica de lo que ha pasado en el país desde el día del primer contagio hasta hoy

Este fin de semana, un relato sobre cualquier ciudad de Colombia en cuarentena podría empezar como La Peste, de Albert Camus: “A primera vista Oran es, en efecto, una ciudad como cualquier otra, una prefectura francesa en la costa argelina y nada más. La ciudad, en sí misma, hay que confesarlo, es fea. Su aspecto es tranquilo y se necesita cierto tiempo para percibir lo que la hace diferente de las otras ciudades comerciales de cualquier latitud”.



Ciudades solitarias, de fachadas vacías, de arquitectura hueca cuyos habitantes viven temerosos, ocultos, buscando evitar el contacto para que el virus no los ataque.

A esto se llegó después de tres meses. La pandemia, una palabra que por poco es eliminada del diccionario por falta de uso, comenzó a finales del año pasado en Wuhan, China, como una gripa que rápidamente se transformó en pulmonía y en enfermedad respiratoria grave, nadie pensó que el virus pudiera viajar 16.000 kilómetros a un país en el que muy pocos habían oído de Wuhan y del cual muy pocos wuhaneses habían escuchado en su vida: Colombia.

Cuando se presentó el primer caso en el país, el tema ya era recurrente en los medios. Desde principios de marzo se escuchaba de muertos en Italia, de exagerado aumento de contagio en España y solo era cuestión de tiempo para que llegara a Colombia. Las autoridades preparaban el plan de choque, como quien espera una tragedia anunciada.

Ese 6 de marzo, las noticias en el resto del mundo no eran nada esperanzadoras. En Italia el número de muertos aumentaba dramáticamente. Para esa época era de 197, el mayor aumento diario desde que el brote se presentó allí. Las autoridades italianas ya reportaban 4.600 casos.

Fue precisamente de ese país desde donde se importó el primer enfermo. Se trata de una mujer de 19 años que llegó al aeropuerto Eldorado, de Bogotá, sin síntomas del virus que pudieran alertarla. Su familia le preparó una pequeña fiesta de bienvenida y salieron a algunos sitios. Según el ministro de Salud, Fernando Ruiz, la paciente tuvo contacto con 16 personas más. Ese fue el caso cero de una cadena que se ha venido esparciendo por personas que viven en el exterior y retornan a su país y por quienes se contagian de manera local.

En efecto, el virus viaja en avión. Los dos siguientes casos fueron detectados en Buga, Valle del Cauca y Medellín, Antioquia provenientes de España. En ese país las cosas tampoco iban bien por esa época. Los casos habían aumentado a 345 contagiados y ya se contaban cinco muertos.

El 11 de marzo los casos comenzaron a aparecer en Colombia como relacionados a los primeros. Esta vez los infectados no habían visitado Madrid, Nisa o el Rin. Estaban en Colombia, pero como se dice, en el lugar y en el momento menos indicado: en contacto con los infectados de una enfermedad asintomática. Para ese día ya eran nueve los casos, de los cuales tres habían llegado de España, Estados Unidos e Italia. A las ciudades en las que se instalaba la enfermedad se sumaron Cartagena e Itagüí.

Fue ese miércoles en el que la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la enfermedad como una pandemia, es decir, que se encuentra en los cinco continentes y tiene una afectación grave para los habitantes del planeta.

Ese día ya se contaban 118.000 casos en el mundo y 4.291 muertos. En ese momento el aeropuerto Eldorado comenzó a implementar el protocolo para visitantes internacionales y el aislamiento preventivo voluntario para todo extranjero que visitaba el país. El presidente Iván Duque aseguró que si el extranjero no tenía para sobrellevar su aislamiento era mejor que no visitara el país.

Foto Diana Rubiano/ El Nuevo Siglo
https://www.elnuevosiglo.com.co/articulos/03-2020-asi-llego-el-coronavirus-colombia

Realice un Informe donde se realice un Analisis del Coronavirus en Colombia, deberá ser presentado en normas APA y aplicando todo lo desarrollado en esta Guia de Aprendizaje y resolver en ese informe las siguientes preguntas.

- ✓ ¿Cómo ha sobre llevado este contagio?
- ✓ ¿Por qué cree que se presentó este virus?
- ✓ ¿Este suceso llevó a qe el país tomara en cuenta los estilos de vida saludbale?
- ✓ ¿Por qué se presentan estas enfermedades, que opina?
- ✓ ¿La salud publica como paraticipa de este contagio?
- ✓ ¿Cuáles serían las acciones individuales y colectivas que desarrollar?

Materiales de formación: Block tamaño carta, lapiceros, borrador, video beam, diapositivas; computadores.

Ambiente: Ambiente Convencional de Salud

Detalles de la Actividad



Estrategia Didáctica	Criterios de Evaluaciòn	Evidencias
Elaboración de un mapa mental	Presenta informes a quienes corresponda frente al cumplimiento de metas y al seguimiento de los indicadores de referencia.	Cartelera el mapa mental

4. ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN

Evidencias de Aprendizaje	Criterios de Evaluación	Técnicas e Instrumentos de Evaluación
Evidencias de Conocimiento Respuesta a preguntas escritas sobre las temáticas trabajads en la guía de aprendizaje. **Evidencias de Desempeño** Observación directa sobre investigación de la historia natural de la enfermedad. **Evidencias de Producto** Informe sobre Estudio de Caso Análisis Coronavirus.	• Realiza actividades administrativas de planeación y seguimiento de planes y programas en salud. • Realiza diseño del diagnóstico situacional de la población según delegación. • Aplica la metodología para el análisis del diagnóstico situacional según lineamientos. • Actualiza las bases de datos en salud de acuerdo a la información de las entidades territoriales. • Actualizar las bases de datos de la población asignada. • Genera la información requerida por el sistema de información de salud según lineamientos	**Técnica de evaluación:** Prueba de conocimientos **Instrumento de Evaluación:** Cuestionario **Técnica de evaluación**: Observación directa **Instrumento de Evaluación:** Lista de chequeo **Técnica de evaluación:** Valoración de producto **Instrumento de evaluación:** Lista de verificación

	• Elabora informes sobre la actualización de la información y los resultados estadísticos analizados según delegación • Realiza la difusión de políticas públicas a todos los funcionarios de la entidad según lineamientos nacionales vigentes. • Presenta informes a quienes corresponda frente al cumplimiento de metas y al seguimiento de los indicadores de referencia.	

5. GLOSARIO DE TERMINOS

- ✓ **ASINTOMATICO:** Periodo de una enfermedad (contagio o pródromo), donde no se hacen evidentes los signos clínicos.
- ✓ **ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS):** Es la asistencia sanitaria esencial, accesible, a un costo que el país y la comunidad puedan soportar, realizada con métodos prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables.
- ✓ **AUTORIDADES SANITARIAS:** Entidades jurídicas de carácter público con atribuciones para ejercer funciones de rectoría, regulación, inspección, vigilancia y control de los sectores público y privado en salud y adoptar medidas de prevención y seguimiento que garanticen la protección de la salud pública.
- ✓ **CONDICIONES DE VIDA:** Son el entorno cotidiano de las personas, dónde éstas viven, actúan y trabajan. Estas condiciones de vida son producto de las circunstancias sociales y económicas, y del entorno físico, todo lo cual puede ejercer impacto en la salud, estando en gran medida fuera del control inmediato del individuo.
- ✓ **CONDUCTA DE RIESGO:** Forma específica de conducta de la cual se conoce su relación con una susceptibilidad incrementada para una enfermedad específica o para un estado de salud deficiente.
- ✓ **CONTACTO DIRECTO:** Transmisor de agentes patógenos de persona a persona mediante besos, copulación, manipulación, compartición de alimentos, agua o ropajes.
- ✓ **CONTAGIO:** Forma o tipo de transmisión de una patología por contacto directo o indirecto.
- ✓ **CONTROL EPIDEMICO:** Son planes de manejo que diseñan los epidemiólogos y van dirigidos hacia el reservorio (eliminación de ratas, inmunizar perros, eliminar murciélagos), hacia la transmisión (purificar aguas, pasteurizar la leche, enseñar hábitos dentales y manuales en la escuela), a vacunar a la población o a aislar por cuarentena a los infectados.

- ✓ **DEMANDA INDUCIDA:** Son todas las acciones encaminadas a informar y educar a la población afiliada, con el fin de dar cumplimiento a las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana establecidas en las normas técnicas.
- ✓ **DETECCIÓN TEMPRANA:** Es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones que permiten identificar en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitan su diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, la reducción de su duración y el daño causado, evitando secuelas, incapacidad y muerte.
- ✓ **ENDEMIA:** Enfermedad endémica. Enfermedad muy habitual, que siempre se presenta en una comunidad.
- ✓ **ENCUESTA**: Instrumento utilizado para la recolección de información dentro de los métodos proactivos, con el fin de conocer una característica determinada en una población específica.
- ✓ **ENFERMEDAD:** Alteración de la actividad normal del organismo.
- ✓ **ENFERMEDAD INFECCIOSA:** Alteración del organismo producida por un microorganismo o un virus.
- ✓ **ENFERMAD NO INFECCIOSA:** Trastorno causado por el propio organismo (trastornos del sistema circulatorio, respiratorio o el cáncer).
- ✓ **ENFERMEDAD INFECTOCONTAGIOSA:** Causada por microorganismos patógenos. Ej. cólera, EPOC, IRA, sarampión, parotiditis, Sida y tuberculosis, meningitis, hepatitis, rabia, rubéola.
- ✓ **ENFERMEDAD INMUNOPREVENIBLE:** Son patologías cuyo desarrollo en el organismo puede ser restringido mediante inmunizaciones controladas.
- ✓ **ENFERMEDAD PARASITARIA:** Patología causada por la instalación, infestación o contagio con parásitos.
- ✓ **EPIDEMIA:** enfermedad que se presenta de improviso, en un numero infrecuentemente alto de individuos de una misma comunidad y, al mismo tiempo.
- ✓ **ESTADO DE SALUD:** Descripción y/o medida de la salud de un individuo o población en un momento concreto en el tiempo, según ciertas normas identificables, habitualmente con referencia a indicadores de salud.
- ✓ **ESPERANZA DE VIDA:** Es la media de la cantidad de años que vive una determinada población absoluta o total en un cierto período.
- ✓ **FECUNDIDAD:** Realización efectiva de la fertilidad, es decir, la abundancia de la reproducción biológica. Puede aplicarse también a cualquier especie biológica o incluso a la tierra misma.
- ✓ **INCUBACION:** Periodo de una enfermedad infectocontagiosa en el que el patógeno se introduce y se reproduce dentro del individuo sin mostrar los signos clínicos de la enfermedad.
- ✓ **INFECCION**: Es la colonización de un organismo huésped por especies exteriores. Implantación y desarrollo en el organismo de uno o más agentes patógenos que siempre provocan una acción morbosa.
- ✓ **MORBILIDAD:** Es un término de uso médico y científico que sirve para señalar la cantidad de personas o individuos considerados enfermos o víctimas de una enfermedad en un espacio y tiempo determinados.
- ✓ **MORTALIDAD:** Número proporcional de defunciones en una población o tiempo determinados.
- ✓ **NATALIDAD:** Nacimientos que se producen en una comunidad relacionados con el número de población fértil en un determinado período de tiempo.
- ✓ **PATOGENO:** Agente biológico capaz de provocar enfermedades.
- ✓ **PATOLOGIA:** Término médico que describe las características de un padecimiento o cambio anómalo en la estructura o función del cuerpo o la mente.

- ✓ **PORTADOR:** Individuo infectado que no presenta los signos clínicos de la patología. Puede haber portadores agudos (su estado infeccioso es muy breve: niños con meningitis o con diarrea), o portadores crónicos (personas que permanecen infectadas por largo tiempo: ancianos con tuberculosis o lepra).

6. REFERENTES BILBIOGRAFICOS

- ✓ Salud pública: teoría y práctica. Mauricio Hernández, Eduardo Lazcano. México Instituto Nacional de Salud Publica Ed. Manual Moderno.
- ✓ Fundamentos de Salud Pública; Tomo I Salud Pública; Jorge Humberto Blanco Restrepo, José María Maya Mejía; CIB Fondo Editorial; 2013.
- ✓ Boletín Epidemiológico OPS Sobre el concepto de salud-enfermedad. Descripción y explicación de la situación de salud.
- ✓ Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las RIAS. Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá D.C., abril de 2016.
- ✓ Manual de Medicina Preventiva y Social I. Unidad 1. LA SALUD Y SUS DETERMINANTES. LA SALUD PÚBLICA Y LA MEDICINA PREVENTIVA. Prof. Titular Dr. Gabriel Acevedo; Prof. Adjunto Dr. David Martínez; Prof. Asistente Med. Lisandro Utz.
- ✓ Concepto actual de salud pública; Vicente Navarro.
- ✓ Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Johnson, J., y Joamseen, M.: Democracy, Health nt Word Buvwood. 1989.

7. CONTROL DEL DOCUMENTO

	Nombre	Cargo	Dependencia	Fecha
Autor (es)	**Sandra Milena Enriquez Tróchez**	**Instructor**	**Centro de Comercio y Servcios**	**Marzo de 2020**

8. CONTROL DE CAMBIOS (diligenciar únicamente si realiza ajustes a la guía)

	Nombre	Cargo	Dependencia	Fecha	Razón del Cambio
Autor (es)					

1. IDENTIFICACIÓN DE LA GUIA DE APRENDIZAJE

- Denominación del Programa de Formación: Técnico en Salud Pública
- Código del Programa de Formación: 331308
  1. Nombre del Proyecto: Promoción de entornos saludables para el cuidado de la salud y la vida.
- Fase del Proyecto: Planeación
- Actividad de Proyecto: AP-Definir un Plan de Acción de Intervenciones en Salud Pública para la Población Focalizada Según Normatividad Vigente.
- Competencias:

  Técnicas

  230101295 Caracterizar Situación De Salud Según Metodología De Análisis Y Normativa.

- Resultados de Aprendizaje Alcanzar:

  Técnicas

  230101295-1 Reconocer las comunidades de acuerdo con características socioculturales, enfoques y formas de organización.

  230101295-2 Aportar en la caracterización de la situación de salud de la población de acuerdo con metodología establecida.

  230101295-3 Elaborar matriz de priorización y mapa de riesgos de acuerdo con parámetros.

  230101295-4 Promover la participación comunitaria para la planeación y desarrollo de acciones para el cuidado de la salud de la población.

  Componente social

  240201500 Asumir responsablemente los criterios de preservación y conservación del medio ambiente y de desarrollo sostenible, en el ejercicio de su desempeño laboral y social.

  240201500 Duración de la Guía:

- Técnicas: 272 horas

2. PRESENTACION

3. FORMULACION DE LAS ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

1.1. ACTIVIDAD DE REFLEXIÓN:



La salud pública es transversal en nuestras vidas, bien sea a través de factores protectores como la lactancia materna o los inmunobiológicos que nos protegen contra enfermedades, como con las situaciones que pueden afectar nuestra salud, las cuales se denominan factores de riesgos, hábitos de vida poco saludables, alteraciones del ambiente, presencia de vectores que sirven de vehículo a microorganismos o aun sin ellos que pueden causar morbilidad y mortalidad.

El papel de técnico en salud pública es fundamental porque es un enlace entre la comunidad y las instituciones tanto promotoras como prestadoras de salud, a través de las actividades que realice puede marcar la diferencia en el Bienestar de la comunidad.
A través de esta guía se realizará el reconocimiento de las comunidades para la caracterización de las características de cada una de ellas.

<u>Situación problemática</u>



Día a día se reconoce muchas actividades, acciones que con escucharlas o simplemente verlas evocan una serie de características propias. A continuación, observe las siguientes imágenes y al finalizar, responda lo siguiente para luego socializar en plenaria:

Imagen 1



Imagen 2



Imagen 3



Imagen 4



Imagen 5



Imagen 6



Imagen 7



- ¿Qué le representa a usted cada imagen en relación con la salud pública?
- ¿Qué efectos tiene cada imagen en la salud de las personas?
- ¿Qué haría usted para mejorar estas situaciones?

3.2 ACTIVIDADES DE CONTEXTUALIZACIÓN

3.2.1 Escriba en media hoja las características y problemáticas que se presentan en su comunidad. Reúnase en plenaria junto con sus compañeros e instructor y participe dando respuesta a los siguientes interrogantes:

Escribir las características de problemas de salud de su comunidad.

- ¿Conoce los actores que tienen responsabilidad sobre la problemática?
- ¿sabe que es una organización comunitaria?
- ¿Identifica el papel de las juntas de acción comunal?
- ¿cuáles son las principales características de esa comunidad?

3.2.2 Participe en la lluvia de ideas sobre el concepto de determinantes sociales en salud liderado por el instructor.

3.3 ACTIVIDADES DE APROPIACIÓN DEL CONOCIMIENTO (CONCEPTUALIZACIÓN Y TEORIZACIÓN).





3.3.1 Concepto de salud y enfermedad: A través de un dibujo o imagen represente que significa para usted la salud y en con otra imagen o dibujo represente que es la enfermedad, debajo de cada imagen plasme un concepto de la salud y de la enfermedad. Socialice en plenaria con sus compañeros.

3.3.2 METODOLOGÍA PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA ESTRUCTURA SOCIAL

3.3.2.1 Lea atentamente el siguiente texto que hace referencia a la sociedad en la época de la colonia elabore una representación gráfica de los diferentes grupos sociales de esta época.

En la época de los españoles en América ellos eran los únicos que podían acceder a cargos públicos y del ejército. La vida de los españoles no era extremadamente lujosa, aunque sí poseían esclavos y se alimentaban bastante bien. Eran los dueños de la tierra. De esta manera, con el trabajo que desempeñaban los indios de las encomiendas en el campo y en los lavaderos de oro, se fueron volviendo más ricos.

Los españoles ocuparon cargos públicos responsabilizándose del gobierno y también se dedicaron al comercio.

Los criollos son los hijos de los españoles que nacieron en América, por lo que a manos de ellos pasaron las casas, haciendas, tierras y encomiendas. Los criollos eran cultos. Incluso algunos jóvenes iban a estudiar fuera del país, al exterior. Muchos criollos alcanzaban altos grados militares, otros se hacían sacerdotes y el resto se dedicaba al comercio .Al ser mayoritariamente dueños de algunas tierras, dominaban gran parte de las actividades productivas

Los mestizos un grupo que se formó con la unión entre conquistadores e indios. Estos siguieron uniéndose entre ellos y formaron una población que creció rápidamente, llegando incluso a ser la más numerosa, durante la época colonial. Los mestizos eran pobres. Muchos de ellos estaban constantemente buscando trabajo, ya que no poseían uno estable. Otros vivían en el campo como peones de las haciendas y el resto trabajaba en minas.

Los negros y mulatos fueron traídos desde África para trabajar en distintas labores en el campo o ciudad. Con frecuencia formaban parte de la servidumbre de las casa.



Cartagena de Indias fue el principal puerto de entrada de esclavos al país durante el periodo colonial y durante su auge más alto resultó en ser el negocio más lucrativo de la ciudad. Hacia 1620 la ciudad contaba con 6000 habitantes, de los cuales 1400 eran esclavos de origen africano, hacia 1686 el número de esclavos había aumentado a 2000.[17] En el censo realizado entre 1778 y 1780 se determinó que la población esclava representaba el 10 % de la población en la Provincia de Santa Marta y el 8 % de la Provincia de Cartagena.

El uso de mano de obra esclava resultó ser imprescindible para la economía de la Provincia de Cartagena, tanto en el ámbito urbano como rural. Con la muerte de la gran mayoría de la población nativa, el trabajo de los africanos alcanzó una gran relevancia. Aunque durante XVII la labor esclava fue empleada tanto en agricultura como ganadería, eventualmente esta pasó a concentrarse alrededor de sólo esta última puesto que la agricultura es estacional y por ende resultaba menos rentable para el esclavista que deseaba reducir al mínimo las horas en que el esclavo no trabajaba.

Los indios o aborígenes: Muchos pueblos indígenas no se sometieron a los españoles sino después de ser militarmente derrotados e incluso quienes aceptaron el dominio español no pocos terminaron por sublevarse ante la explotación despiadada de que eran objeto. Así los primeros indígenas fueron esclavizados sin fórmula de juicio unos y otros en su condición de prisioneros de guerra a la usanza española, los conquistadores hicieron pues una esclavización generalizada entre los pueblos indígenas. Después del genocidio indígena a través de las guerras de conquista, de la esclavización y las enfermedades traidas, los Españoles decidieron quedarse, imponiéndose una política de estado de largo plazo y más por razones económicas que por una actitud humanitaria, se adopta una política de protección de la población indígenas como mano de obra gratuita para las encomiendas, pues la tierra sin quien la trabajara perdía todo su valor en perjuicio de encomenderos y de los intereses tributarios de la corona.

Es entonces ante el exterminio indígena cuando la propuesta del padre las casas, antiguo encomendero, de reemplazar a los indígenas por negros africanos para el laboreo de las minas es acogida en 1517 por el emperador Carlos V, y se inicia el proceso de la esclavitud en América con el primer desembarco de un cargamento de negros en 1518, el cual duraría hasta 1880, pocos años después de que la esclavitud fuese oficialmente abolida en Brasil y Cuba, últimos bastiones esclavistas en América. Teniendo en cuenta el texto anterior elabore una representación gráfica de los diferentes grupos sociales de esta época.

3.3.3 La familia: ***¡Se dice que la familia es la base fundamental de una sociedad*** Lee con atención el mensaje del Papa Francisco y debajo de la imagen escribe tu propio concepto de lo que significa para usted una familia.



- ✓ **Consulta cuales tipos de familia existen y describe cada uno de ellos.**
- ✓ **Determine los siguientes conceptos:**
  - **Relación familiar**
  - **Relación marital**
  - **Relación fraternal**
  - **Núcleo familiar**
  - **Familiograma**

- ✓ **Ahora observa el video de cómo elaborar un familiograma o genograma que podrás encontrar en el siguiente enlace:** https://www.youtube.com/watch?v=8cNs2QpQEf8 **, y realiza tu propio familiograma (elaborarlo en cartulina para socializarlo con los compañeros, para este documento podrás tomarle foto y anexarla en este documento).**

3.3.4 Determinantes sociales de la salud. Los **determinantes sociales de la salud** son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de **salud**. Son el resultado de la distribución del dinero

Pedro Luis Castellanos expone como la determinación social de la salud está explicada en la interacción del modo de vida, las condiciones de vida, y los estilos de vida con los perfiles de los problemas de salud. En lo que se denomina la dialéctica, entre lo singular (individual), lo particular (grupal) y lo general (poblacional).

Determinantes estructurales: Conformados por la posición socio económica, la estructura social, y la clase social, edad, genero, etnia, área de residencia (rural disperso, centro poblado, urbana), nivel educativo.

Determinantes intermedios: Incluye un conjunto de elementos caracterizados en circunstancias materiales (condiciones de vida y el trabajo, disponibilidad de alimentos etc.), el comportamiento, el factor biológico, psicosocial, el sistema de salud. Todos estos al ser distintos según la posición socio económica generan un impacto en la equidad en salud y en el bienestar.

Determinantes singulares (particulares): relacionados con el estado de salud / enfermedad de las personas.

- ✓ A partir de la descripción del contexto social, económico, ambiental y la situación de salud del departamento de la Guajira, reúnase en grupo de 3 personas y realice el taller de determinantes sociales facilitado por su instructor.

3.3.5 LOS ACTORES SOCIALES: El concepto de actor, cuya raíz etimológica se encuentra en la lengua latina, alude a quien interpreta un personaje o asume un determinado rol. **Social**, por su parte, es aquello vinculado a la sociedad (una comunidad de personas que conviven en un territorio y comparten una cultura).

Los actores sociales son grupos humanos que que gestionan intereses comunes al favor de la cooperación.
Son lo que asumen el interés de trabajar conjuntamente con otras personas para lograr objetivos relevantes.
Los actores sociales deben intervenir, dialogar entre ellos para poder encontrar la meta solicitada a base de ideas y argumentos conjuntos.
Forman temas de interés político, económico, social y cultural de la comunidad formando valores.
Pueden considerarse actores sociales a las autoridades políticas, a los líderes religiosos, a los representantes oficiales de distintos organismos.
Ejemplos de actores sociales:

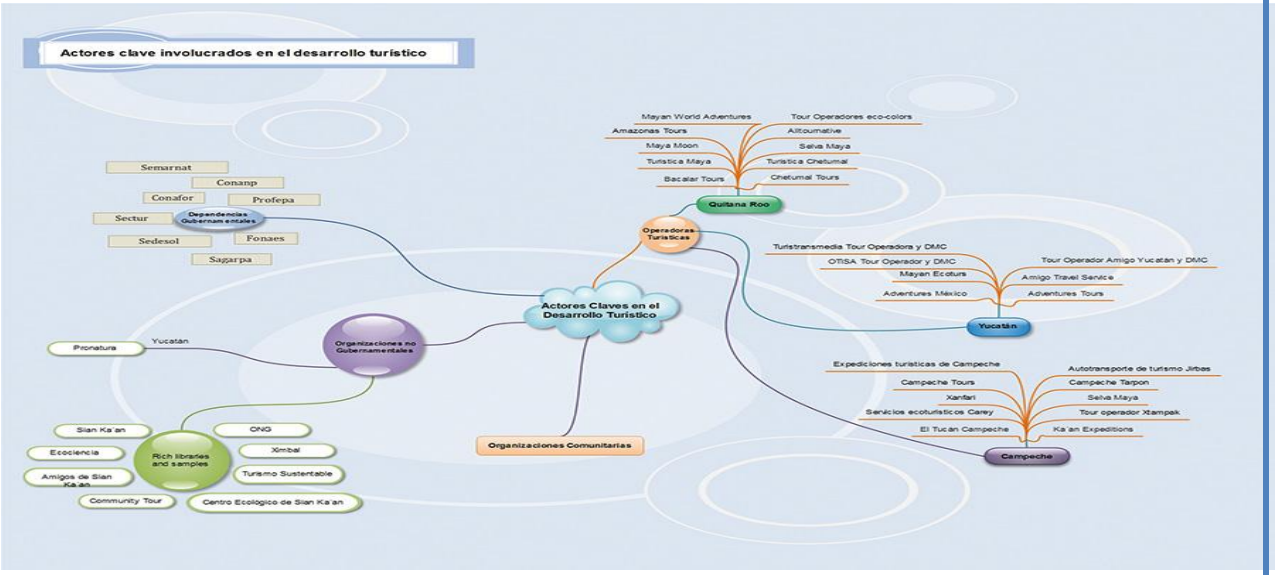
- Profesores: Su función es enseñar a los niños.
- Madres y padres: Su función es educar a sus hijos.
- Políticos: Su función es presentar acciones a favor del país y la sociedad.
- Religiosos: Su función es mostrar la palabra de Dios a sus feligreses.

✓ Analiza muy detenidamente la situación actual del departamento, el país y del mundo con la problemática de la pandemia por Coronavirus – COVID 19 y Completa el siguiente cuadro haciendo tus aportes. Guíate por el ejemplo del cuadro.

ANALISIS DE ACTORES SICIALES PARA LA CONTENCIÓN DE LA PANDEMIA DEL COVID 19 EN EL DEPARTAMENOTO DEL CAUCA			
NOMBRE DEL ACTOR	FUNCIONES	IMPACTO EN LA SALUD DE LA POBLACIÓN	TU RECOMENDACIÓN
Gobierno nacional	Implementar medidas nacionales para el control y la contención del covid 19. . ETC……	Reducir el número de contagios y muertes por covid 19 en el país.	Cerrar frontera aérea en aeropuertos internacionales para evitar la importación del virus desde los países con altas tasas de contaminación. Cerrar aeropuertos nacionales para evitar la diseminación entre los departamentos afectados por covid 19
	Analizar los efectos en el sistema de salud.	Evitar el colapso en el sistema de salud	Adicionar recursos para garantizar la atención de los usuario contagiados por covid 19
	Coordinar acciones de prevención del contagio porCOVID 19.	Reducir de manera exponencial el número de contagios.	Implementar acciones de ayuda o de solidaridad para que las comunidades mantengan la cuarentena..
	Promover acciones de IEC a la población sobre las maneras de prevención del COVID 19.	Reducir de manera exponencial el número de contagios. Informar a la población sobre el comportamiento del virus y en especial	Mantener informando a las personas sobre la enfermedad especialmente de como la podemos prevenir.

	Entre otras	como evitar su contagio.	

3.3.6 **Mapeo de actores sociales:** es una técnica que busca identificar a los **actores** claves de un sistema y que además permite analizar sus intereses, su importancia e influencia sobre los resultados de una intervención.



✓ Guiándote por el ejemplo que representa la imagen de actores claves en el desarrollo turístico. Elabora un mapa de actores que represente el afrontamiento de la Pandemia de Covid 19. Socialícelo en plenaria

3.3.7 **Objetivos Desarrollo Sostenible (ODS):** Los ODS son un llamado universal a la adopción de medidas para poner fin a la pobreza, proteger el planeta y garantizar que todas las personas gocen de paz y prosperidad. A partir de la siguiente imagen reúnase con dos personas más y de acuerdo con los objetivos designados por el instructor, indague sobre la meta de los estos y comparta con sus compañeros a través de una cartelera lo encontrado.

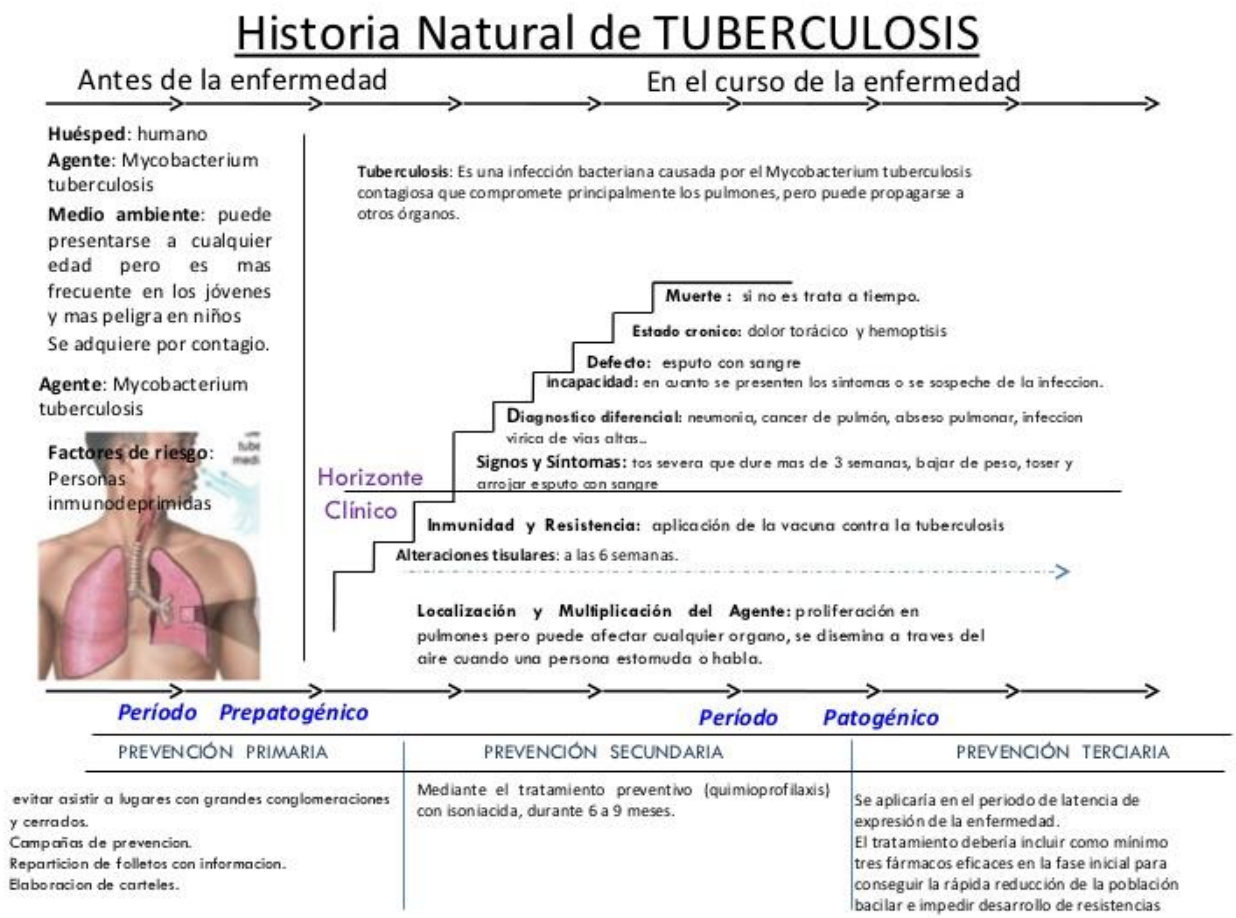


- Dibuja y colorea en tu cuaderno cada logotipo de los ODS, Piensa como ir desarrollando una maqueta para socializarlos en el ambiente de aprendizaje.

- Elabora un cuadro sinóptico sobre las acciones que se han implementado en Colombia para impulsar cada uno de los 17 ODS.

- Para complementar nuestro estudio respecto a los ODS escoge uno de los 17 objetivos y súmate con otro compañero y elabora una maqueta que será socializada en formación. (Favor informar a la instructora cual es el ODS de tu interés).

3.3.8 Proceso de salud y enfermedad.



- ✓ Para una mejor comprensión de esta historia de la enfermedad amplia tu conocimiento e investiga los siguientes conceptos:

Periodo pre patogénico, periodo patogénico, periodo de incubación o de latencia, Huésped – agente infeccioso, inmunidad activa, inmunidad pasiva, signo, síntoma. Prevención primeria, prevención secundaria, prevención terciaria.

- ✓ Realiza un grafico o dibujo donde plasmes según tu conocimiento como sería el proceso de enfermar una persona por tuberculosis hasta su recuperación.

3.3.8 La triada ecológica de la enfermedad: La llamada tríada ecológica es un tradicional modelo epidemiológico que explica el proceso salud -enfermedad en el ser humano por la interacción de tres elementos: un **agente etiológico**, un **huésped susceptible** y el **medio ambiente** que interactúa entre ambos, en especial en la vía de transmisión desde una fuente infecciosa hacia el huésped. En la medida que se rompe el equilibrio entre estos tres factores, agente-huésped- medio ambiente, sobreviene la **enfermedad.**

- ✓ Armonizando este concepto de triada ecológica de la enfermedad, escoge una enfermedad infecciosa y realiza un dibujo donde representes la triada ecológica de la enfermedad.

3.3.9 Medición De La Salud: conceptos de Mortalidad, Morbilidad, Discapacidad

1 Mortalidad : Los datos de **mortalidad** indican el número de defunciones por lugar, intervalo de tiempo y causa. Los datos de **mortalidad** de la **OMS** reflejan las defunciones recogidas en los sistemas nacionales de registro civil, con las causas básicas de defunción codificadas por las autoridades nacionales. Observa el siguiente grafico de las 10 primera causa de muerte en Colombia durante el año 2016.



- ✓ Con los datos de la gráfica anterior completa el siguiente cuadro:

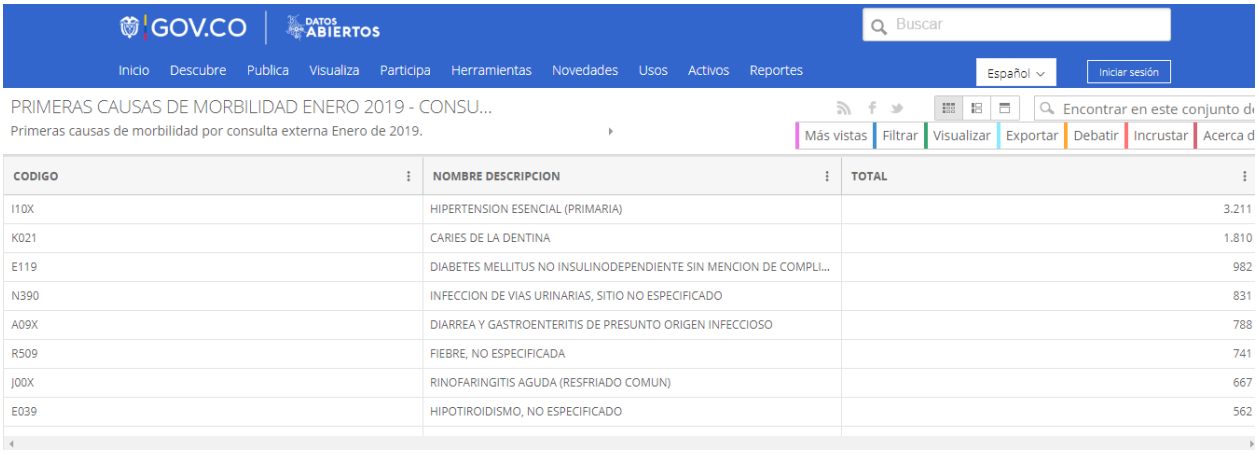
Causa de muerte	Factores de riesgo no modificables	Factores de riesgo modificables	Factores protectores que podían haber evitado la muerte por esta causa
1.Enfermedad izquemica del corazón	Hipertensión, Edad, sexo masculino y antecedentes familiares también son **factores** a tener en cuenta.	Tabaquismo, colesterol, diabetes, obesidad, sedentarismo y estrés.	No fume ni se exponga al humo **de** cigarrillo, Mantenga una presión arterial saludable. Controle su colesterol (lípidos en la sangre) etc.
2.			
3.			
4.			
5.			
6			

Morbilidad: es el índice de personas enfermas en un lugar y tiempo determinado. El índice o la tasa de morbilidad es un dato estadístico útil para estudiar los procesos de evolución y control de las enfermedades. La Organización Mundial de la Salud la define como "toda desviación subjetiva u objetiva de un estado de bienestar".

Los datos de morbilidad pueden provenir de los registros ordinarios que llevan los registros sanitarios públicos, médicos y otros, así como encuestas. El índice se obtiene al dividir la cantidad de enfermos de una localidad o región entre el total de su población, multiplicado por 1000 o por 100.000.Este dato permite a los gobiernos establecer políticas adecuadas para cumplir el derecho a la salud consagrado en las distintas constituciones.

La **morbimortalidad** se refiere al conjunto de enfermedades mortales que han afectado a una cantidad de personas en un tiempo y lugar determinados.

Observa los datos estadísticos de las primeras causas de morbilidad en Colombia durante el mes de enero de 2019.



CODIGO	NOMBRE DESCRIPCION	TOTAL
I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	3.211
K021	CARIES DE LA DENTINA	1.810
E119	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLI...	982
N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	831
A09X	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	788
R509	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	741
J00X	RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	667
E039	HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO	562

Tomado de página ministerio de salud y de la protección social.

Los datos aquí relacionados son tomados de los informes estadísticos generados por las UPGD que haces la consulta externa y que los envían a las secretarias de salud y/o al ministerio de salud y de la protección social.

- ✓ Con las diferentes causas notificadas para enero del 2019 en Colombia representa cada enfermedad con un dibujo y debajo de esta escribe su concepto.

Discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales. Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive.

Atención médica y rehabilitación



En el mundo hay aproximadamente mil millones de personas con discapacidad, de las que la mayoría carece de acceso a una atención médica y a servicios de rehabilitación apropiados, especialmente en los países de ingresos bajos y medianos.

3.3.10. **Rehabilitación basada en la comunidad (RBC)**



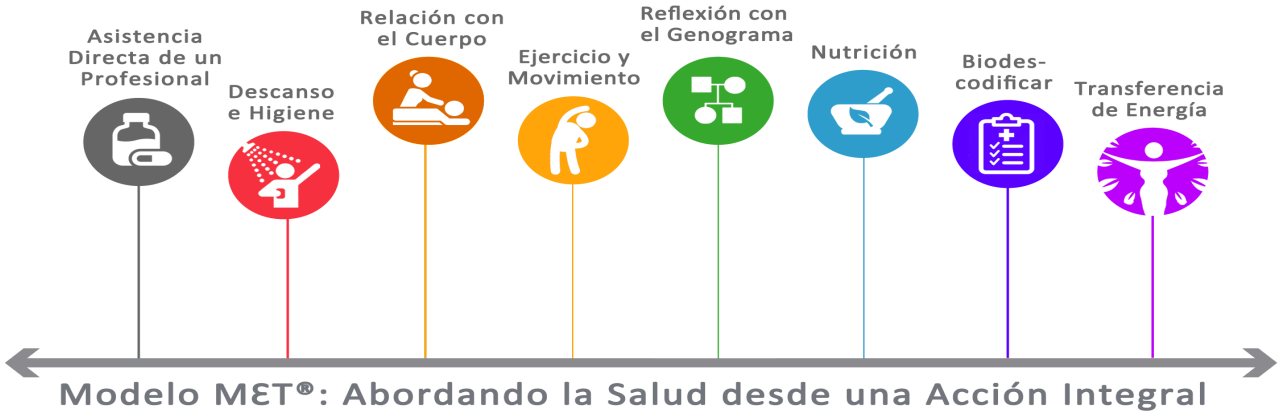
La rehabilitación basada en la comunidad (RBC) se centra en mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad y sus familias, atender sus necesidades básicas y velar por su inclusión y participación. La RBC comenzó a aplicarse a mediados del decenio de 1980, pero con el tiempo se ha convertido en una estrategia multisectorial que habilita a las personas con discapacidad para que puedan acceder a los servicios sociales, educativos, sanitarios y de empleo y beneficiarse de ellos. Como consecuencia de ello, estas personas tienen más problemas para alcanzar y mantener un nivel óptimo de autonomía y salud. La falta de servicios obstaculiza su plena inclusión y participación en todos los aspectos de la vida.

- ✓ **Elabora una infografía con los diferentes Tipos de discapacidad** que se pueden presentar.

1. **Discapacidad** física

2. **Discapacidad** sensorial
3. **Discapacidad** intelectual
4. **Discapacidad** psíquica
5. **Discapacidad** visceral
6. **Discapacidad** múltiple.

3.3.11 Modelos de Salud: Lee el siguiente concepto.
El término Modelo de Salud significa un compromiso inextinguible con la consolidación de un modo coherente, sistemático y predeterminado de respuesta como institución a los usuarios diferenciándose de un Modelo de Prestación en que su énfasis está en los atributos de la atención y no en los recursos que deben movilizarse y combinarse para producirlo. Sin embargo, el Modelo de Salud ayuda a organizar los recursos para prestar servicios de un modo específico (Modelo de prestación) al facilitar clarificar el peso relativo de los distintos enfoques sobre prestación de atención médica acorde con las condiciones específicas de la población. (Tomado del Modelo de Salud – UNISALUD)



✓ **Observa la gráfica anterior y responde:**

a. Que otro aspecto crees que faltaría en la imagen para mantener una salud más integral?

b. De cada icono de la imagen anterior escribe dos aspectos que consideres importantes para mantener la salud de las personas.

c. Consideras bueno el modelo de atención en salud Colombiano? Porque?

✓ Reúnase con dos personas e investiguen otros modelos de salud y elabore un cuadro sinóptico, posteriormente socialícelo con sus compañeros.

3.3.12 La Calidad De Vida: Es un concepto que se refiere al conjunto de condiciones que contribuyen al bienestar de los individuos y a la realización de sus potencialidades en la vida social.
La calidad de vida comprende factores tanto subjetivos como objetivos.

Entre los factores subjetivos se encuentra la percepción de cada individuo de su bienestar a nivel físico, psicológico y social.
En los factores objetivos, por su parte, estarían el bienestar material, la salud y una relación armoniosa con el ambiente físico y la comunidad.
Como tal, muchos aspectos afectan la calidad de vida de una persona, desde las condiciones económicas, sociales, políticas y ambientales, hasta la salud física, el estado psicológico y la armonía de sus relaciones personales y con la comunidad.

En este sentido, podríamos analizar la calidad de vida considerando cinco grandes variables:

- Bienestar físico, asociado a la salud y la seguridad física de las personas;
- Bienestar material, que incluiría nivel de ingresos, poder adquisitivo, acceso a vivienda y transporte, entre otras cosas;
- Bienestar social, vinculado a la armonía en las relaciones personales como las amistades, la familia y la comunidad;
- Bienestar emocional, que comprende desde la autoestima de la persona, hasta su mentalidad, sus creencias y su inteligencia emocional;
- Desarrollo, relacionado con el acceso a la educación y las posibilidades de contribuir y ser productivos en el campo laboral.

Para la **Organización Mundial de la Salud** (OMS) la calidad de vida implicaría la **percepción que una persona tiene de su situación de vida en relación con su contexto (cultura, sistema de valores), sus objetivos, aspiraciones y preocupaciones**.

- ✓ Después de reconocer los aspectos generales de calidad de vida, y haciendo un reconocimiento de la situación actual del país elabora en tu cuaderno el mapa de Colombia con sus departamentos identifica en el mapa cuales de estos tendrían una buena calidad de vida, los de una mediana calidad de vida y los que consideres mala calidad de vida e identifica con los siguientes colores:

  Verde buena calidad de vida
  Azul medina calidad de vida
  Morado mala calidad de vida.

3.3.13 Mecanismos de participación social en salud: Sopa de letras

Busca las palabras escondidas y consulta su concepto.

X	V	G	P	A	R	T	C	I	P	A	C	I	O	N	L	A	I	C	O	S	V	I	D	A	S	S	A	C
S	E	M	V	O	I	R	A	U	S	U	L	A	N	O	I	C	N	E	T	A	D	A	M	E	T	S	I	S
A	E	R	V	I	C	I	O	D	A	T	E	N	C	I	O	N	A	L	A	C	O	M	U	N	I	D	A	D
L	D	U	M	T	D	S	Q	C	O	M	I	T	E	S	D	U	L	A	S	E	D	O	I	R	A	U	S	U

U	U	J	F	O	C	A	A	S	O	C	I	A	C	I	O	N	D	U	S	U	A	R	I	O	S	R	I	G
D	R	C	O	M	I	T	E	D	E	T	I	C	A	H	O	S	P	I	T	A	L	A	R	I	A	C	M	Z
C	I	U	D	A	D	A	N	A	Q	W	A	C	O	P	A	C	O	S	Z	I	L	A	T	I	P	S	O	H
Y	A	S	S	S	G	S	S	E	L	A	I	R	O	T	I	R	R	E	T	S	O	J	E	C	N	O	C	S

1-Consejos Territoriales de Seguridad Social en **Salud**.
2-El Servicio de Atención a la Comunidad (SAC)
3-Sistema de Atención a los Usuarios (SIAU)
4-Comités de **Participación** Comunitaria (COPACO)
5-Asociación de Usuarios.
6-Comité de Ética Hospitalaria.
7-Veedurías Ciudadanas en **Salud**.
8-Comité
9-Salud
10-Hospital
11-Vida
12-SAC
13-SIAU
14-Veeduría

3.3.14 Consulta de la norma

Lee con atención la resolución 2063 de 2017 y elabora un ensayo donde menciones los mecanismos de participación social.

3.3.15 Plan decenal d Salud Publica : Héctor Abad Gómez, médico y especialista en salud pública, murió en 1987 y aportó gran conocimiento en materia de salubridad. Dentro de la selección de texto contemplada en “Fundamentos éticos de la salud pública” él habla sobre ¿Qué es la salud pública? Pág. 99. Conforme un equipo de trabajo y realice un mapa tipo arcoíris en un octavo de cartulina de acuerdo con lo planteado por el instructor sobre el concepto de salud pública y la relación con la dignidad humana colombiana para socializar en el ambiente de aprendizaje.

3.3.16 A través de uno o varios collages en un octavo de cartulina, represente el papel de talento humano en salud pública desde la perspectiva técnica y operativa, además de las diferentes acciones que desempeñan en el campo laboral para socializar en plenaria junto con el instructor.

3.3.17 Observe el siguiente video realizado por el Ministerio de Salud y Protección Social sobre el Plan Decenal de Salud Pública, el cual reposa en la siguiente URL: https://www.youtube.com/watch?v=jZNX6iYrHec Consecuentemente, elabore un mapa tipo sol en una hoja tamaño carta (Más información: http://diagramasdenube.blogspot.com.co/2012/12/mapas-cognitivos.html), donde ubique en el centro una palabra clave que le indique la importancia de este plan y los beneficios para la salud en el contexto nacional. Una vez terminado, reúnase con cinco compañeros, socialice y saque tres conclusiones.

3.3.18 Según el Ministerio de Salud y Protección Social, el Plan Decenal de Salud Pública PDSP, "busca la reducción de la inequidad en salud, planteando los siguientes objetivos: 1) avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud; 2) mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente; 3) mantener cero tolerancias frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitable. A partir del siguiente esquema general del PDSP 2012-2021, investigue a qué se refiere cada uno de sus componentes y sus principales características y descríbalo en el siguiente esquema:



Comunidad

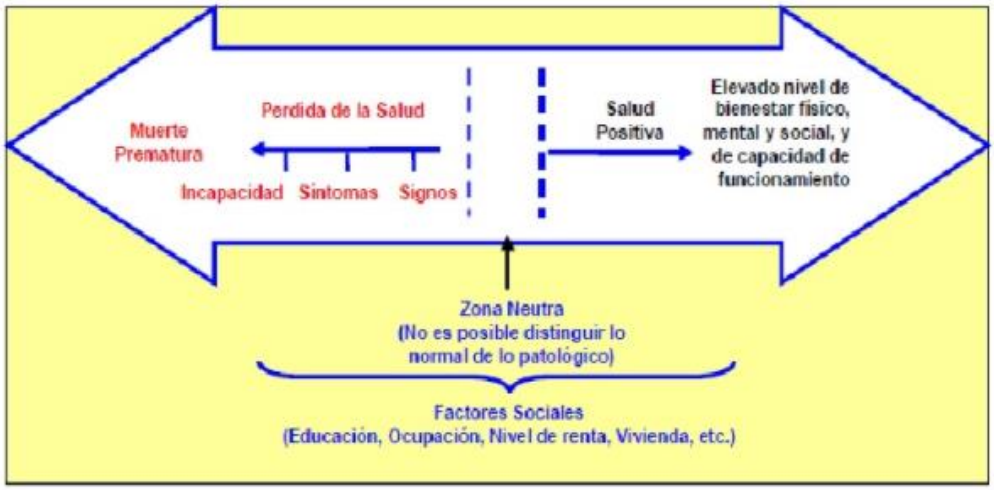
3.3.19 El concepto de comunidad y sus elementos ha tenido una serie de apreciaciones que han permitido avanzar en el reconocimiento especifico de las mismas. Por tanto, reúnase en equipo de cinco personas, revise el artículo "El concepto de comunidad desde el punto de vista socio - histórico-cultural y lingüístico" de la autora Causse Mercedes y resuelvo a través de una lotería lo siguiente:

- ¿Qué es comunidad? (Tenga en cuenta las definiciones de las páginas 2 y 3).
- ¿Qué es comunidad de habla y qué es comunidad idiomática? (pág. 6)
- ¿Cuáles son los elementos de la comunidad? (pág. 3)
- ¿Qué es sentido de pertenencia? (pág. 4)

Proceso de salud enfermedad

3.3.20 Los conceptos de salud y enfermedad son categorías fundamentales dentro de la formación como técnico en salud pública, como parte de la comprensión de los fenómenos y percepciones que los caracterizan. A partir de lo anterior, construya una línea de tiempo con la evolución histórica de estos dos conceptos y presente tres conclusiones a partir de lo elaborado ante sus compañeros.

3.3.21 Construya a partir de la siguiente imagen, dos conclusiones sobre el análisis de esta frente al actual sistema de seguridad de salud en Colombia y debata por equipos de trabajo.



Fuente: Medicina Preventiva y Salud Pública. Piédrola Gil et al. 2001

3.3.22 Completo el siguiente cuadro con las siguientes definiciones: equidad, desigualdad y política pública en salud para socializar en plenaria junto con el instructor y compañeros.

ÍTEM	DEFINICIÓN	BIBLIOGRAFÍA
EQUIDAD		
DESIGUALDAD		
POLÍTICA PÚBLICA		

3.3.23 A través de la Técnica Phillips, dinámica de trabajo en equipo que se basa en la organización de grupos de seis (6) personas para elaborar e intercambiar información mediante una gestión eficaz del tiempo (Más información: La técnica Phillips 6.6. Disponible en https://miguejoey.files.wordpress.com/2015/04/za_phillip66_l1010.pdf); responda lo siguiente según indicaciones del instructor junto con sus compañeros:

- Analice, identifique y discuta con sus compañeros, desigualdades o inequidades que se puede reconocer en la prestación de los servicios de salud de su localidad o barrio.
- Reflexione sobre las posibles causas que están generando esa situación.
- Identifique las políticas públicas en salud, en las cuales evidencia la estrategia de Atención Primaria.
- Formule cinco interrogantes para apoyar las intervenciones de otros participantes durante la discusión por grupos.

Perfil demográfico y epidemiológico: conceptos básicos, caracterización, grupo etáreo, curso de vida

3.3.24 A través de una exposición por grupos colaborativos, presente los conceptos básicos del perfil epidemiológico, demográfico, calidad de vida y los grupos etáreo con sus principales características.

3.3.25 El enfoque de curso de vida aborda los momentos del continuo de la vida y reconoce que el desarrollo humano y los resultados en salud dependen de la interacción de diferentes factores a lo largo del curso de la vida, de experiencias acumulativas y situaciones presentes de cada individuo influenciadas por el contexto familiar, social, económico, ambiental y cultural; entendiendo que invertir en atenciones oportunas en cada generación repercutirá en las siguientes y que el mayor beneficio de un momento vital puede derivarse de intervenciones hechas en un período anterior. (Minsalud, 2015). A partir de la lectura del "ABCÉ, Enfoque de Curso de Vida" realice un crucigrama para socializar con sus compañeros e intercambie para su solución en clase.

Análisis de la situación en salud (ASIS), diagnóstico participativo, planificación local participativa.

El ASIS es un proceso analítico-sintético que permite caracterizar, medir y explicar el estado de salud la población en el territorio, permitiendo identificar los desafíos y retos en salud en marco de los determinantes sociales en salud. Por tanto, consulto la guía metodológica vigente de ASIS proporcionada por el Ministerio de Salud y Protección social y resuelva En plenaria resolver las preguntas y plasmar en un cartel a través de un mapa conceptual lo relacionado con el tema lo siguiente:

- ¿Qué es el Análisis de Situación de Salud?
- ¿Cuál es el Objetivo?

- ¿Cuál es la diferencia entre perfil epidemiológico y ASIS?
- ¿Qué son y cuáles son las fuentes de información primaria y secundaria?
- ¿Cuáles son los componentes del ASIS?

Teniendo como ejemplo el ASIS vigente de su municipio o departamento organice grupos de trabajo en equipo y elabore un cuadro comparativo de las principales causas (mínimo cinco) de morbilidad y mortalidad por grupos poblacionales, e identifique los determinantes sociales que impactan de una manera significativa la salud de la población. Discuta en plenaria los aspectos de salud identificados.

Matriz de priorización

3.3.26 La matriz de priorización en salud es una herramienta cualitativa que permite organizar y seleccionar a partir de una información recolectada las diferentes variables y criterios para tomar una decisión colectiva. Por consiguiente, elabore una descripción gráfica sobre el método Hanlon y el método OPS-CENDEX para la priorización de problemas en salud.

3.3.27 Construya un ensayo mínimo dos hojas junto con dos compañeros en el cual incluya alguno de los siguientes textos bibliográficos:

- Gómez Tabares, Gloria Estela, López López, María Victoria, Ochoa Marín, Sandra Catalina, & Wilches Flórez, Olga Cecilia. (2007). Matriz de procesos críticos: Propuesta para estudiar condiciones de vida y salud. Investigación y Educación en Enfermería, 25(1), 21-28. Retrieved March 10, 2017, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072007000100002&lng=en&tlng=en.

- Arango-Humberto, N. M. J. I., & Paredes, M. 11 Focalización y priorización en la práctica de la Promoción de la Salud. PROMOCION DE LA SALUD: Como construir vida saludable, 157.

- Duprá, R. C. (2007). Priorización en salud: un dilema ético. Prioridades en salud y salud intercultural.

3.3.28 El método de Hanlon se basa en cuatro componentes: magnitud, severidad del problema, eficacia de la solución y la factibilidad de la intervención. Este método permite ordenar los problemas asignando un valor a cada uno de ellos según los resultados obtenidos en la siguiente fórmula: ***Puntuación de prioridad: (A + B) C x D.*** A partir de lo anterior, reúnase con cuatro compañeros y elabore una matriz bajo este método sobre la contaminación ambiental en su barrio.

3.3.29 Además de la matriz de priorización, la construcción de mapas de riesgo comunitarios permite a la comunidad y los entes gubernamentales en la identificación de los diferentes riesgos, para la toma de decisiones y la elaboración de propuestas de intervención. Por tanto,

conforme un equipo de cuatro personas y elabore una lotería sobre los tipos de mapas de riesgos y sus principales características.

3.4 ACTIVIDADES DE TRANSFERENCIA DEL CONOCIMIENTO.

3.4.1 A partir de la siguiente situación, realice en equipos de tres personas un escrito sobre el análisis de los determinantes sociales y las diferentes características de la comunidad. Elabore un informe en Word y expóngalo ante sus compañeros.

Tuberculosis un problema de salud pública que afecta a la población más pobre
Publicado por: Opinión & Salud on: abril 15, 2017

Cada año mueren aproximadamente 1,4 millones de personas por tuberculosis, la causa, malas condiciones de vida".

La enfermedad de la tuberculosis sigue siendo un problema de salud pública que afecta a las comunidades más vulnerables, en este caso los más pobres, según afirma la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La situación de la tuberculosis en las Américas según la OPS y la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el último reporte del año 2016, la tuberculosis junto con el VIH Sida, son las principales causas de muerte entre las enfermedades infecciosas en el mundo. Cada año mueren aproximadamente 1,4 millones de personas por esta enfermedad. Carlos Garzón representante de la Organización Panamericana de la Salud, indicó que un total de 25.000 personas murieron en las Américas en 2015 por tuberculosis, "una enfermedad que sigue siendo un problema de salud pública" y que ataca a la población malas condiciones de vida, "afectando principalmente aquellos infectados con VIH Sida".

En Colombia, 318 casos de tuberculosis han sido reportados ante el SIVIGILA según la semana número 13 del 2017 que se incrementó de acuerdo con la comparativa del año 2016 que en la misma semana epidemiológica reportó 260 casos de personas afectadas por tuberculosis, en todas las formas (pulmonar y extra pulmonar). El 54,5% de los afectados, pertenecen al régimen subsidiado y prevalece en una población mayor de 60 años con un total de 725 sucesos, es decir el 21,0%; mientras que en poblaciones étnicas el total de casos es de 2999 (87,9%).

Los datos anteriormente expresados revelan que el departamento con mayor número de casos notificados por los entes territoriales salud es el Amazonas, registrando una incidencia de 19,2 por 100.000 habitantes.
Conforme a lo anterior, es importante resaltar que la tuberculosis es una enfermedad que ataca a los pulmones en el 90%, también puede presentar lesiones en los riñones o diseminarse por todo el organismo ocasionado la muerte, o con complicaciones que son irreversibles.

De acuerdo Ministerio de Salud que inició en 2012 un proyecto con el Fondo Mundial de Lucha contra la Tuberculosis la Malaria y el VIH, recomienda a las personas que presenten tos con expectoración, por más de 15 días, deberá acudir a la institución de salud para que se le practiquen

los exámenes correspondientes y así descartar lo síntomas de tuberculosis y en caso tal de salir positivo se "inicie el tratamiento continuo por seis meses, sin ningún costo para el paciente".

Proyecto formativo

3.4.14 De acuerdo con su territorio, transite por el mismo y realicen la caracterización de acuerdo con la exposición realizada por el instructor. Tengan en cuenta el territorio en el que se encuentra, las personas con las que viven, las instituciones que están establecidas y el servicio que le dan a las personas que viven en el barrio, lugares vulnerables, presencia de parques y uso de estos, organizaciones establecidas, entre otros. Debe hacer una presentación de lo que se investigó. Realice una exposición dinámica y participativa para compartir con sus compañeros. Tengan en cuenta las características presentadas en la metodología ASIS y el diagnóstico participativo de la OMS. Tenga en cuenta el facilitativo para la construcción del diagnóstico participativo dado por su instructor.

AMBIENTE REQUERIDO
Ambiente de aprendizaje
Biblioteca
Ambientes reales y/o simulados

MATERIALES
Computadores, Cartulina, Colores. Papel periódico. Lapiceros. Lápices. Borradores. Pliegos de papel craf, marcadores permanentes, marcadores borraseco, borrador, tablero, fotocopias, guías de aprendizaje documentos como programa de formación, reglamento del aprendiz, tijeras, pegante, cinta transparente.

5. ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN

Tome como referencia las técnicas e instrumentos de evaluación citados en la guía de Desarrollo Curricular

Evidencias de Aprendizaje	Criterios de Evaluación	Técnicas e Instrumentos de Evaluación
EVIDENCIA DE CONOCIMIENTO Respuesta a preguntas escritas sobre características socioculturales, enfoques y formas de organización	1. Ccaracteriza las poblaciones de acuerdo con características socioculturales, enfoques y formas de organización social. 2. Aplica metodologías establecidas para caracterizar la situación de salud de la población de acuerdo con lineamientos establecidos.	Formulación de preguntas: Cuestionario

EVIDENCIA DE DESEMPEÑO Observación directa sobre exposición de análisis de determinantes de situación problemática. **EVIDENCIA DE PRODUCTO** Observación directa sobre documento de caracterización en salud y condiciones socioculturales	3. Consulta las fuentes de información y actores claves de acuerdo con las metodologías participativas. 4. Convoca grupos sociales, actores claves locales, regionales o departamentales de acuerdo con objetivos establecidos por el equipo de salud, delegación y metodología definida. 5. Sistematiza la información obtenida de acuerdo con criterios de confiabilidad, oportunidad, veracidad y metodología establecida. 6. Presenta resultados de la información recolectada a los miembros del equipo de salud y actores claves de acuerdo con delegación. 7. Determina variables epidemiológicas de acuerdo con las características del estudio y enfoques. 8. Realiza censo de la comunidad de acuerdo con características del territorio. 9. Mantiene comunicación entre los actores de manera es permanente, clara, y oportuna según acuerdos intersectoriales. 10. Registra determinantes sociales del territorio de acuerdo con la metodología establecida. 11. Analiza la vulnerabilidad de los grupos sociales en el marco de los indicadores de morbilidad y mortalidad. 12. Recopila información pertinente de cada sector según criterios metodológicos establecidos. 13. Elabora informe preliminar según metodología definida en la caracterización de salud. 14. Identifica eventos de salud según criterios de magnitud, gravedad, tendencia, eficiencia, posibilidades de	Observación directa: Lista de chequeo Observación directa: Lista de chequeo

	prevención y transmisibilidad e interés público. 15. Elabora matriz de priorización y mapa de riesgos asociados, según parámetros establecidos. 16. Analiza factores determinantes de la salud de acuerdo con los instrumentos y metodología establecidos. 17. Participa en el análisis de la situación de salud individual, familiar y colectiva según criterios técnicos y normatividad vigente. 18. Fomenta factores protectores relacionados con la exposición colectiva a factores del ambiente del consumo y del comportamiento de acuerdo con lineamientos y criterios técnicos. 19. Identifica la situación de salud del territorio en el marco de la normatividad vigente 20. Planea y desarrolla acciones e intervenciones en salud de acuerdo con el análisis de la situación de salud territorial, dimensiones prioritarias según normatividad vigente en salud pública. 21. Vincula a la comunidad en las acciones del plan de intervenciones colectivas (PIC) mediante. 22. La aplicación de estrategias de participación y movilización comunitaria. 23. Evalúa los resultados de las acciones de acuerdo con los indicadores y objetivos definidos 24. Registra e informa novedades oportunamente a su equipo de trabajo para la toma de decisiones. 25. Respeta la cultura y tradiciones de la comunidad según características poblacionales.	

	26. Utiliza canales efectivos de comunicación de acuerdo con las características poblacionales 27. Aplica estrategias de negociación de acuerdo con las necesidades comunitarias utiliza metodología establecida para realizar las reuniones comunitarias de acuerdo con la metodología 28. Utiliza técnicas de habilidad social establecidas al desarrollar estrategias de participación comunitaria 29. Utiliza los principios metodológicos del proceso de organización de acuerdo con estructura de la comunidad obtiene participación al elaborar el plan de trabajo de acuerdo con el diagnóstico del grado de organización de la comunidad y características de salud 30. Involucra a todos los actores y sectores del ente territorial según necesidades de la comunidad. 31. Incluye en el inventario socio económico todo tipo de recursos de acuerdo con la disponibilidad y prioridad de las necesidades 32. Selecciona las fuentes de información primaria y secundaria representativas según metodología. 33. Aplica rigurosamente técnicas de recolección de información teniendo en cuenta las características de los grupos comunitarios identifica y valora la cultura y creencias de la comunidad.	

6. GLOSARIO DE TERMINOS

- **ACCIÓN** comunitaria para la salud. La acción comunitaria para la salud se refiere a los esfuerzos colectivos de las comunidades para incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia para mejorar la salud.

- **ALIANZA DE USUARIOS** Es una agrupación de afiliados de los diferentes regímenes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que tienen derecho a utilizar unos servicios de salud, de acuerdo con su sistema de afiliación, que velarán por la calidad del servicio y la defensa del usuario

- **DETERMINANTES DE LA SALUD.** Conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones. Referencia: nueva definición. Los factores que influyen en la salud son múltiples e interrelacionados. La promoción de la salud trata fundamentalmente de la acción y la abogacía destinada a abordar el conjunto de determinantes de la salud potencialmente modificables; no solamente aquellos que guardan relación con las acciones de los individuos, como los comportamientos y los estilos de vida saludables, sino también con determinantes como los ingresos y la posición social, la educación, el trabajo y las condiciones laborales, el acceso a servicios sanitarios adecuados y los entornos físicos. Combinados todos ellos, crean distintas condiciones de vida que ejercen un claro impacto sobre la salud. Los cambios en estos estilos de vida y condiciones de vida, que determinan el estado de salud, son considerados como resultados intermedios de salud.

- **COLABORACIÓN INTERSECTORIAL.** Relación reconocida entre parte o partes de distintos sectores de la sociedad que se ha establecido para emprender acciones en un tema con el fin de lograr resultados de salud o resultados intermedios de salud, de manera más eficaz, eficiente o sostenible que aquella que el sector sanitario pueda lograr actuando en solitario. Referencia: modificado de Acción Intersectorial para la Salud: Piedra Angular de Salud Para Todos en el Siglo XXI, OMS, Ginebra, 1997. La acción sanitaria intersectorial es considerada primordial para el logro de una mayor equidad en salud, especialmente en aquellos casos en que el progreso dependa de decisiones y acciones de otros sectores, 26 como la agricultura, la educación y las finanzas. Un objetivo importante de la acción intersectorial consiste en lograr una mayor concienciación sobre las consecuencias sanitarias de las decisiones políticas y las prácticas organizativas de distintos sectores, y con ello, un movimiento en la dirección de unas políticas públicas saludables y prácticas. No toda la acción sanitaria intersectorial tiene que implicar al sector sanitario. Por ejemplo, en algunos países, los sectores policiales y del transporte podrían aunar fuerzas para adoptar acciones destinadas a reducir los accidentes ocasionados por el transporte por carretera. Tales acciones, aunque destinadas explícitamente a reducir los accidentes, no siempre involucrarían al sector sanitario. La colaboración intersectorial se entiende cada vez más como una cooperación entre diferentes sectores de la sociedad, como el sector público, la sociedad civil y el sector privado.

- **COMUNIDAD** Grupo específico de personas, que a menudo viven en una zona geográfica definida, comparten la misma cultura, valores y normas, y están organizadas en una estructura social conforme al tipo de relaciones que la comunidad ha desarrollado a lo largo del tiempo. Los miembros de una comunidad adquieren su identidad personal y social al compartir creencias, valores y normas comunes que la comunidad ha desarrollado en el

pasado y que pueden modificarse en el futuro. Sus miembros tienen conciencia de su identidad como grupo y comparten necesidades comunes y el compromiso de satisfacerlas.

- **COMITÉ DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA (COPACO)** Es un organismo de concertación entre la sociedad y la Administración Municipal, para gestionar la salud del municipio, que opera en el ámbito de la Secretaria de Salud y protección Social del Municipio

- **CONSTITUCIÓN POLÍTICA:** Es la "norma de normas". Corresponde a un documento escrito donde se establecen las principales reglas para la organización y funcionamiento del Estado y para la convivencia social entre otros aspectos.

- **DERECHO FUNDAMENTAL:** Son aquellos inherentes al ser humano, que pertenecen a toda persona en razón a su dignidad.

- **EQUIDAD** en salud. Equidad significa imparcialidad. La equidad en salud significa que las necesidades de las personas guían la distribución de las oportunidades para el bienestar. Referencia: Equidad en Salud y Asistencia Sanitaria, OMS, Ginebra, 1996. La estrategia global de la OMS para lograr la Salud para Todos está dirigida fundamentalmente a la consecución de una mayor equidad en salud entre y dentro de las poblaciones y entre los países. Esto conlleva que todas las personas disfruten de igualdad de oportunidades para desarrollar y mantener su salud, a través de un acceso justo a los recursos sanitarios. Equidad en salud no es lo mismo que igualdad en el estado de salud. Las desigualdades en cuanto al estado de salud entre los individuos y 18 las poblaciones son consecuencias inevitables de las diferencias genéticas, de diferentes condiciones sociales y económicas o de elecciones de un estilo de vida personal. La falta de equidad tiene lugar como consecuencia de las diferencias de oportunidades derivadas, por ejemplo, del acceso desigual a los servicios de salud, a una alimentación correcta, a una vivienda adecuada, etc. En tales casos, las desigualdades en cuanto al estado de salud surgen como consecuencia de la falta de equidad en materia de oportunidades en la vida.

- **LEY:** Norma jurídica dictada por el legislador. Norma o regla que nos dice cuál es la forma de comportamiento o actuar en la sociedad. Es aprobada por el Congreso de la República. Es una declaración de la voluntad soberana manifestada en la forma prevenida en la Constitución Nacional. La ley es de obligatorio cumplimiento tanto para los nacionales como para los extranjeros.

- **ORDENANZA:** Norma emitida Participación: La participación en las instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud, es la interacción de los usuarios con los servidores públicos y privados para la gestión, evaluación y mejoramiento en la prestación del servicio público de salud.

- **POLÍTICA SANITARIA.** Declaración o directriz oficial dentro de las instituciones (especialmente del Gobierno) que define las prioridades y los parámetros de actuación como respuesta a las necesidades de salud, a los recursos disponibles y a otras presiones políticas.

Referencia: definición modificada. La política sanitaria suele ser promulgada mediante legislación u otras formas de normativas que definen la reglamentación e incentivos que hacen posible la prestación de los servicios y programas sanitarios y el acceso a estos últimos. La política sanitaria se distingue en estos momentos de la política pública saludable por su preocupación primordial por los servicios y programas sanitarios. El progreso futuro de las políticas sanitarias podrá ser observado en la medida en que estas puedan llegar a definirse como políticas públicas saludables. Como con la mayor parte de las políticas, las políticas sanitarias surgen de un proceso sistemático de apoyo a las acciones para la salud pública basadas en la evidencia disponible junto con las preferencias de la comunidad, las realidades políticas y la disponibilidad de recursos.

- **PARTICIPACIÓN CIUDADANA:** Conjunto de acciones o iniciativas que pretenden impulsar el desarrollo local y la democracia participativa a través de la integración de la comunidad al ejercicio de la política

- **POLÍTICA PÚBLICA SALUDABLE.** Una política pública saludable se caracteriza por una preocupación explícita por la salud y la equidad en todas las áreas de la política, y por una responsabilidad sobre su impacto en la salud. La finalidad principal de una política pública saludable consiste en crear un entorno de apoyo que permita a las personas llevar una vida saludable. Dicha política posibilita o facilita a los ciudadanos hacer elecciones saludables y convierte los entornos sociales y físicos en potenciadores de la salud. Referencia: Recomendaciones de la Conferencia de Adelaida sobre Política Pública Saludable, OMS, Ginebra, 1988. 25 La carta de Ottawa puso de relieve el hecho de que la acción de promoción de la salud va más allá del sector de asistencia sanitaria, subrayando que la salud debe figurar en la agenda política de todos los sectores y a todos los niveles del gobierno. Un elemento importante en la creación de una política pública saludable es la noción de la rendición de cuentas sobre la salud. Los gobiernos son los últimos responsables ante los ciudadanos de las consecuencias para la salud de sus políticas o de la falta de ellas. Un compromiso sobre políticas públicas saludables significa que los gobiernos deben medir e informar sobre sus inversiones sanitarias y los consecuentes resultados de salud y sobre los resultados de salud intermedios de sus inversiones y políticas generales, en un lenguaje que todos los grupos de la sociedad comprendan con facilidad. Estrechamente relacionada con el concepto de la promoción de la salud de una política pública saludable, está la estrategia de la inversión para la salud. La inversión para la salud es una estrategia destinada a optimizar el impacto de las políticas públicas en materia de promoción de la salud.

- **VEEDURÍA CIUDADANA:** El mecanismo democrático de representación que le permite a los ciudadanos o a las diferentes organizaciones comunitarias, ejercer vigilancia sobre la gestión pública, respecto a las autoridades administrativas políticas judiciales, electorales, legislativas y órganos de control, así como de las entidades públicas o privadas, organizaciones no gubernamentales de carácter nacional o internacional que operen en el país, encargadas de la ejecución de un programa, proyecto, contrato o de la prestación de un servicio público

7. REFERENTES BILBIOGRAFICOS

- Mecanismos de participación ciudadana desarrollados en las juntas de acción comunal del municipio de Soacha, Cundinamarca 2003-2012
- F Velásquez, E González. Que ha pasado con la participación ciudadana en Colombia - 2003 - academia.edu
- A De Schutter, B Yopo - Investigación participativa: Una opción metodológica para la educación de adultos. 1981 - tumbi.crefal.edu.mx
- R Briceño-León - Cad. Saúde Pública El contexto político de la participación comunitaria en América Latina The political context for community participation in Latin America, 1998
- Palomino P, Grande M, Linares M. La salud y sus determinantes sociales. RIS. 2014; 74: 71-91
- Castellanos P. Sobre el concepto de Salud Enfermedad. Bol. Epidemiológico OPS.1990; 10.
- Gómez Tabares, Gloria Estela, López López, María Victoria, Ochoa Marín, Sandra Catalina, & Wilches Flórez, Olga Cecilia. (2007). Matriz de procesos críticos: Propuesta para estudiar condiciones de vida y salud. Investigación y Educación en Enfermería, 25(1), 21-28. Retrieved March 10, 2017, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072007000100002&lng=en&tlng=en.
- Arango-Humberto, N. M. J. I., & Paredes, M. 11 Focalizacion y priorizacion en la práctica de la Promotion de la Salud. PROMOCION DE LA SALUD: Como construir vida saludable, 157.
- Blanco, J., & Maya, J. (2000). Fundamentos de salud pública, Tomo III, Epidemiología básica y principios de investigación.
- Martínez, H. J. (2014). Nociones de salud pública (2a. ed.). Madrid, ESPAÑA: Ediciones Díaz de Santos. Retrieved from http://www.ebrary.com.bdigital.sena.edu.co
- Ministerio de salud (S.F.) Plan Decenal de Salud Pública. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/home2013.aspx
- Organización Mundial de la Salud Europa. (2003). Los Determinantes Sociales de la Salud: Los hechos probados.
- Britanica, E. (2009). La familia: concepto, tipos y evolución. Recuperado de http://cvonline. uaeh. edu. mx/Cursos/BV S, 103.
- Causse Cathcart, M. (2009). El concepto de comunidad desde el punto de vista socio-histórico-cultural y lingüístico. Ciencia en su PC, (3).
- Molina, G., & Cabrera, G. (2008). Políticas públicas en salud: aproximación a un análisis. Grupo de investigación en gestión y políticas en salud. Facultad nacional de salud pública. Universidad de Antioquia.
- Gavilanes, R. V. (2010). Hacia una nueva definición del concepto "política pública". Desafíos, Vol 20, 149-187.
- Ramos Domínguez, B. N. (2000). La nueva salud pública. Revista Cubana de Salud Pública,Vol26, 77-84.
- República de Colombia Ministerio de Salud. (2000). Resolución 412 de 2000. Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y

obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. [Ministerio de Salud] 25 de Febrero del 2000.

- Leyes.Info (S.F.) Ley 100 de 1993. Recuperado de http://sena.leyex.info.bdigital.sena.edu.co/consulta.php?tipo_listado=1&busq=1&sec=1&acc=bus
- República de Colombia_Ministro de la Protección Social en Salud (2010). Guía para el diagnóstico local participativo. www. paho.org/col

8. CONTROL DEL DOCUMENTO

	Nombre	Cargo	Dependencia	Fecha
Autor (es)	**Lessdy Julliany Sua Céspedes**	**Instructora**	Centro de Formación de Talento Humano en salud	Septiembre de 2017
	Alba Yadira Minotta Segura	**Instructora**	Centro Gestión Tecnológica de Servicios	Septiembre de 2017

9. CONTROL DE CAMBIOS (diligenciar únicamente si realiza ajustes a la guía)

	Nombre	Cargo	Dependencia	Fecha	Razón del Cambio
Autor (es)	**Luz Marina Yacumal Velasco**	**Instructora**	Centro Comercio y Servicios	Marzo de 2020	**Ajuste a la guía .**

PNUD

OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE


1 FIN DE LA POBREZA
2 HAMBRE CERO
3 SALUD Y BIENESTAR
4 EDUCACIÓN DE CALIDAD
5 IGUALDAD DE GÉNERO
6 AGUA LIMPIA Y SANEAMIENTO
7 ENERGÍA ASEQUIBLE Y NO CONTAMINANTE
8 TRABAJO DECENTE Y CRECIMIENTO ECONÓMICO
9 INDUSTRIA, INNOVACIÓN E INFRAESTRUCTURA
10 REDUCCIÓN DE LAS DESIGUALDADES
11 CIUDADES Y COMUNIDADES SOSTENIBLES
12 PRODUCCIÓN Y CONSUMO RESPONSABLES
13 ACCIÓN POR EL CLIMA
14 VIDA SUBMARINA
15 VIDA DE ECOSISTEMAS TERRESTRES
16 PAZ, JUSTICIA E INSTITUCIONES SÓLIDAS
17 ALIANZAS PARA LOGRAR LOS OBJETIVOS

En el año 2000, 189 naciones del mundo se unieron para enfrentar el futuro

Y lo que percibieron fue desalentador. Hambrunas. Sequías, Guerras. Plagas. Pobreza. Los problemas perennes del mundo. No sólo en lugares lejanos sino en sus propias ciudades y pueblos.

Sabían que las cosas no debían ser así. Sabían que teníamos suficiente comida para alimentar al mundo pero que no estaba siendo compartida. Sabían que había medicamentos para el VIH y para otras enfermedades, pero que eran muy costosos. Sabían que los terremotos y las inundaciones eran inevitables, pero no así la elevada cantidad de muertos.

También sabían que billones de personas alrededor del mundo compartían la esperanza de un mejor futuro.

Entonces, líderes de estos países formularon un plan llamado los "Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)". Este conjunto de 8 objetivos imaginó un futuro en el que la pobreza y el hambre estarían erradicadas después de sólo 15 años. Era un plan ambicioso.

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) ha sido una de las organizaciones líderes gestionando el trabajo para alcanzar los ODM. Con presencia en más de 170 países y territorios, financiamos proyectos que contribuyeron al cumplimiento de los Objetivos. Asimismo, hemos promovido los Objetivos para que personas en todo el mundo sepan cómo hacer su parte. También hemos actuado como "anotador", ayudando a los países a dar seguimiento y llevar el registro de su progreso.

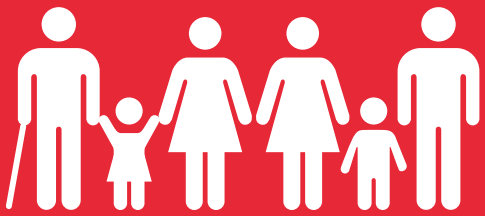
El progreso en esos 15 años ha sido tremendo. El hambre ha disminuido a la mitad. La pobreza extrema ha disminuido casi a la mitad. Hay más niños yendo a la escuela y menos están muriendo.

Ahora, estos países quieren construir sobre los numerosos logros de los pasados 15 años e ir más allá. El nuevo conjunto de objetivos, los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), aspiran a erradicar la pobreza y el hambre para el año 2030. Líderes mundiales, reconociendo la conexión entre personas y planeta, han fijado objetivos para la tierra, los océanos y las vías fluviales. El mundo está ahora mejor conectado de lo que estaba en el año 2000 y está construyendo un consenso sobre el futuro que queremos.

En ese futuro, todas las personas tienen suficiente comida y pueden trabajar; vivir con menos de $1.25 el día es cuestión del pasado.

El PNUD está orgulloso de continuar siendo líder de este movimiento global.
Presentando los nuevos Objetivos de Desarrollo Sostenible. ¿Cuál es tu Objetivo?

1 FIN DE LA POBREZA



PONER FIN A LA POBREZA EN TODAS SUS FORMAS Y EN TODO EL MUNDO

Erradicar la pobreza extrema en todas sus formas para el año 2030. Sí, es un objetivo ambicioso –pero lo creemos alcanzable. En el año 2000, el mundo se comprometió a reducir en 15 años, la cantidad de personas viviendo en extrema pobreza a la mitad y logramos ese objetivo. Sin embargo, más de 800 millones de personas alrededor del mundo aún viven con menos de 1.25 dólares diarios –eso cercanamente equivale a toda la población de Europa viviendo en extrema pobreza. Ahora es el momento para construir sobre lo que hemos aprendido y erradicar la pobreza por completo.

2 HAMBRE CERO



PONER FIN AL HAMBRE, LOGRAR LA SEGURIDAD ALIMENTARIA Y LA MEJORA DE LA NUTRICIÓN Y PROMOVER LA AGRICULTURA SOSTENIBLE

En los últimos 20 años el hambre se ha reducido casi a la mitad. Muchos países que sufrían de hambre ahora pueden satisfacer las necesidades nutricionales de sus poblaciones más vulnerables. Es un logro increíble. Ahora podemos ir más allá y acabar, de una vez por todas, con el hambre y la desnutrición. Eso significa hacer ciertas cosas, como promover la agricultura sostenible y proveer apoyo a pequeños agricultores. Es una tarea difícil. Pero tenemos que intentarla por el bien de las casi 1 de cada 9 personas en el mundo que cada noche se van a dormir con hambre. Imaginemos un mundo donde todas las personas tienen acceso a alimentos suficientes y nutritivos durante todo el año. Juntos, podemos hacer que en el año 2030, eso sea una realidad.

3 SALUD Y BIENESTAR



GARANTIZAR UNA VIDA SANA Y PROMOVER EL BIENESTAR PARA TODOS EN TODAS LAS EDADES

Todos sabemos lo importante que es tener buena salud. Nuestra salud afecta todo, desde cuánto disfrutamos la vida hasta el trabajo que podamos hacer. Esa es la razón de que exista un Objetivo para garantizar que todas las personas tengan cobertura en salud y acceso a medicamentos efectivos y a vacunas. A partir de 1990 hemos dado pasos importantes –la mortalidad infantil prevenible se ha reducido a la mitad y de igual manera lo ha hecho la mortalidad materna. No obstante, otras cifras permanecen trágicamente altas, como la de los 6 millones de niños y niñas que mueren cada año antes de cumplir 5 años de edad, o la que refleja que el VIH es la causa número uno de muerte en adolescentes en África subsahariana. Tenemos los medios para darle vuelta a esa realidad y hacer que la buena salud sea algo más que un deseo.

4 EDUCACIÓN DE CALIDAD



GARANTIZAR UNA EDUCACIÓN INCLUSIVA, EQUITATIVA Y DE CALIDAD Y PROMOVER OPORTUNIDADES DE APRENDIZAJE DURANTE TODA LA VIDA PARA TODOS

Primero, las malas noticias en educación. La pobreza, el conflicto armado y otras emergencias mantienen a muchísimos niños y niñas en todo el mundo fuera de la escuela.

De hecho, en las regiones en desarrollo los niños de los hogares más pobres son 4 veces más proclives o vulnerables a no asistir a la escuela, que los niños de los hogares más ricos. Ahora, algunas buenas noticias. Desde el año 2000, se ha progresado enormemente en el objetivo de proveer educación primaria a todos los niños y niñas del mundo. La tasa de matrícula o inscripción a la escuela primaria ha alcanzado 91% en las regiones en desarrollo. Ante cualquier escuela o sistema de evaluación, este logro gana buena nota. Ahora, tratemos de lograr una mejor calificación para todos los niños y niñas, alcanzando así el objetivo universal de educación primaria y secundaria, de capacitación vocacional asequible, de acceso a una educación superior y mucho más.

5 IGUALDAD DE GÉNERO



LOGRAR LA IGUALDAD ENTRE LOS GÉNEROS Y EMPODERAR A TODAS LAS MUJERES Y NIÑAS

El importante progreso que el mundo ha logrado siendo cada vez más próspero y justo, es digno de celebración. Y, sin embargo, en casi todos los sentidos, las mujeres y las niñas van a la zaga. Todavía hay grandes desigualdades en el trabajo y en los salarios; hay mucho "trabajo de mujeres" no remunerado, como el cuidado de niños y los quehaceres domésticos, así como también hay discriminación de género en la toma de decisiones públicas. Pero hay motivos para la esperanza. Actualmente hay más niñas en las escuelas que las que hubo en el año 2000. La mayoría de regiones ha alcanzado la paridad de género en la educación primaria. El porcentaje de mujeres con trabajo remunerado va en aumento. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible pretenden construir sobre estos logros para garantizar el fin de la discriminación a mujeres y niñas en todo el mundo. Es un derecho humano básico.

6 AGUA LIMPIA Y SANEAMIENTO



GARANTIZAR LA DISPONIBILIDAD DE AGUA Y SU GESTIÓN SOSTENIBLE Y EL SANEAMIENTO PARA TODOS

Todas las personas en la Tierra deben tener acceso a agua potable segura y asequible. Esa es la meta u objetivo para el año 2030. Mientras muchas personas en todas partes del mundo dan por sentado el acceso a agua potable y a sistemas de saneamiento, muchísimas otras carecen de esta garantía. La escasez de agua afecta a más del 40 por ciento de la población mundial y ese porcentaje está previsto a incrementar como resultado del cambio climático. De continuar a este paso, en el año 2050 por lo menos una de cada cuatro personas se verá afectada por recurrente escasez de agua. Pero podemos emprender un nuevo camino –más cooperación internacional; protegiendo humedales y ríos; y compartiendo tecnologías de tratamiento de aguas, entre otras acciones— que conduzca a la consecución de este objetivo.

7 ENERGÍA ASEQUIBLE Y NO CONTAMINANTE



GARANTIZAR EL ACCESO A UNA ENERGÍA ASEQUIBLE, SEGURA, SOSTENIBLE Y MODERNA PARA TODOS

Entre 1990 y 2010, el número de personas con acceso a electricidad se incrementó en 1.7 mil millones. Eso sí es progreso que enorgullece. Y sin embargo, a medida que la población mundial sigue en aumento, más y más personas necesitarán energía barata para iluminar sus casas y calles, para usar teléfonos y computadoras y para hacer sus quehaceres y negocios cotidianos. Cómo conseguir esa energía es lo que ahora compete. Los combustibles fósiles y las emisiones de gases de efecto invernadero están generando cambios drásticos en el clima, desencadenando grandes problemas en todos los continentes.
En vez, podemos cambiar siendo más eficientes con el uso de la energía e invirtiendo en fuentes de energía limpias, como la solar y la eólica. De esa manera vamos a satisfacer las necesidades de electricidad y protegeremos el medio ambiente. ¿Qué les parece este acto de equilibrio?

8 TRABAJO DECENTE Y CRECIMIENTO ECONÓMICO



PROMOVER EL CRECIMIENTO ECONÓMICO SOSTENIDO, INCLUSIVO Y SOSTENIBLE, EL EMPLEO PLENO Y PRODUCTIVO Y EL TRABAJO DECENTE PARA TODOS

Una aspecto importante del crecimiento económico es que las personas tienen empleos que remuneran lo suficiente para mantenerse a sí mismas y a sus familias. La buena noticia es que la clase media está creciendo a nivel mundial -en los últimos 25 años, casi se ha triplicado la cifra en los países en desarrollo, a más de un tercio de la población. Pero en 2015, también registramos un aumento de las desigualdades y el crecimiento del empleo no equipara el ritmo de la creciente fuerza laboral -más de 200 millones de personas no tienen empleo. Eso es el equivalente a toda la población de Brasil. Las cosas no tienen por qué ser así. Podemos promover políticas que fomenten el espíritu emprendedor empresarial y la creación de empleo. Podemos erradicar el trabajo forzoso, la esclavitud y la trata de personas. Y al final, en el año 2030 alcanzar el objetivo de trabajo decente para todas las mujeres y todos los hombres.

9 INDUSTRIA, INNOVACIÓN E INFRAESTRUCTURA



CONSTRUIR INFRAESTRUCTURAS RESILIENTES, PROMOVER LA INDUSTRIALIZACIÓN INCLUSIVA Y SOSTENIBLE Y FOMENTAR LA INNOVACIÓN

El progreso tecnológico nos ayuda a abordar grandes retos globales como la creación de puestos de trabajo y volvernos personas más energéticamente eficientes. El mundo cada vez está más interconectado y es más próspero gracias al Internet. Cuanto más conectados estamos, más podemos beneficiarnos todos de la sabiduría y de las contribuciones al conocimiento hechas por personas de todas partes del planeta. Y sin embargo, cuatro mil millones de personas --la gran mayoría, en países en desarrollo-- no tienen manera de acceder a la Internet y estar en línea. Entre más invirtamos en innovación e infraestructura, mejor estaremos todos. Reducir la brecha digital, promover las industrias sostenibles e invertir en investigación científica y en innovación, son maneras importantes que facilitan el desarrollo sostenible.

10 REDUCCIÓN DE LAS DESIGUALDADES



REDUCIR LA DESIGUALDAD EN Y ENTRE LOS PAÍSES

Es una vieja historia: los ricos se hacen más ricos y los pobres más pobres. La brecha nunca ha sido tan pronunciada. Podemos y debemos adoptar políticas que creen oportunidades para todos, sin importar quiénes son o de dónde vienen. La desigualdad de ingresos es un problema global que requiere soluciones globales. Eso implica mejorar las regulaciones de los mercados e instituciones financieras, enviar ayuda para el desarrollo a donde sea más necesaria y ayudar a las personas a emigrar de forma segura para que puedan buscar y aprovechar las oportunidades. Hemos logrado bastante progreso en el tema de pobreza en los últimos 15 años, y ahora podemos cambiar la dirección de la tradicional historia de la desigualdad.

11 CIUDADES Y COMUNIDADES SOSTENIBLES



LOGRAR QUE LAS CIUDADES Y LOS ASENTAMIENTOS HUMANOS SEAN INCLUSIVOS, RESILIENTES Y SOSTENIBLES

Si usted es como la mayoría de personas, vive en una ciudad. Más de la mitad de la población mundial vive en ciudades, y esa cifra, en el año 2050, abarcará cerca de dos tercios de la humanidad. Las ciudades crecen incesantemente. En 1990 se contaban diez "mega ciudades" con 10 millones de habitantes o más. En 2014 había ya 28 "mega ciudades", donde viven 453 millones de personas. Increíble, ¿no? Muchas personas aman las ciudades; son centros de cultura, negocios y de vida. La cuestión es que a menudo también son centros de pobreza extrema. Para hacer que las ciudades sean sostenibles para todos, podemos crear vivienda pública buena y asequible. Podemos mejorar las condiciones de los asentamientos precarios. Podemos invertir en el transporte público, crear espacios verdes y lograr que más personas participen en las decisiones de planificación urbana. De esa manera, podemos conservar las cosas que nos gustan de las ciudades y cambiar que no.

12 PRODUCCIÓN Y CONSUMO RESPONSABLES



GARANTIZAR MODALIDADES DE CONSUMO Y PRODUCCIÓN SOSTENIBLES

Algunas personas usan bastantes cosas y otras usan muy pocas; de hecho, gran parte de la población mundial está consumiendo demasiado poco para satisfacer incluso sus necesidades básicas. No tiene por qué ser así. Podemos tener un mundo donde todas las personas tengan lo que necesiten para sobrevivir y prosperar. Y podemos consumir de tal manera que preservemos nuestros recursos naturales para que nuestros hijos e hijas puedan disfrutarlos y así también sus hijos e hijas y los hijos, y sus descendientes.. Lo difícil es cómo lograr ese objetivo. Podemos gestionar nuestros recursos naturales de manera más eficiente y eliminar mejor los residuos tóxicos. Reducir a la mitad los residuos de alimentos per cápita a nivel mundial. Hacer que negocios y consumidores reduzcan y reciclen los residuos. Y ayudar a los países que no son ni han sido grandes consumidores, a avanzar hacia modelos de consumo más responsables.

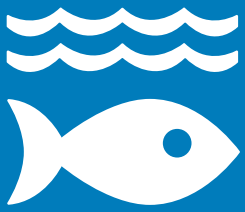
13 ACCIÓN POR EL CLIMA



ADOPTAR MEDIDAS URGENTES PARA COMBATIR EL CAMBIO CLIMÁTICO Y SUS EFECTOS

Todos los países del mundo están viendo los efectos drásticos del cambio climático, algunos más que otros. En promedio, las pérdidas anuales sólo por terremotos, tsunamis, ciclones tropicales e inundaciones suman cientos de miles de millones de dólares. Podemos reducir la pérdida de vidas y bienes, ayudando a las regiones más vulnerables --como países sin litoral y estados insulares--- a volverse más resilientes. El impacto del calentamiento global está empeorando. Estamos viendo más tormentas y más sequías, y en condiciones más extremas que nunca. Todavía es posible, con voluntad política y medidas tecnológicas, limitar el aumento de la temperatura media global a dos grados centígrados por encima de los niveles pre-industriales, evitando así los peores efectos del cambio climático. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible trazan un camino para que los países trabajen y enfrenten juntos este urgente desafío.

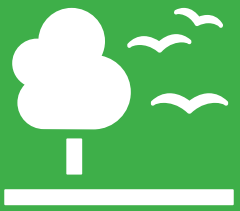
14 VIDA SUBMARINA



CONSERVAR Y UTILIZAR EN FORMA SOSTENIBLE LOS OCÉANOS, LOS MARES Y LOS RECURSOS MARINOS PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE

Los océanos hacen posible la vida humana. Su temperatura, su química, sus corrientes, sus formas de vida. Por un lado, más de 3 mil millones de personas dependen de la diversidad marina y costera para su sustento. Pero actualmente casi un tercio de las poblaciones de peces del mundo está sobreexplotada. Eso no es un modo de vida sostenible. Incluso la gente que vive lejos del océano no puede vivir sin él. Los océanos absorben aproximadamente el 30 por ciento del dióxido de carbono producido por los seres humanos; pero estamos produciendo más dióxido de carbono que nunca y eso hace que los océanos se acidifiquen -26% más desde el inicio aquel de la revolución industrial. Nuestra basura no ayuda tampoco-, 13,000 piezas de basura plástica en cada kilómetro cuadrado de océano. Suena mal, ¿verdad? ¡No desesperen! Los Objetivos de Desarrollo Sostenible contemplan objetivos para la gestión y protección de la vida subacuática.

15 VIDA DE ECOSISTEMAS TERRESTRES



PROTEGER, RESTABLECER Y PROMOVER EL USO SOSTENIBLE DE LOS ECOSISTEMAS TERRESTRES, EFECTUAR UNA ORDENACIÓN SOSTENIBLE DE LOS BOSQUES, LUCHAR CONTRA LA DESERTIFICACIÓN, DETENER Y REVERTIR LA DEGRADACIÓN DE LAS TIERRAS Y PONER FRENO A LA PÉRDIDA DE BIODIVERSIDAD BIOLÓGICA

Los seres humanos y otros animales dependen de otras formas de vida en la Tierra para procurar alimentos, aire limpio, agua limpia, y también para luchar contra el cambio climático. La vida vegetal es fuente del 80% de la dieta humana. Los bosques, que cubren el 30% de la superficie de la Tierra, ayudan a mantener limpios el aire y el agua, y a mantener en equilibrio el clima. del planeta. Eso sin mencionar, que los bosques son hogar de millones de especies animales. Pero las tierras y la vida en ellas están en problemas. La tierra cultivable está desapareciendo a una velocidad de 30 a 35 veces más rápida que nunca antes en la historia. Los desiertos se están extendiendo. Muchas razas de animales están extinguiéndose. Pero podemos reconvertir totalmente estas tendencias. Afortunadamente, los Objetivos de Desarrollo Sostenible tienen como fin para el año 2020, conservar y restaurar el uso de los ecosistemas terrestres, tales como bosques, humedales, tierras secas y montañas.

16 PAZ, JUSTICIA E INSTITUCIONES SÓLIDAS



PROMOVER SOCIEDADES PACÍFICAS E INCLUSIVAS PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE, FACILITAR EL ACCESO A LA JUSTICIA PARA TODOS Y CREAR INSTITUCIONES EFICACES, RESPONSABLES E INCLUSIVAS A TODOS LOS NIVELES

¿Cómo puede un país desarrollarse –cómo pueden las personas alimentarse, y enseñar ,y aprender ,y trabajar, y criar a sus familias—sin tener paz? Y, ¿cómo puede un país tener paz sin justicia, sin derechos humanos, sin un gobierno fundamentado en el estado de derecho? Algunas regiones del mundo gozan de relativa paz y justicia y hasta pueden darlas por sentado. Otras regiones parecen estar contaminadas por el conflicto armado, el crimen, la tortura y la explotación, lo cual obstaculiza su desarrollo. Este objetivo de paz y justicia es para que todos los países se esfuercen en lograrlo. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible aspiran a reducir todas las formas de violencia y proponen a gobiernos y a comunidades encontrar soluciones perdurables a conflictos y a la inseguridad. Esto significa fortalecer el estado de derecho, reducir el flujo de armas ilícitas y acercar más al centro de las instituciones de gobernanza mundial a los países en desarrollo.

17 ALIANZAS PARA LOGRAR LOS OBJETIVOS



FORTALECER LOS MEDIOS DE EJECUCIÓN Y REVITALIZAR LA ALIANZA MUNDIAL PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible integran una enorme lista de pendientes, ¿No les parece? De hecho, es tan grande que quizá lo primero que quieran hacer sea alzar sus manos al aire. "¡Olvídenlo! ¡No puede cumplirse! ¡Para qué siquiera intentarlo!" Pero estamos en medio de --y generando-- muchas cosas. El mundo está más ahora más interconectado que nunca gracias a Internet, a la facilidad de viajar y a las instituciones globales. Hay un consenso creciente entorno a la necesidad de trabajar juntos para frenar el cambio climático. Y en este sentido, los Objetivos de Desarrollo Sostenible no son poca cosa. Estos Objetivos fueron acordados por 193 países. Bastante increíble, ¿no? ¿193 países acordando algo? El Objetivo final abre el camino para que las naciones trabajen juntas en alcanzar todos los demás Objetivos.

NOTAS

NOTAS

NOTAS



Al servicio
de las personas
y las naciones



MINSALUD GOBIERNO DE COLOMBIA

ANEXO

Directrices de obligatorio cumplimiento para la operación de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud

MINSALUD

GOBIERNO DE COLOMBIA

MINSALUD

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

LUIS FERNANDO CORREA SERNA
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios (E)

CARMEN EUGENIA DÁVILA GUERRERO
Viceministra de Protección Social

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

ELKIN DE JESÚS OSORIO SALDARRIAGA
Director de Promoción y Prevención

EQUIPO TÉCNICO MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Subdirectores

ANA MARÍA PEÑUELA POVEDA
JOSÉ FERNANDO VALDERRAMA VERGARA
ELISA MARÍA CADENA GAONA
HAROLD MAURICIO CASAS CRUZ
ADRIANA ESTRADA ESTRADA

Coordinación técnica

ROSA HELENA CÁRDENAS ÁVILA
LÍA MARCELA GÜIZA CASTILLO

Equipo técnico

MARIA DEL CARMEN MORALES PALOMINO
JINNETH LEONOR HERNÁNDEZ TORRES
MAGALY JAIMES BALLESTEROS
JAVIER GUILLERMO DIAZ AMAYA
SARA INÉS OCHOA CELY
ROBERTO PUA MORA
ANA MARIA LEÓN TABORDA
MARTHA IMELDA LINERO DE LUQUE
CÉSAR CASTIBLANCO MONTAÑEZ
DIANA VICTORIA GUTIÉRREZ TRIANA
ELIZABETH DAZA REYES
LUIS GERARDO CANO VILLATE
JORGE EDUARDO SUÁREZ GOMEZ
PATRICIA CARO JIMENEZ
MARÍA BELÉN JAIMES SANABRIA
ANA MARÍA COBOS BAQUERO
MARTHA PATRICIA AÑEZ MAESTRE
YENNY CONSUELO VELOSA MELGAREJO
DIANA ISAURA PIÑARTE SUÁREZ
CLAUDIA PATRICIA MORENO BARRERA
LUZ ÁNGELA OCHOA CUBILLOS
MARIA FERNANDA CAÑON RODRIGUEZ
ANDREA CONSTANZA BORBON GUEVARA
BLANCA CECILIA HERNÁNDEZ TORRES
CIELO RÍOS HINCAPIÉ
GLORIA DEL PILAR CARDONA GOMEZ
GERMÁN AUGUSTO GALLEGO VEGA
MARIA MARGARITA BERNAL VELEZ
DIEGO ALEJANDRO QUIROGA DÍAZ
LILIANA ANDRADE FORERO
DIEGO FELIPE OTERO ÁLVAREZ
SIDIA CAICEDO TRASLAVIÑA
IVAN MAURICIO CÁRDENAS CAÑON
MAURICIO JAVIER VERA SOTO
JULIÁN TRUJILLO TRUJILLO
CLARA LUCÍA BOCANEGRA CERVERA
JUANITA CORRAL CASTILLO
ESMYLI YUSMARY RUIZ VARÓN
ERIKA ALEJANDRA RAMIREZ
MARÍA CRISTINA MUÑOZ ALAJE
SAYRA GUINETTE ALDANA HERNANDEZ
DIANA CAROLINA SOCHA
SARA JANNETH TORRES MUÑOZ
MARTHA SOFIA AMAYA
SORAIDA JANNETH TORO
JASBLEIDY LIZARAZO BEJARANO
TANIA ERIKA TIBADUIZA ZACIPA
MARIA ALEJANDRA CÁRDENAS PINILLA
ANDREA PICÓN GONZALEZ
ANYUL MILENA VERA REY
JAVIER ISAAC MALDONADO
MARTHA GARZÓN LINARES
MAURICIO GONZALEZ CASTAÑEDA
OMAIRA ISABEL ROLDAN SÁNCHEZ
SANDRA TOVAR VALENCIA
MARTHA JARAMILLO BUITRAGO
OLGA LUISA CORREDOR NOSSA
TERESA DEL MORENO CHAVEZ
JOSE LUIS SALAMANCA
DANIEL FERNÁNDEZ GÓMEZ
VÍCTOR ANDRÉS ARDILA PALACIOS
CLAUDIA LIZETH GODOY MORENO
YOLANDA INÉS SANDOVAL GIL
JENNIFER LORENA ORTIZ MELO
NIDIA ISABEL MOLANO CUBILLOS
ALEJANDRA CASTILLO ÁNGULO
NUBIA ESPERANZA BAUTISTA BAUTISTA
DIANA MARÍA RODRIGUEZ ARAÚJO
MARCELA HAYDEE GALEANO CASTILLO
DIVA JANNETH MORENO LÓPEZ

ERIKA GARCÍA ROA
IVON MARITZA CARO ROA
DAVID RICARDO GONZÁLEZ PARRA JOSE
RODRIGO DIAZ PUERTO
ENIOR FERNANDO PRIETO MURILLO
MÓNICA ANDREA MORENO CÁCERES
MARGARITA GARCÍA SALAZAR

© Ministerio de Salud y Protección Social
Cra. 13 # 32-76
PBX: (57-1) 330 50 00
Bogotá D.C. Colombia.
Julio de 2018

Usted puede copiar, descargar o imprimir los contenidos del Ministerio de Salud y Protección Social MSPS para su propio uso y puede incluir extractos de publicaciones, bases de datos y productos de multimedia en sus propios documentos, presentaciones, blogs, sitios web y materiales docentes, siempre y cuando se dé el adecuado reconocimiento al MSPS como fuente y propietaria del copyright. Toda solicitud para uso público o comercial y derechos de traducción se sugiere contactar al MSPS a través de su portal web www.minsalud.gov.co

Contenido

1. ATENCIÓN EN SALUD POR PEDIATRÍA, MEDICINA GENERAL O FAMILIAR, Y ENFERMERIA PARA LA PRIMERA INFANCIA 12
1.1 Objetivos 12
1.2 Población sujeto 12
1.3 Atenciones incluidas 12
1.4 Talento humano 12
1.5 Descripción del procedimiento 14
1.5.1 Anamnesis 14
1.5.2 Examen físico 17
1.5.3 Información en salud 20
1.5.4 Plan de cuidado 21
1.6 Instrumentos, insumos y dispositivos 24
2. ATENCIÓN EN SALUD POR MEDICINA GENERAL, PEDIATRÍA O MEDICINA FAMILIAR, Y ENFERMERIA PARA LA INFANCIA 24
2.1 Objetivos 24
2.2 Población sujeto 24
2.3 Atenciones incluidas 24
2.4 Talento humano 25
2.5 Descripción del procedimiento 25
2.5.1 Anamnesis 25
2.5.2 Examen físico 27
2.5.3 Información en la salud 30
2.5.4 Plan de cuidado 31
2.6 Instrumentos, insumos y dispositivos 33
3. ATENCIÓN EN SALUD POR MEDICINA GENERAL O FAMILIAR Y ENFERMERIA PARA LA ADOLESCENCIA 34
3.1 Objetivos 34
3.2 Población sujeto 34
3.3 Atenciones incluidas 34
3.4 Talento humano 34
3.5 Descripción del procedimiento 35

3.5.1 Anamnesis 35
3.5.2 Examen físico 38
3.5.3 Información en salud 41
3.5.4 Plan de cuidado 41
3.6 Instrumentos, insumos y dispositivos 44
4. ATENCIÓN EN SALUD POR MEDICINA GENERAL O FAMILIAR PARA LA JUVENTUD 45
4.1 Objetivos 45
4.2 Población sujeto 45
4.3 Atenciones incluidas 45
4.4 Talento humano 45
4.5 Descripción del procedimiento 46
4.5.1 Anamnesis 46
4.5.2 Examen físico 48
4.5.3 Información en salud 51
4.5.4 Plan de cuidado 51
4.6 Instrumentos, insumos y dispositivos 53
5. ATENCIÓN EN SALUD POR MEDICINA GENERAL O FAMILIAR PARA LA ADULTEZ 55
5.1 Objetivos 55
5.2 Población sujeto 55
5.3 Atenciones incluidas 55
5.4 Talento humano 55
5.5 Descripción del procedimiento 56
5.5.1 Anamnesis 56
5.5.2 Examen físico 59
5.5.3 Información en salud 61
5.5.4 Plan de cuidado 61
5.6 Instrumentos, insumos y dispositivos 63
6. ATENCIÓN EN SALUD POR MEDICINA GENERAL O FAMILIAR PARA LA VEJEZ 64
6.1 Objetivos 64

6.2 Población sujeto 64
6.3 Atenciones incluidas 64
6.4 Talento humano 65
6.5 Descripción del procedimiento 65
6.5.1 Anamnesis 65
6.5.2 Examen físico 69
6.5.3 Información en salud 73
6.5.4 Plan de cuidado 73
6.6 Instrumentos, insumos y dispositivos 75
7. ATENCIÓN EN SALUD BUCAL 76
7.1 Objetivos 76
7.2 Población sujeto 77
7.3 Atenciones incluidas 77
7.4 Descripción del procedimiento 77
7.4.1 Anamnesis 77
7.4.2 Examen físico 78
7.4.3 Información para la salud 80
7.4.4 Plan de cuidado 80
7.5 Instrumentos, insumos y dispositivos 80
7.6 Atenciones de protección específica para la salud bucal 81
7.6.1 Profilaxis y remoción de placa bacteriana 81
7.6.2 Aplicación de flúor 82
7.6.3 Sellantes 83
7.6.4 Detartraje supragingival 84
8. ATENCIÓN EN SALUD PARA LA VALORACIÓN, PROMOCIÓN Y APOYO DE LA LACTANCIA MATERNA 85
8.1 Objetivos 85
8.2 Población sujeto 85
8.3 Atenciones incluidas 85
8.4 Talento humano 85
8.5 Descripción del procedimiento 85
8.5.1 Anamnesis 85

8.5.2 Examen físico 86
8.5.3 Información para la salud 86
8.5.4 Plan de cuidado 86
8.6 Instrumentos, insumos y dispositivos 87
9. DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO 88
9.1 Objetivos 88
9.2 Población sujeto 88
9.3 Atenciones incluidas 88
9.4 Talento humano 88
9.5 Descripción del procedimiento 89
9.5.1 Procedimientos de tamización de cáncer de cuello uterino, de acuerdo con edad de la mujer y lugar de residencia habitual 90
9.5.2 Información para la salud 92
9.5.3 Plan de cuidado 92
9.6 Gestión para la tamización del cáncer de cuello uterino 93
9.7 Instrumentos, insumos y dispositivos 94
10. DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE MAMA 95
10.1 Objetivos 95
10.2 Población sujeto 95
10.3 Atenciones incluidas 95
10.4 Talento humano 95
10.5 Descripción del procedimiento 95
10.6 Procedimientos de tamización de cáncer de mama 96
10.6.1 Información para la salud 96
10.6.2 Plan de cuidado 97
10.6.3 Gestión para la tamización de cáncer de mama 97
10.7 Instrumentos, insumos y dispositivos 97
11. DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE PRÓSTATA 99
11.1 Objetivos 99
11.2 Población sujeto 99
11.3 Atenciones incluidas 99
11.4 Talento humano 99

11.5 Descripción del procedimiento 99
11.6 Procedimientos de tamización de cáncer de próstata 100
11.6.1 Información para la salud 100
11.6.2 Plan de cuidado 101
11.6.3 Gestión para la tamización de cáncer de próstata 101
11.7 Instrumentos, insumos y dispositivos 101
12. DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE COLON Y RECTO 102
12.1 Objetivos 102
12.2 Población sujeto 102
12.3 Atenciones incluidas 102
12.4 Descripción del procedimiento 102
12.4.1 Información para la salud 103
12.4.2 Plan de cuidado 104
12.4.3 Gestión para la tamización de cáncer de colon y recto 104
12.5 Instrumentos, insumos y dispositivos 104
13. ATENCIÓN PARA LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y LA ANTICONCEPCIÓN . 105
13.1 Objetivos 105
13.2 Población sujeto 105
13.3 Atenciones incluidas 105
13.4 Talento humano 105
13.5 Descripción del procedimiento 106
13.5.1 Elección y suministro de métodos anticonceptivos 107
13.5.1.1 Métodos de anticoncepción 107
Anticonceptivos de solo progestágeno 109
Dispositivos intrauterinos 111
Anticonceptivos hormonales combinados 113
Anticoncepción de emergencia 115
Métodos de días estándar 117
Método de amenorrea por lactancia materna 117
Retiro (coito interrumpido) 117
Condón masculino 118

Métodos permanentes quirúrgicos 118
13.5.2 Plan de cuidado 119
13.5.3 Información en salud 120
13.5.4 Atención en salud para la asesoría en anticoncepción - Control 121
13.6 Instrumentos, insumos y dispositivos 121
14. FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES EN POLVO 123
14.1 Objetivos 123
14.2 Población sujeto 123
14.3 Atenciones incluidas 123
14.4 Descripción del procedimiento 123
14.4.1 Descripción general del micronutriente en polvo 124
14.4.2 Dosis y frecuencia de los micronutrientes en polvo 124
14.4.3 Uso de los micronutrientes en polvo 124
14.4.4 Criterios de contraindicación de uso 125
15. ATENCIÓN A LA FAMILIA 126
Valoración del componente familiar 127
15.1 Atención básica de orientación familiar 130
15.1.1 Objetivos 130
15.1.2 Población sujeto 130
15.1.3 Talento humano 130
15.1.4 Atenciones incluidas 130
15.1.5 Descripción del procedimiento 130
15.1.6 Plan de cuidado 132
15.1.7 Instrumentos 132
15.2 Educación para la salud dirigida a la familia 132
16. EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN PARA LA SALUD 133
16.1 Objetivo 134
16.2 Población sujeto 135
16.3 Talento humano 136
16.4 Descripción del procedimiento 139
16.4.1 Duración e intervalo de las sesiones 139
16.4.2 Consideraciones generales de operación y complementariedad 140

16.5 Resultados, capacidades y contenidos a desarrollar mediante educación para la salud 141

16.5.1 Resultados, capacidades a desarrollar y contenidos sugeridos para la primera infancia..... 142

16.5.2 Resultados, capacidades a desarrollar y contenidos sugeridos para la infancia..... 148

16.5.3 Resultados, capacidades a desarrollar y contenidos sugeridos para la adolescencia, la juventud y adultez..... 154

16.5.4 Resultados, capacidades a desarrollar y contenidos sugeridos para la vejez 162

16.5.5 Resultados, capacidades a desarrollar y contenidos sugeridos dirigidos a la familia..... 168

16.5.6 Resultados, capacidades a desarrollar y contenidos de la educación y comunicación para la salud en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC..... 171

1. ATENCIÓN EN SALUD POR PEDIATRÍA, MEDICINA GENERAL O FAMILIAR, Y ENFERMERIA PARA LA PRIMERA INFANCIA

1.1 Objetivos

- Valorar y hacer seguimiento de la salud y el desarrollo integral (físico, cognitivo, social) de los niños y las niñas.
- Identificar tempranamente la exposición o presencia de factores de riesgo con el fin de prevenirlos o derivarlos para su manejo oportuno.
- Detectar de forma temprana alteraciones que afecten negativamente la salud y el proceso de crecimiento y desarrollo, con el fin de referirlas para su manejo oportuno.
- Potenciar capacidades, habilidades y prácticas para promover el cuidado de la salud y fortalecer el desarrollo de los niños (as) mediante la información en salud con padres o cuidadores y niños (as).

1.2 Población sujeto

Este procedimiento está dirigido a todas las niñas y niños de 8 días a 5 años, 11 meses y 29 días que habitan en el territorio nacional.

1.3 Atenciones incluidas

Este procedimiento aborda las siguientes intervenciones o atenciones contempladas en la RPMS para el momento de la primera infancia:

- Valorar el crecimiento y desarrollo (físico, motriz, cognitivo y socioemocional).
- Valorar el estado nutricional y antropométrico.
- Valorar las prácticas alimentarias.
- Valorar las estructuras dentomaxilofaciales y su funcionalidad.
- Valorar la salud auditiva y comunicativa.
- Valorar la salud visual.
- Valorar la salud sexual.
- Valorar la salud mental.
- Valorar la dinámica familiar como apoyo al desarrollo integral.
- Valorar el contexto social y las redes de apoyo social y comunitario.
- Verificar esquema de vacunación.
- Verificar u ordenar el suministro de micronutrientes.
- Verificar u ordenar la desparasitación intestinal.
- Información en salud a las niñas o niños, a sus familias o cuidadores.

1.4 Talento humano

La valoración integral de la salud en la primera infancia debe ser realizada de forma complementaria entre los profesionales de medicina general o familiar y de enfermería, cumpliendo con el esquema de intervenciones/atenciones en salud individuales definido en el lineamiento técnico y operativo de la RPMS.

Los profesionales encargados de la valoración integral de la primera infancia deben contar con capacidades técnicas e individuales para la realización del examen físico pediátrico, evaluación del desarrollo infantil, evaluación antropométrica y nutricional, valoración de la salud auditiva, visual, bucal, mental, sexual, de la dinámica familiar y de las redes de apoyo.

El profesional de enfermería podrá realizar los procedimientos y ordenar los medicamentos, insumos, dispositivos y otros procedimientos de acuerdo con lo definido en esta intervención/atención.

El tamizaje de agudeza visual incluido en este procedimiento, debe ser realizado por personal entrenado: médico general, especialista u optómetra.

En el caso de los niños de mayor riesgo, la valoración integral debe ser realizada por profesional de pediatría, o por profesionales de medicina general o de medicina familiar, bajo el acompañamiento o la supervisión de pediatría, exclusivamente en los casos en los que no sea posible contar con pediatría.

Se consideran niños con mayor riesgo aquellos con presencia de uno o más de los siguientes factores o antecedentes:

- Bajo peso al nacer (menor de 2500 gramos) (La atención se realizará según los Lineamientos del Programa Madre Canguro que estén vigentes).
- Prematurez (edad gestacional menor de 37 semanas, cuya atención se realizará según los Lineamientos del Programa Madre Canguro que estén vigentes).
- Anomalía congénita mayor o múltiple.
- Hospitalización neonatal mayor a 7 días.
- Patología perinatal o neonatal significativa (por ejemplo, asfixia perinatal, trastornos metabólicos persistentes, convulsiones, trastornos respiratorios, sepsis neonatal temprana que no respondió a primera línea de antibiótico; necesidad de reanimación neonatal, ventilación mecánica, cirugía neonatal, terapia de remplazo renal, punción lumbar, o cualquier otro estudio o procedimiento invasivo).
- Condición crónica (neurológica, cardiovascular, respiratoria, metabólica, endocrinológica, gastrointestinal, renal o de otro tipo).
- Discapacidad (de cualquier tipo o con alto riesgo de presentarla por una condición identificada, por ejemplo, anotia, anoftalmía, agenesia de extremidades, resultados de estudio metabólico para enfermedades neurodegenerativas, etc.).
- Niñas o niños con sospecha de problemas del desarrollo infantil (Por ej: retraso, disociación, desviación o regresión del desarrollo).
- Hijo de madre con sospecha o diagnóstico de depresión postparto.
- Hijo de madre con infección gestacional o perinatal con alto riesgo de malformaciones, problemas del desarrollo o necesidad de atención especial en salud en el niño (Por ejemplo, exposición a Sífilis, Toxoplasmosis, Rubéola, Citomegalovirus, Herpes virus, VIH, Zika virus).
- Hijo de madre con complicaciones durante la gestación que hayan tenido repercusión en el hijo (en edad fetal, perinatal, neonatal o durante el primer año de vida).

- Niño con tamizaje o estudio positivo para alteraciones congénitas (hipotiroidismo congénito, errores innatos del metabolismo, hipoacusia, problemas visuales, etc.) o con sospecha de síndrome genético (Síndrome de Down, Intersexualidad, etc.).
- Niño con necesidad de tratamiento con medicamentos de forma crónica.
- Niño con antecedente de hospitalizaciones recurrentes (más de 3 en el último año), hospitalizaciones prolongadas (mayores a 2 semanas) o que haya necesitado atención en Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.
- Hijo de padres (especialmente la madre) con consumo de sustancias psicoactivas, incluyendo aquellos con riesgo o sospecha de repercusión por consumo de sustancias psicoactivas (por ejemplo, síndrome de alcoholismo fetal, anomalías congénitas, retraso en el desarrollo, síndrome de abstinencia, etc.).
- Hijo de padres con enfermedad mental con impacto en la estabilidad (estructural o funcional) de la familia o en el cuidado de los niños.
- Niño acompañante de mujer en privación de la libertad en centro carcelario.
- Niños con padres o hermanos con enfermedad catastrófica (incluyendo las neoplasias y las condiciones degenerativas), con discapacidad o con otra condición o situación que afecte negativamente el cuidado del niño en primera infancia.
- Niños víctimas de vulneración o violación de derechos humanos con o sin proceso de restablecimiento de derechos en curso (por ejemplo, víctimas de violencia física, psicológica, sexual, negligencia y abandono en el ámbito familiar, escolar, institucional, comunitario, etc., intrafamiliar o testigos de violencia intrafamiliar, abandonados, explotados, secuestrados, traficados o expuestos al consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas).
- Niño perteneciente a un hogar en pobreza extrema o en situación de calle.
- Niños que presenten un evento de interés en salud pública.

1.5 Descripción del procedimiento

A continuación, se enuncian los principales aspectos que se deben realizar durante el procedimiento. Es importante contar con la presencia del cuidador y/o acompañante del niño(a) durante la consulta.

1.5.1 Anamnesis

Durante el procedimiento se debe realizar una anamnesis completa que incluya indagación de antecedentes y revisión por sistemas. Se recomienda hacer énfasis en:

a. Antecedentes personales, médicos (consultas a urgencias, síntomas recurrentes, otológicos, condiciones crónicas o agudas, etc.), hospitalarios, transfusionales, farmacológicos, exposición al humo de tabaco, alérgicos, quirúrgicos, vacunación, comportamiento general y relaciones interpersonales.

b. Verificar la realización y los resultados de las pruebas de tamizaje neonatal (auditivo, tamizaje de errores innatos del metabolismo, tamizaje de cardiopatía congénita).

c. Indagar sobre el progreso en los hitos del desarrollo del niño, sobre la adaptación e integración en los entornos de educación inicial, y se debe indagar sobre preocupaciones de los padres o cuidadores respecto al desarrollo de los niños. Debe evaluarse por el desarrollo del lenguaje (indagar aparición tardía de este) y del habla.

d. En los antecedentes familiares debe hacerse un especial énfasis en: enfermedades hereditarias, asma, tuberculosis, dermatitis atópica, problemas de desarrollo infantil, antecedente de muerte en hermanos, antecedentes de salud mental de los padres, como trastornos mentales (depresión, esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, entre otros), conducta suicida, consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, alteraciones de las emociones o del comportamiento; exposición a violencias, que incluye el maltrato infantil, matoneo, abandono, negligencia, maltrato y violencia intrafamiliar, violencia sexual, víctimas del conflicto armado; sucesos vitales, como duelo o muerte de personas significativas, divorcio de los padres, problemas en las relaciones de los progenitores. En el caso de exposición a violencias debe derivarse a la Ruta integral de atención para la población en riesgo y víctima de violencias en el conflicto armado, violencias de género y otras violencias interpersonales. En el caso de exposición al riesgo de consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, se debe derivar a los padres a la Ruta integral de atención para la población con riesgo o presencia de trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas y adicciones.

e. Alimentación en los niños menores de 6 meses: la frecuencia y forma en la que lacta (postura de la madre y del niño, agarre y succión), la forma como reconoce el hambre y saciedad del bebé, la alimentación de la madre y cuidado de los senos, inconvenientes con la lactancia, inquietudes, planes para continuar con la lactancia en caso de retorno a los estudios o al trabajo. En caso de que no lacte se deberá explorar por el tipo, frecuencia, cantidad y modo de preparación y administración de la leche de fórmula, así como el ofrecimiento de alimentos o bebidas diferentes a la leche. Deberá explorarse antes de los seis meses, la comprensión sobre el inicio de la alimentación complementaria. Finalmente, el profesional de la salud deberá reforzar en la madre y / su acompañante la confianza en su capacidad de alimentar adecuadamente a su hijo.

Para confirmar si el niño menor de 6 meses está recibiendo lactancia materna exclusiva, se deben realizar las siguientes preguntas:

1. Durante el día de ayer o anoche ¿(...) recibió alguno de los siguientes líquidos: agua, agua aromática, jugo, té?
2. Durante el día de ayer o anoche ¿(...) recibió leche de fórmula?
3. Durante el día de ayer o anoche ¿(...) recibió leche (vaca, cabra,...) líquida, en polvo, fresca o en bolsa?
4. Durante el día de ayer o anoche ¿(...) recibió algún alimento como sopa espesa, puré, papilla o seco?

Con una sola respuesta positiva, el niño o niña ya está con alimentación complementaria, por lo cual no es lactancia materna exclusiva. Lo único que se acepta que haya recibido es: suero oral, jarabes y gotas

f. Consumo y hábitos alimentarios en el niño mayor de seis meses indagando la frecuencia, cantidad, forma de preparación y tipo de alimentos (incluyendo consumo de azúcar y sal), para lo cual puede ser útil la indagación en las últimas 24 horas o en un día regular. Vale la pena conocer la edad de introducción de los diferentes alimentos durante la alimentación complementaria y la tolerancia a los nuevos alimentos. Debe verificarse si después del año de edad el niño o niña ya consume la dieta familiar.

Las niñas y niños con los siguientes factores de riesgo se les deben ordenar una prueba de hemoglobina y según el resultado derivar a la Ruta Integral de Atención en Salud para la población con riesgo o presencia de alteraciones nutricionales:

- Hijos de madres sin control prenatal durante la gestación, inicio de la gestación con bajo peso, bajo peso durante la gestación IMC <20, pobre adherencia a la suplementación con hierro, madre adolescente, anemia durante la gestación y periodo intergenésico corto.
- En caso de madres con antecedente de bajo peso para la edad gestacional y/o delgadez durante el periodo de lactancia.
- En caso de madres que durante la gestación tuvieron indicación de suplementación con hierro y no lo consumieron.
- Antecedente de prematuridad o bajo peso al nacer para la edad.
- Pinzamiento precoz del cordón umbilical.
- Consumo de leche de vaca u otros alimentos en los primeros seis (6) meses sin suplemento de hierro.
- Alimentación complementaria deficiente en alimentos ricos en hierro.
- Rezago en el crecimiento.
- Infecciones recurrentes o antecedente de infección controlada en el último mes.
- Pertenencia a un grupo étnico o a una zona endémica de parasitosis.
- Exposición a contaminación por metales pesados (plomo y mercurio).

g. Establecimiento de rutinas y hábitos saludables relacionados con: el sueño (cuántas veces y cuánto tiempo duerme, dónde duerme, cómo y con quién duerme, rutina para dormir y medidas para hacer el sueño seguro), baño, cambio de pañal (cuántas veces al día, características de la deposición), lavado de manos del cuidador y de la niña(o), cuidado bucal (desde el recién nacido) y cepillado de dientes, foto protección, evolución del control de esfínteres a partir de dos (2) años y limpieza del área perineal y juego ó movimiento activo de acuerdo a la edad (cuánto tiempo suma al día).

h. Prácticas de crianza y cuidado: formas de comunicación con el niño (expresión del afecto al niño, reconocimiento de los gustos o preferencias del niño); actividades para estimular el desarrollo (incluyendo la exposición a televisión o videojuegos) y el juego, cómo se relaciona con su familia y con otras personas y niños, conocimiento sobre cuándo está enfermo y qué hacer; creencias, prácticas e inquietudes sobre el establecimiento de límites y disciplina para corregir (uso de castigo corporal, violencia física, psicológica, sexual, negligencia y abandono contra niños y niñas, manejo de rabietas y pataletas, refuerzos positivos), vivencia de violencia en el hogar (testigos, exposición al

enaltecimiento de conductas violentas en los medios de comunicación, o si al interior de la familia se dan formas de ejercer autoridad y poder que legitiman el uso de la violencia), prevención de accidentes (movilidad –uso de silla especial trasera, cinturón de seguridad, casco-, en la casa, espacios abiertos).

i. Valoración o actualización de la conformación y dinámica de la familia a través del Familiograma (Anexo 6); indagar sobre las capacidades y recursos personales y familiares que inciden en el cuidado de la salud familiar, evaluar el grado de satisfacción de la funcionalidad familiar, a través del Apgar familiar (Anexo 7), permitan comprender las condiciones de la familia y especialmente el ajuste de la misma con la crianza del niño(a), capacidades en relación con el proceso de desarrollo integral incluye la adaptación o ajuste con el nuevo bebé (distribución de tareas entre cuidadores o red de apoyo respecto a la crianza del niño, labores de la casa y otros hijos en caso tal, tiempo para el cuidado de sí mismo, de los cuidadores y para compartir en pareja, adaptación de los otros hijos con el nuevo bebe y como se maneja la situación, planeación y ajuste con el regreso a las actividades laborales de la madre en caso tal); indagar por las expectativas e inquietudes de familia respecto al cuidado de su salud y sobre el acceso a los servicios de salud. Así mismo, sobre sus visiones frente a condiciones que afectan su salud y la de su familia, en los entornos en donde se desarrolla, y sobre experiencias previas de atención. Por otra parte se debe identificar las situaciones particulares que ponen en riesgo la salud de la familia y sus integrantes, entre otras, disfuncionalidad familiar, relaciones de poder y autoridad que puedan ir en contra de la dignidad humana, discapacidad o personas que sufren patologías crónicas o enfermedades o huérfanas o terminales. En situaciones de exposición a violencia interpersonal o violencia sexual, se debe derivar a la ruta integral de atención en salud para la población en riesgo y víctima de violencias en el conflicto armado, violencias de género y otras violencias interpersonales.

j. Valoración o actualización de las condiciones de vida, del contexto social y las redes de apoyo social y comunitarias de la familia, pertenencia social y cultural que considere pertenencia étnica, que permita conocer las capacidades y recursos con los que cuenta la familia derivados de su relación con éstos y que redundan en sus posibilidades de desarrollo. Para lo cual se hará uso del Ecomapa (Anexo 8).

k. Avance en los compromisos acordados en sesiones de educación individual previas.

1.5.2 Examen físico

Mediante todas las técnicas semiológicas, se debe realizar un examen físico completo. Deben tomarse todos los signos vitales incluyendo saturación de oxígeno por pulso oximetría. La tensión arterial debe tomarse a todos los niños mayores de 3 años de edad o a los menores de esta edad, si tienen síntomas recurrentes de cualquier tipo o antecedente de cateterización umbilical en el período neonatal. Esta debe hacerse con el manguito adecuado y debe establecerse su normalidad a través del uso de la tabla de percentiles de tensión arterial en niños y niñas.

A continuación, se presenta la descripción de algunos aspectos particulares que se deben realizar en cada consulta:

Valoración del desarrollo*:* se evaluará el desarrollo de los niños en primera infancia a través de la percepción de los padres, cuidadores o maestros sobre el desarrollo del niño, así como a través de la aplicación directa de la Escala Abreviada de Desarrollo-3 (Anexo 1). Se aplicará también el test m-Chat (Anexo 2) para tamizaje de autismo de manera específica a todos los niños entre los 18 y los 30 meses de edad.[1]

De encontrar alteraciones en el desarrollo o en el comportamiento del niño, o alteraciones en los resultados de la Escala Abreviada de Desarrollo-3 o el m-Chat, se debe derivar a la atención resolutiva para la evaluación a profundidad del desarrollo del niño. Si la alteración fue detectada por profesional de medicina general o de enfermería, se debe hacer remisión inicialmente a pediatría. Si la alteración fue detectada por especialista en pediatría, debe realizar las remisiones y estudios necesarios para establecer el diagnóstico etiológico, funcional y categórico.

Valoración del estado nutricional y seguimiento a los parámetros antropométricos: se realizará tomando las medidas de peso, talla y perímetro cefálico, para el cálculo de los índices relacionados con los mismos (IMC/edad, talla/edad, peso/edad y perímetro cefálico). La clasificación antropométrica se realizará con base en lo establecido en la normatividad vigente2 y la información debe ser registrada en las gráficas de los patrones de crecimiento OMS para niñas, niños y adolescentes menores de 18 años (Anexo 3).

Si identifica alguna alteración o anormalidad en la valoración nutricional y antropométrica, se debe derivar al niño o niña a la ruta Integral de atención para la población con riesgo o presencia de alteraciones nutricionales.

Valoración de la salud sexual: Se debe prestar atención especial a la detección de signos de violencias física y sexual, y en caso de niñas indígenas, se deben identificar prácticas nocivas para la vida y la salud, como la mutilación genital femenina o el matrimonio infantil o forzoso. Así mismo, en niños debe evaluarse la presencia de criptorquidia, epi o hipospadias (si no se detectaron previamente), y en las niñas la presencia de sinequias vulvares. En niños y niñas intersexuales realizar valoración integral y remisión para asesoría.

Si identifica un factor de riesgo o encuentra alguna alteración o anormalidad en la valoración de la salud sexual, se debe derivar al niño o niña a una atención resolutiva por pediatría para diagnóstico y tratamiento.

Valoración de la salud visual: a partir del examen oftalmoscópico se debe explorar y evaluar las estructuras del segmento anterior y posterior, tales como anexos oculares, conjuntiva, cornea, esclera anterior, iris, cristalino, cámara

[1] Este test podrá ser entregado a los padres y cuidadores, si sus condiciones lo permiten, para su diligenciamiento de forma previa a la consulta, por ejemplo en sala de espera, y en caso de que en alguna pregunta se haya indicado como alteración deberá verificarse durante la valoración.
[2] La clasificación nutricional/antropométrica se realizará según lo establecido en la Resolución 2465 de 2016 o la normatividad vigente que la sustituya.

anterior, vítreo, retina, cabeza del nervio óptico, estructuras vasculares retínales y coroides y rojo retiniano. Así mismo, se debe indagar sobre preocupaciones de los padres sobre problemas visuales del niño.

Se debe valorar la agudeza visual a partir de los tres (3) años de edad usando optotipos morfoscópicos o angulares; los primeros (optotipos convencionales de Snellen de letras, números, direccional de figuras o C del Landolt, entre otros) y los segundos (New York Flash, dados guerreros o los cubos de fooks). Esta valoración debe ser realizada por profesional en medicina general con entrenamiento u optómetra.

Si identifica un factor de riesgo o encuentra alguna alteración o anormalidad relacionada con la salud visual, se debe derivar al niño a la ruta integral de atención en salud para la población con riesgo o presencia de alteraciones de la salud visual, o a atención resolutiva por oftalmología u optometría, según sea el caso, para diagnóstico y tratamiento.

Valoración de la salud auditiva y comunicativa: incluye la evaluación del estado del oído y su integridad a través de la inspección visual, la otoscopia, y de las funciones de la articulación, voz, habla y desempeño comunicativo, se recomienda aplicar la lista de chequeo de factores de riesgo de las enfermedades del oído, alteraciones auditivas, vestibulares y de la comunicación (Anexo 4). Durante la consulta se debe aplicar el cuestionario VALE (Anexo 5). Así mismo, debe verificarse la realización del tamizaje auditivo neonatal; en caso de no contar con este tamizaje en los tiempos establecidos por la ruta integral de atención en salud materno – perinatal se debe ordenar y garantizar la toma en los primeros tres (3) meses de vida.

Si los resultados de la prueba tamiz son anormales o se identifica algún factor de riesgo o alteraciones relacionadas con la salud auditiva y comunicativa, se debe derivar al niño o niña a la ruta integral de atención en salud para población con riesgo o presencia de alteraciones auditivas o a la atención resolutiva por fonoaudiología y por pediatría, para ampliación de estudios para diagnóstico y tratamiento.

Valoración de la salud bucal: dirigida a realizar el reconocimiento del estado de las estructuras dentomaxilofaciales (cara, maxilar y mandíbula, labios y comisura labial, mejillas-carrillos, encía, zona retro molar, piso de boca, superficie ventral y dorsal de lengua, paladar duro y blando, oro-faringe, articulación temporomandibular (ATM) y estructuras dentales) y de su funcionalidad en los procesos de masticación, deglución, habla, fonación, socialización, afecto y autoestima, entre otras.

Si se identifica algún factor de riesgo o se encuentra alguna alteración o anormalidad relacionada con la salud bucal, se debe derivar al niño o niña a la ruta integral de atención en salud para población con riesgo o presencia de alteraciones en salud bucal o valoración específica por odontología para el manejo respectivo.

Valoración de la salud mental: adicional a los hallazgos a partir de la anamnesis, se debe valorar la presencia de riesgos psicosociales para violencias y de

exposición a violencias, que puede incluir una o diversas formas de violencias de género, interpersonales o con ocurrencia en el conflicto armado, y de ser así derivarse a la ruta integral de atención para la población en riesgo y víctima de violencias en el conflicto armado, violencias de género y violencias interpersonales.

Si se identifica exposición a lesiones en los niños o niñas por consumo de sustancias psicoactivas del padre o madre, se debe derivar a la ruta integral de atención en salud para población con riesgo o trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones.

Si se identifica algún factor de riesgo como trastorno mental, convulsiones o ausencias, situaciones o momentos significativos (duelo o pérdidas), alteraciones o anormalidades relacionadas con la salud mental o neurológica, se debe derivar al niño o niña a la ruta integral de atención en salud para población con riesgo o presencia de problemas y trastornos mentales y epilepsia; o a la atención resolutiva por profesional especializado, psicología o trabajo social, según sea el caso, para el manejo respectivo.

Otros aspectos físicos: se debe examinar el cuello para buscar crecimientos de la glándula tiroides y explorar el tamaño de los ganglios linfáticos. Se debe examinar la orofaringe para descartar crecimientos asimétricos significativos en las amígdalas. Es necesario verificar que no haya crecimiento del tamaño del hígado y del bazo (hepatoesplenomegalia) y descartar la presencia de hernias, la identificación de deformidades y/o alteraciones rotacionales o angulares en los miembros inferiores. Así mismo, se debe examinar cuidadosamente la columna vertebral pasiva y dinámicamente en búsqueda de alteraciones de la alineación (escoliosis, cifosis o lordosis). Indagar sobre la presencia de tos persistente, pérdida o no ganancia de peso en los tres meses precedentes, fiebre mayor de ocho (8) días de evolución e indagar contacto reciente con una persona con tuberculosis.

1.5.3 Información en salud

Debe hacerse siempre según los hallazgos, las necesidades identificadas en la consulta y las inquietudes o necesidades expresadas por el niño, padres o cuidadores. Por lo tanto, se recomienda tener en cuenta información sobre: prácticas de crianza protectoras y basadas en derechos; prevención de violencias, promoción de la salud, del bienestar, del crecimiento, del desarrollo, de la adecuada alimentación, de prácticas para la adecuada manipulación de alimentos y prevención de enfermedades transmitidas por alimentos; promoción de hábitos y estilos de vida saludables, evitación del sedentarismo y el uso prolongado de televisión, computadores y otras pantallas, de cuidado del oído y la visión, hábitos de higiene personal y de cuidado bucal, alertas tempranas de las pérdidas auditivas, conductas protectoras incluyendo normas de control y manejo del ruido para el mantenimiento de los ambientes tranquilos que propicien una audición segura; promoción de la salud mental; de prevención de accidentes (incluyendo accidentes de tránsito en calidad de pasajero o de peatón); signos de alarma para enfermedades prevalentes de la infancia, asma, tuberculosis, manejo adecuado en casa y educar para consultar a urgencias en los casos necesarios. Se debe incluir

información sobre derechos de los niños, derecho a la salud, y mecanismos de exigibilidad de los mismos.

De forma especial para los niños menores de seis (6) meses, se recomienda informar sobre las medidas y estrategias para el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva, aprender a reconocer el llanto en el bebé y sus necesidades, el establecimiento de prácticas de cuidado especiales como el baño y el cambio de pañales, las medidas para la prevención de la muerte súbita del lactante, signos de alarma y manejo básico de las condiciones prevalentes de la infancia (gripa, diarrea y fiebre), prevención de accidentes, inicio de la alimentación complementaria y pautas para la estimulación del desarrollo.

De manera general brindar información sobre los derechos de las madres, la importancia del empoderamiento de las mujeres para trabajar actividades de cuidado para ella y sus hijos, así como promover el fortalecimiento del rol del padre como cuidador de sus hijas e hijos.

1.5.4 Plan de cuidado

La definición del plan de cuidado debe hacerse conforme a los hallazgos o las necesidades para promover y mantener la salud integral del niño o la niña, así como las medidas para promover el desarrollo integral en la primera infancia.

Si de acuerdo a los hallazgos el médico identifica una patología, signo o síntoma que no ha sido diagnosticado anteriormente, en esta consulta se podrá generar el diagnóstico y establecer el manejo o tratamiento del evento en salud identificado. El registro de esta atención corresponde a una consulta de valoración integral y detección temprana con un diagnóstico relacionado.

Si de acuerdo con los hallazgos o a las necesidades se requiere de una valoración diagnóstica con mayor profundidad de la salud integral del niño o la niña, se debe remitir directamente a consulta de pediatría sin pasar previamente por medicina general, lo cual ha sido reconocido en el Artículo 93 de la Resolución 5269 de 2017 o de la norma que lo modifique o sustituya.

Como parte del plan de cuidado se debe verificar que el niño o niña accedió a las atenciones definidas en el esquema de intervenciones/atenciones en salud individuales, en el caso contrario, ordenar o canalizar para su realización:

a. Se debe verificar que al niño o niña se le haya realizado el tamizaje auditivo neonatal, en caso contrario ordenarlo para su realización en los primeros tres meses de vida.
b. Atención para la promoción y apoyo de la lactancia materna.
c. Atención en salud bucal por profesional de odontología.
d. Desparasitación intestinal: de acuerdo con la edad, se seguirá el siguiente esquema:
    - Niños en edad preescolar 12 meses a 23 meses: albendazol 200 mg vía oral, dosis única, dos veces al año. Junto con la suplementación
    - Niños en edad preescolar 24 meses a 4 años: albendazol 400 mg vía oral, dosis única, dos veces al año. Junto con la suplementación

e. Suplementación con hierro 1mg/kg/día. En caso de madres con antecedente de bajo peso para la edad gestacional o delgadez durante el periodo de lactancia, se recomienda administrar al niño, desde el nacimiento, un suplemento que aporte 1 mg/kg/día de hierro elemental hasta que se introduzca la alimentación complementaria adecuada, excepto en el caso que el niño o niña a término sea alimentado desde el nacimiento con fórmula láctea.
f. Fortificación casera con micronutrientes en polvo entre los 6 y 23 meses con un ciclo cada seis meses (ver procedimiento fortificación con micronutrientes en polvo).
g. Suplementación con hierro y vitamina A. Para los niños y niñas de 24 a 59 meses de edad se debe suministrar:
    - Hierro en forma fumarato ferroso o hierro polimaltosa; 3mg/kg/día; 2 veces al año.
    - Vitamina A; 200.000 UI en una sola toma; 2 veces al año.

h. Ordenar prueba de hemoglobina si durante la valoración se identifican factores de riesgo.
i. Vacunación: debe realizarse de acuerdo con el esquema de vacunación vigente y el antecedente vacunal.
j. Educación grupal para la salud que incluye a la familia, de acuerdo a los ciclos contemplados para el desarrollo de capacidades de los padres o cuidadores y de las niñas y niños.

Adicionalmente, en función de los hallazgos, necesidades e inquietudes y capacidades a fortalecer para el cuidado y desarrollo integral de los niños y niñas por parte de los padres, madres o cuidadores, se deberá indicar la realización de sesiones individuales de educación para la salud (dirigida a padres, madres o cuidadores) e incluirla en el plan integral de cuidado primario. Los siguientes son criterios que podrían sugerir la necesidad de sesiones de educación individual para la salud:

- Niños en quienes se identifican problemas de higiene corporal o bucal o síntomas recurrentes relacionados con dificultades en el cuidado de la salud.
- Niños en quienes se presentan dificultades para establecer hábitos o rutinas de alimentación, nutrición, sueño, eliminación, etc.
- Niños con problemas de desarrollo relacionados con estimulación del mismo.
- Niños con mala adherencia a tratamientos, seguimientos o manejos crónicos.
- Niños con necesidades especiales para el cuidado de la salud y en quien se identifiquen dificultades para lograr el mismo.
- Padres, madres o familiares que tengan dificultades para el cuidado, la alimentación o el aseo de su hijo recién nacido.
- Padres, madres, familiares y cuidadores quienes pese a la información recibida en la consulta o en la educación grupal, aún no tienen claridad sobre cómo iniciar la alimentación complementaria o realizar la fortificación o suplementación de micronutrientes.
- Padres, madres o familiares que tienen problemas (referidos o identificados) para la crianza del niño.

- Padres, madres o familiares con problemas para comprender las necesidades del niño.
- Padres, madres o familiares con patrones de crianza nocivos (creencias, actitudes o prácticas) que no tienen en cuenta el grado o las características de desarrollo de los niños y están generando daño o tienen alto riesgo de producirlo.
- Padres, madres o familiares que requieran claridad sobre su responsabilidad en el cuidado, en el acompañamiento y/o la protección del niño.
- Padres, madres o familiares que requieran claridad sobre estrategias de afrontamiento de sucesos vitales.
- Niños y niñas que presentan accidentes frecuentes, enfermedades recurrentes (asma), poca estimulación debido a la falta de implementación de medidas para garantizar entornos seguros y protectores.

Asi mismo, en función de los hallazgos y necesidades como parte del plan integral de cuidado primario debe realizarse la canalización a:

a. Educación para la salud dirigida al grupo familiar cuando se identifique alguna situación de uno o varios de los integrantes de la familia o se requiera profundizar en aspectos para el cuidado de la salud de la familia en su conjunto.
b. Atención básica de orientación familiar. A continuación se relacionan algunas situaciones familiares que pueden ser objeto de esta atención:

- Familias con relaciones conflictivas e inadecuado funcionamiento familiar, con desorganización y presencia de conflictos que afectan el bienestar y desarrollo de sus integrantes y la dinámica familiar.
- Familias con vivencia de sucesos vitales que puedan sobrepasar la capacidad de la familia para su afrontamiento y afectar su salud.
- Familias en situaciones de vulnerabilidad social que pueden afectar la salud familiar, (por ej: familias con varios integrantes en condición de dependencia y un solo proveedor, familias en contexto de mayor exposición a violencias, consumo SPA, explotación sexual o económica, pandillismo, entre otras).
- Familias con algún integrante con discapacidad.
- Familias con deficientes redes de apoyo, o sostenimiento de relaciones sociales y comunitarias que generen riesgo o afectación de la salud familiar.
- Familias con prácticas del cuidado de salud críticas de varios de sus integrantes que ponen en riesgo o han afectado la salud de la familia (p ej, descuidos en la higiene personal, prácticas y rutinas de alimentación desordenadas e inadecuada de los integrantes de la familia, ausencia de encuentros familiares que se relacionen con sentimientos de soledad y frustración de sus integrantes entre otros).

c. Rutas Integrales de Atención en Salud de grupos de riesgo o servicios resolutivos.
d. Intervenciones del PIC de acuerdo con la oferta territorial.
e. Servicios sociales de acuerdo con la oferta territorial. Es relevante por ejemplo para los servicios de educación en niños desescolarizados, apoyo

alimentario, transferencias monetarias condicionadas, prevención y atención del trabajo infantil entre otros.

1.6 Instrumentos, insumos y dispositivos

Sin perjuicio del cumplimiento de los estándares de habilitación para la consulta de pediatría, medicina general, medicina familiar o enfermería, se debe contar con lo siguiente: carné de salud infantil, tablas y gráficas de los patrones de referencia para clasificación nutricional, tablas de percentiles de tensión arterial para niños y para niñas, lista de chequeo de factores de riesgo de las enfermedades del oído, alteraciones auditivas, vestibulares y de la comunicación, Escala Abreviada de Desarrollo-3 y kit de materiales para la aplicación de la Escala Abreviada de Desarrollo-3; Test m-Chat, cuestionario VALE, familiograma, APGAR familiar. Así mismo, se debe garantizar la presencia de materiales para examen físico pediátrico (fonendoscopio, equipo de órganos, tensiómetro pediátrico, cinta métrica, pulsoxímetro, optotipos morfoscópicos o angulares para agudeza visual etc.), balanza pesa bebé y balanza de pie, infantómetro y tallímetro.

Los instrumentos que deben ser aplicados de manera obligatoria en cada consulta son: Escala Abreviada de Desarrollo-3, tablas y gráficas de los patrones de referencia para clasificación nutricional, cuestionario VALE y Apgar familiar. Se sugiere la aplicación de los demás instrumentos relacionados en el procedimiento, como complemento a la valoración integral de las niñas y niños.

2. ATENCIÓN EN SALUD POR MEDICINA GENERAL, PEDIATRÍA O MEDICINA FAMILIAR, Y ENFERMERIA PARA LA INFANCIA

2.1 Objetivos

- Valorar y hacer seguimiento de la salud y desarrollo integral (físico, cognitivo, social) de los niños y las niñas.
- Identificar tempranamente la exposición o presencia de factores de riesgo con el fin de prevenirlos o derivarlos para su manejo oportuno.
- Detectar de forma temprana alteraciones que afecten negativamente la salud y el proceso de crecimiento y desarrollo, con el fin de referirlas para su manejo oportuno.
- Potenciar capacidades, habilidades y prácticas para promover el cuidado de la salud y fortalecer el desarrollo de los niños (as) mediante la información en salud con padres y/o cuidadores y niños (as).

2.2 Población sujeto

Este procedimiento está dirigido a todas las niñas y niños de 6 a 11 años, 11 meses y 29 días que habitan en el territorio nacional.

2.3 Atenciones incluidas

Este procedimiento aborda las siguientes intervenciones o atenciones contempladas en la RPMS para el momento de la infancia:

- Valorar el crecimiento y desarrollo (físico, motriz, cognitivo y socioemocional).

- Valorar el estado nutricional y antropométrico.
- Valorar las prácticas alimentarias.
- Valorar las estructuras dentomaxilofaciales y su funcionalidad.
- Valorar la salud auditiva y comunicativa.
- Valorar la salud visual.
- Valorar la salud sexual.
- Valorar la salud mental.
- Valorar la dinámica familiar como apoyo al desarrollo integral.
- Valorar el contexto social y las redes de apoyo social y comunitario.
- Verificar el esquema de vacunación.
- Información en salud a las niñas o niños, a sus familias o cuidadores.

2.4 Talento humano

La valoración integral de la salud en la infancia debe ser realizada de forma complementaria entre los profesionales de medicina general o familiar y de enfermería, cumpliendo con el esquema de intervenciones/atenciones en salud individuales definido en el lineamiento técnico y operativo de la RPMS.

Los profesionales encargados de la valoración integral de la infancia deben contar con capacidades técnicas e individuales para la realización del examen físico pediátrico, evaluación del desarrollo infantil, evaluación antropométrica y nutricional, valoración de la salud auditiva, visual, bucal, mental, sexual, de la dinámica familiar y de las redes de apoyo.

El profesional de enfermería podrá realizar los procedimientos y ordenar los medicamentos, insumos, dispositivos y otros procedimientos de acuerdo con lo definido en esta intervención/atención.

2.5 Descripción del procedimiento

A continuación se enuncian los principales aspectos que se deben realizar durante el procedimiento. Se debe contar con la presencia del cuidador y/o acompañante del niño(a) durante la consulta.

2.5.1 Anamnesis

Durante este procedimiento debe realizarse una anamnesis completa que incluya indagación de antecedentes y revisión por sistemas. Se recomienda hacer énfasis en:

a. Antecedentes personales, médicos (consultas a urgencias, síntomas recurrentes, otológicos, condiciones crónicas o agudas, asma, dermatitis atópica, etc.), hospitalarios, transfusionales, farmacológicos, exposición al humo de tabaco, alérgicos, quirúrgicos, consumo de sustancias psicoactivas, esquema de vacunación, comportamiento y relaciones interpersonales, conducta suicida. Se debe preguntar por preocupaciones de la salud y de puericultura, y por el cuidado extra-escolar. En caso de consumo de sustancias psicoactivas debe ser derivado a la Ruta integral de atención en Salud para la población con riesgo o presencia de trastornos asociados al uso de sustancias

psicoactivas y adicciones, y en caso de conducta suicida, de convulsiones o ausencias derivar a la Ruta Integral de Atención en Salud para población con riesgo o presencia de problemas, trastornos mentales y epilepsia.

b. En niñas con menarca, se debe indagar por los antecedentes ginecológicos.

c. Consumo y hábitos alimentarios indagando la frecuencia, cantidad, forma de preparación y tipo de alimentos (incluyendo consumo de azúcar y sal), para lo cual puede ser útil la indagación de la alimentación en las últimas 24 horas. Deben verificarse las prácticas alimentarias, los lugares de comida, el acompañamiento del niño y las preocupaciones de los padres y/o cuidadores sobre la alimentación del niño. Se debe indagar sobre problemas en el hábito de comer.

d. Prácticas y hábitos saludables (juego, actividad física, higiene oral y corporal (incluyendo lavado de manos y de área perineal), sueño, hábito intestinal y urinario, control de esfínteres, fotoprotección, exposición a televisión, videojuegos, uso del tiempo libre y ocio (uso de la internet o redes sociales etc.).

e. Desarrollo y aprendizaje: en cada consulta, los padres o acudientes del niño o niña, deben informar sobre el rendimiento escolar, la aptitud de aprendizaje, la actitud en el aula y la vida social (juego y conducta con los pares). Este concepto habitualmente es dado por los profesores en las entregas de notas (el cual no se restringe exclusivamente a las notas académicas), y lo ideal es que sea presentado por los padres en la consulta. Se recomienda que el informe del profesor sea respaldado por el orientador del colegio y que se trate del informe más reciente que se les haya entregado. Se debe indagar por las rutinas y hábitos de estudio, problemas de aprendizaje, de lenguaje, de rendimiento escolar o de comportamiento. En caso de identificar problemas o dificultades de aprendizaje o de rendimiento escolar, se debe indagar por el desarrollo del lenguaje (aparición tardía de este) y del habla. Así mismo, debe preguntarse por la percepción de los padres y/cuidadores sobre la audición y la visión del niño (¿Usted cree que su hijo escucha y ve bien?).

f. Prácticas de crianza y cuidado: formas de comunicación con el niño (expresión del afecto al niño, reconocimiento de los gustos o preferencias del niño); actividades para estimular el desarrollo y el juego, cómo se relaciona con su familia y con otros adultos y niños, establecimiento de límites y disciplina para corregir (uso de castigo corporal, diversas formas de violencia), refuerzos positivos, exposición a violencias (víctimas o testigos de diversas formas de violencias, enaltecimiento de conductas violentas en los medios de comunicación, o si al interior de la familia se dan formas de ejercer autoridad y poder que legitiman el uso de la violencia), prevención de accidentes (movilidad –uso de silla especial trasera, cinturón de seguridad, casco-, en la casa, espacios abiertos), exposición a vulneraciones de derechos como el trabajo infantil. En el caso de exposición a violencias debe ser referido a la ruta integral de atención en salud para la población en riesgo y víctima de violencias de género, interpersonales y en el conflicto armado.

g. En los antecedentes familiares debe hacerse un especial énfasis en: enfermedades hereditarias, asma, tuberculosis, dermatitis atópica, problemas de desarrollo infantil, antecedentes de salud mental de los padres, como trastornos mentales (como depresión, esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, entre otros), conducta suicida, consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas; duelo o muerte de personas significativas, divorcio de los padres, problemas en las relaciones de los progenitores, alteraciones de las emociones o del comportamiento.

h. Valoración o actualización de la conformación y dinámica de la familia a través del familiograma (Anexo 6); indagar sobre las capacidades y recursos personales y familiares que inciden en el cuidado de la salud familiar, evaluar el grado de satisfacción de la funcionalidad familiar, a través del Apgar familiar (Anexo 7), comprender las condiciones de la familia y especialmente valorar sus capacidades en relación con el proceso de desarrollo integral, incluye la indagación sobre distribución de tareas entre cuidadores o red de apoyo respecto a la crianza del niño, labores de la casa y otros hijos; identificar relaciones de poder y autoridad que puedan ir en contra de la dignidad humana, indagar por las expectativas e inquietudes de familia respecto al cuidado de su salud y sobre el acceso a los servicios de salud. Así mismo, sobre sus visiones frente a condiciones que afectan su salud y la de su familia, en los entornos en donde se desarrolla, y sobre experiencias previas de atención. Por otra parte se debe identificar las situaciones particulares que ponen en riesgo la salud de la familia y sus integrantes, entre otras, disfuncionalidad familiar, discapacidad o personas que sufren patologías crónicas o enfermedades o huérfanas o terminales. En situaciones de exposición a violencia interpersonal o violencia sexual, se debe derivar a la Ruta Integral de Atención en Salud para la población en riesgo y víctima de violencias en el conflicto armado, violencias de género y otras violencias interpersonales.

i. Valoración o actualización de las condiciones de vida, del contexto social y las redes de apoyo social y comunitarias de la familia, pertenencia social y cultural que considere pertenencia étnica, que permita conocer las capacidades y recursos con los que cuenta la familia derivados de su relación con éstos y que redundan en sus posibilidades de desarrollo. Para lo cual se hará uso del Ecomapa (Anexo 8).

j. Avance en los compromisos acordados en sesiones de educación individual previas.

2.5.2 Examen físico

Mediante todas las técnicas semiológicas, se indica realizar un examen físico completo. Deben tomarse todos los signos vitales. La tensión arterial debe tomarse con el manguito adecuado y debe establecerse su normalidad a través del uso de la tabla de percentiles de tensión arterial en niños y niñas.

A continuación, se presenta la descripción de algunos aspectos particulares que se debe realizar en cada consulta:

Valoración del desarrollo y del rendimiento escolar: evaluar el desarrollo de los niños en infancia a través de la indagación del desempeño del rendimiento escolar, del aprendizaje y del comportamiento de acuerdo a la revisión por sistemas. De encontrarse preocupaciones o quejas sobre el rendimiento escolar, el aprendizaje o la vida social del niño (descrito en el informe o referido por los padres), se debe aplicar el test de la figura humana de Goodenough Harris (Anexo 9) en la misma consulta, el cual tiene un adecuado rendimiento para identificación de niños con déficit cognitivo.

Si el niño tiene un resultado del test de Goodenough Harris sugestivo de déficit cognitivo, antecedente de aparición tardía del lenguaje y/o antecedente familiar de problemas de aprendizaje, debe derivarse a valoración integral por pediatría para ampliación diagnóstica. Así mismo, si el niño tiene problemas de rendimiento escolar o de comportamiento, debe ser derivado a atención resolutiva por pediatría para estudio y manejo respectivo.

Valoración del estado nutricional y seguimiento a los parámetros antropométricos: se realizará tomando las medidas de peso y talla, para el cálculo de los índices relacionados con los mismos (IMC/edad y talla/edad). La clasificación antropométrica se realizará con base en lo establecido en la normatividad vigente[3] y la información debe ser registrada en las gráficas de los patrones de crecimiento OMS para niñas, niños y adolescentes menores de 18 años (Anexo 3).

Si identifica alguna alteración o anormalidad en la valoración nutricional y antropométrica, se debe derivar al niño o niña a la Ruta Integral de Atención en Salud para población con riesgo o presencia de alteraciones nutricionales o a atención resolutiva por pediatría para diagnóstico y tratamiento.

Valoración de la salud sexual – maduración sexual: evaluar la evolución de los estadios de Tanner (Anexo 10) y realizar la exploración de la región ano-genital para descartar signos de violencia sexual. En los niños debe evaluarse, la presencia de criptorquidia, epi o hipospadias (si no se detectaron previamente), y de varicocele (generalmente para los niños más grandes en momento vital Infancia). Se debe prestar atención especial a la detección de signos de violencias física y sexual, y en caso de niñas indígenas, se deben identificar prácticas nocivas para la vida y la salud, como la mutilación genital femenina o el matrimonio infantil o forzoso.

En niños y niñas intersexuales realizar valoración integral y remisión para asesoría. Así mismo, se debe realizar una atención teniendo en cuenta las particularidades por sexo, género y orientación sexual.

Si identifica un factor de riesgo o se encuentra alguna alteración o anormalidad en la valoración de la salud sexual, se debe derivar al niño o niña a una atención resolutiva por pediatría para diagnóstico y tratamiento.

[3] La clasificación nutricional/antropométrica se realizará según lo establecido en la Resolución 2465 de 2016 o la normatividad vigente que la sustituya.

Valoración de la salud visual: a partir del examen oftalmoscópico se debe explorar y evaluar las estructuras del segmento anterior y posterior, tales como anexos oculares, conjuntiva, cornea, esclera anterior, iris, cristalino, cámara anterior, vítreo, retina, cabeza del nervio óptico, estructuras vasculares retinales y coroides entre otras. Así mismo, se debe indagar sobre preocupaciones de los padres sobre problemas visuales del niño.

Durante la consulta se debe valorar la agudeza visual usando optotipos morfoscópicos o angulares. Los primeros son optotipos convencionales de Snellen de letras, números, direccional de figuras o C del Landolt, entre otros y los segundos incluyen New York Flash, dados guerreros o los cubos de fooks.

Si identifica un factor de riesgo o encuentra alguna alteración o anormalidad relacionada con la salud visual, se debe derivar al niño o niña a la Ruta Integral de Atención en Salud para población con riesgo o presencia de alteraciones visuales o a atención resolutiva por oftalmología u optometría, según sea el caso, para diagnóstico y tratamiento.

Valoración de la salud auditiva y comunicativa: incluye la evaluación del estado del oído y su integridad a través de la inspección visual, la otoscopia, y de las funciones de la articulación, voz, habla y desempeño comunicativo. Se recomienda aplicar la lista de chequeo de factores de riesgo de las enfermedades del oído, alteraciones auditivas, vestibulares y de la comunicación (Anexo 4). Durante la consulta se debe aplicar el cuestionario VALE (Anexo 5).

Si se identifica algún factor de riesgo o se encuentra alguna alteración o anormalidad relacionada con la salud auditiva y comunicativa, se debe derivar al niño a la ruta integral de atención en salud para población con riesgo o presencia de alteraciones auditivas y de la comunicación o a la atención resolutiva por fonoaudiología o por pediatría, para ampliación de estudios para diagnóstico y tratamiento.

Valoración de la salud bucal: realizar el reconocimiento del estado de las estructuras dentomaxilofaciales (cara, maxilar y mandíbula, labios y comisura labial, mejillas-carrillos, encía, zona retro molar, piso de boca, superficie ventral y dorsal de lengua, paladar duro y blando, oro-faringe, articulación temporomandibular (ATM) y estructuras dentales) y de su funcionalidad en los procesos de masticación, deglución, habla, fonación, socialización, afecto y autoestima, entre otras.

Si se identifica algún factor de riesgo o se encuentra alguna alteración o anormalidad relacionada con la salud bucal, se debe derivar al niño o niña a la ruta integral de atención en salud para población con riesgo o presencia de alteraciones en salud bucal o valoración específica por odontología para el manejo respectivo.

Valoración de la salud mental: adicional a los hallazgos a partir de la anamnesis, se debe valorar la presencia de riesgos psicosociales para violencias y de exposición a violencias, que puede incluir una o diversas formas de violencias de género, interpersonales o con ocurrencia en el conflicto armado, y de ser así derivarse a la ruta integral de atención para la población en riesgo y víctima de

violencias en el conflicto armado, violencias de género y violencias interpersonales.

Si se identifica lesiones por consumo de SPA se debe derivar al niño o niña a la ruta integral de atención en salud para población con riesgo o trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones.

Si identifica algún riesgo de problema o trastorno mental aplicar el instrumento de tamizaje Reporting Questionnaire for Children (RQC). (Anexo 11).

De la misma forma, si identifica bajo rendimiento escolar, problemas de aprendizaje o de comportamiento, problemas en el hábito de comer, duelo o pérdida significativa, convulsiones o ausencias, detección de problemas de salud mental en el RQC o alteraciones neurológicas, se debe derivar al niño o niña a la ruta integral de atención en salud para población con riesgo o presencia de problemas y trastornos mentales y epilepsia o a la atención resolutiva por el profesional en medicina especializada o profesional en psicología o trabajo social, según sea el caso, para el manejo respectivo.

Otros aspectos físicos: se debe examinar el cuello para buscar crecimientos de la glándula tiroides y explorar el tamaño de los ganglios linfáticos, valorar la orofaringe para descartar crecimientos asimétricos significativos en las amígdalas. Es necesario verificar que no haya crecimiento del tamaño del hígado y del bazo (hepatoesplenomegalia) y descartar la presencia de hernias umbilicales, la identificación de deformidades y/o alteraciones rotacionales o angulares en los miembros inferiores. Así mismo, se debe examinar cuidadosamente la columna vertebral pasiva y dinámicamente en búsqueda de alteraciones de la alineación (escoliosis, cifosis o lordosis). Indagar sobre la presencia de tos con expectoración por más de 15 días y si es contacto reciente de una persona con tuberculosis. En general, debe realizarse un examen físico completo y de buena calidad, puesto que en pediatría se sabe que muchas veces pueden presentarse alteraciones que no habían sido percibidas por los padres ni por el niño como anormales, o que pueden producir síntomas que muchas veces han sido desestimados.

2.5.3 Información en la salud

Debe hacerse siempre según los hallazgos, las necesidades identificadas en la consulta y las inquietudes o necesidades expresadas por el niño o su acompañante. Se recomienda tener en cuenta información sobre prácticas de crianza protectoras y basadas en derechos, prevención de violencias, promoción de la salud, del bienestar, del crecimiento, del desarrollo, de la adecuada alimentación, de prácticas para la adecuada manipulación de alimentos y prevención de enfermedades transmitidas por alimentos, promoción de hábitos y estilos de vida saludables (prevención de la exposición al humo de tabaco), de prácticas deportivas organizadas, de actividad física y evitación del sedentarismo y el uso prolongado de televisión, computadores y otras pantallas; promoción de la salud mental, de prevención de accidentes (incluyendo accidentes de tránsito en calidad de pasajero o de peatón), de cuidado del oído y la visión, hábitos de higiene personal y de cuidado bucal, alertas tempranas de las pérdidas auditivas, conductas protectoras manifestaciones de las perdidas auditivas e importancia de

la valoración audiológica y de tamizaje auditivo. Además, se debe informar sobre las normas de control y manejo del ruido para el mantenimiento de los ambientes tranquilos que propicien una audición segura. Del mismo, se debe informar sobre signos de alarma para enfermedades prevalentes de la infancia (asma) y educar para consultar a urgencias en los casos necesarios. Se debe incluir información sobre derechos de los niños, derecho a la salud, y mecanismos de exigibilidad de los mismos.

De manera general brindar información sobre los derechos de las madres, la importancia del empoderamiento de las mujeres para trabajar actividades de cuidado para ella y sus hijos, así como promover el fortalecimiento del rol del padre como cuidador de sus hijas e hijos.

2.5.4 Plan de cuidado

La definición del plan de cuidado debe hacerse conforme a los hallazgos o las necesidades para promover y mantener la salud integral del niño o la niña, así como las medidas para promover el desarrollo integral en la infancia.

Si de acuerdo a los hallazgos el médico identifica una patología, signo o síntoma que no ha sido diagnosticado anteriormente, en esta consulta se podrá generar el diagnóstico y establecer el manejo o tratamiento del evento en salud identificado. El registro de esta atención corresponde a una consulta de valoración integral y detección temprana con un diagnóstico relacionado.

Si de acuerdo a los hallazgos o a las necesidades se requiere de una valoración diagnóstica con mayor profundidad de la salud integral del niño o la niña, se debe remitir directamente a consulta de pediatría sin pasar previamente por medicina general, lo cual ha sido reconocido en el Artículo 93 de la Resolución 5269 de 2017 o de la norma que la sustituya.

Como parte del plan de cuidado se debe verificar que el niño o niña accedió a las atenciones definidas en el esquema de intervenciones/atenciones en salud individuales, en el caso contrario, ordenar o canalizar para su realización:

a. Atención en salud bucal por profesional de odontología.
b. Hemoglobina y Hematocrito: Niñas entre 10 y 13 años: una vez en el período. Para lo cual se sugiere que se realice de forma previa a la consulta para garantizar la oportunidad en la lectura.
c. Vacunación: debe realizarse de acuerdo con el esquema de vacunación vigente y el antecedente vacunal.
    - Toxoide tetánico diftérico del adulto (Td) según antecedente vacunal. A partir de los 10 años.
    - Vacuna contra el virus del Papiloma humano (VPH): Niñas a partir de los nueve años de edad.

d. Educación grupal para la salud que incluye a la familia, de acuerdo a los ciclos contemplados para el desarrollo de capacidades de las niñas y niños y de los padres o cuidadores.

Adicionalmente, en función de los hallazgos, necesidades e inquietudes y capacidades a fortalecer para el cuidado y desarrollo integral de los niños(as) por parte de los padres y/o cuidadores, se deberá indicar la realización de educación individual para la salud e incluirla en el plan integral de cuidado primario. Los siguientes son criterios que podrían sugerir la necesidad de sesiones de educación individual para la salud:

- Niños en quienes se identifican problemas de higiene corporal u oral.
- Niños con hábitos o rutinas (o falta de estas) que están generando alteraciones o problemas con la alimentación, la nutrición, el sueño, el estudio, la eliminación, la actividad física, etc.
- Niños con problemas de comportamiento o de rendimiento escolar cuyos padres o familiares no saben cómo proceder.
- Niños con experiencia de consumo de cigarrillo, alcohol o de otras sustancias psicoactivas, o alto riesgo de consumirlas.
- Padres, familiares o cuidadores que consumen tabaco.
- Padres, madres o familiares que tienen problemas (referidos o identificados) para la crianza del niño.
- Padres, madres o familiares con patrones de crianza nocivos (creencias, actitudes o prácticas) que no tienen en cuenta el grado o las características de desarrollo de los niños y están generando daño o tienen alto riesgo de producirlo con la consecuente vulneración de derechos.
- Padres, madres o familiares que no cuentan con los conocimientos necesarios o no se sienten preparados para acompañar a los niños en su transición a la adolescencia pese a la información recibida en la consulta y la educación grupal.
- Padres, madres o familiares que requieran claridad sobre su responsabilidad en el cuidado, en el acompañamiento y/o la protección del niño.
- Padres, madres o familiares que requieran claridad sobre estrategias de afrontamiento de sucesos vitales.
- Niños y/o familiares que requieran implementar medidas para garantizar entornos seguros y protectores.
- Niños y/o familiares que requieran mayor conocimiento sobre desarrollo psicosexual y/o derechos sexuales y reproductivos.
- Niños y/o familiares con mala adherencia a tratamientos, seguimientos o manejos crónicos.

Asi mismo, en función de los hallazgos y las necesidades y como parte del plan integral de cuidado primario en salud debe realizase la canalización a:

a. Educación para la salud dirigida al grupo familiar cuando se identifique alguna situación de uno o varios de los integrantes de la familia o se requiera profundizar en aspectos para el cuidado de la salud de la familia en su conjunto.
b. Atención básica de orientación familiar. A continuación se relacionan algunas situaciones familiares que pueden ser objeto de esta atención:

  - Familias con relaciones conflictivas e inadecuado funcionamiento familiar, con desorganización y presencia de conflictos que afectan el bienestar y desarrollo de sus integrantes y la dinámica familiar.
  - Familias con vivencia de sucesos vitales que puedan sobrepasar la capacidad de la familia para su afrontamiento y afectar su salud.
  - Familias en situaciones de vulnerabilidad social que pueden afectar la salud familiar, (por ej: familias con varios integrantes en condición de dependencia y un solo proveedor, familias en contexto de mayor exposición a violencias, consumo SPA, explotación sexual o económica, pandillismo, entre otras).
  - Familias con algún integrante con discapacidad.
  - Familias con deficientes redes de apoyo, o sostenimiento de relaciones sociales y comunitarias que generen riesgo o afectación de la salud familiar.
- Familias con prácticas del cuidado de salud críticas de varios de sus integrantes que ponen en riesgo o han afectado la salud de la familia.
- Rutas Integrales de Atención en Salud de grupos de riesgo o servicios resolutivos.
- Atenciones básicas para promover la cesación del consumo de tabaco a personas identificadas con tabaquismo.
- Intervenciones del PIC de acuerdo con la oferta territorial.
- Servicios sociales de acuerdo con la oferta territorial. Es relevante por ejemplo para los servicios de educación en niños desescolarizados, apoyo alimentario, transferencias monetarias condicionadas, prevención y atención del trabajo infantil entre otros.
- Realizar la notificación obligatoria de los eventos de interés en salud pública identificados durante la consulta.

2.6 Instrumentos, insumos y dispositivos

Sin perjuicio del cumplimiento de los estándares de habilitación para la consulta de pediatría, medicina general, medicina familiar o enfermería, se debe contar con lo siguiente: carné de salud infantil, tablas y gráficas de los patrones de referencia para clasificación nutricional, tablas de percentiles de tensión arterial para niños y para niñas, cuestionario RQC, test de Estadios Tanner, lista de chequeo de factores de riesgo de las enfermedades del oído, alteraciones auditivas, vestibulares y de la comunicación, cuestionario VALE, Test de la figura humana de Goodenough Harris para déficit cognitivo, familiograma, APGAR familiar, Así mismo, se debe garantizar la presencia de materiales para examen físico pediátrico (fonendoscopio equipo de órganos, tensiómetro pediátrico, cinta métrica, pulsoxímetro, optotipos morfoscópicos o angulares para agudeza visual, báscula y tallímetro etc.).
Los instrumentos que deben ser aplicados de manera obligatoria en cada consulta son: tablas y gráficas de los patrones de referencia para clasificación nutricional, cuestionario VALE y APGAR familiar. Se sugiere la aplicación de los demás instrumentos relacionados en el procedimiento, como complemento a la valoración integral de las niñas y niños.

3. ATENCIÓN EN SALUD POR MEDICINA GENERAL O FAMILIAR Y ENFERMERIA PARA LA ADOLESCENCIA

3.1 Objetivos

- Valorar y hacer seguimiento de la salud y desarrollo integral y multidimensional (físico, cognitivo, social) de los adolescentes.
- Identificar tempranamente la exposición a factores de riesgo con el fin de prevenirlos o derivarlos para su manejo oportuno.
- Detectar de forma temprana alteraciones que afecten negativamente la salud y el proceso de crecimiento y desarrollo, con el fin de referirlas para su manejo oportuno.
- Potenciar las capacidades físicas, cognitivas y psicosociales que le permitan al/la adolescente alcanzar los resultados en su desarrollo.
- Potenciar capacidades, habilidades y prácticas para promover el cuidado de la salud y fortalecer el desarrollo de adolescentes, mediante la información en salud con padres y/o cuidadores.
- Construir concertadamente con el usuario el plan de cuidado primario.

3.2 Población sujeto

Este procedimiento está dirigido a todos los adolescentes de 12 a 17 años, 11 meses y 29 días que habitan en el territorio nacional.

3.3 Atenciones incluidas

Este procedimiento aborda las siguientes intervenciones o atenciones contempladas en la RPMS para el momento de la adolescencia:

- Valorar el crecimiento y desarrollo (físico, motriz, cognitivo y socioemocional).
- Valorar el desarrollo de la autonomía.
- Valorar el estado nutricional y antropométrico.
- Valorar las prácticas alimentarias.
- Valorar las estructuras dentomaxilofaciales y su funcionalidad.
- Valorar la salud auditiva y comunicativa.
- Valorar la salud visual.
- Valorar la salud sexual y reproductiva.
- Valorar la salud mental.
- Valorar la dinámica familiar como apoyo al desarrollo integral.
- Valorar el contexto social y las redes de apoyo social y comunitario.
- Verificar esquema de vacunación.
- Brindar información en salud a las niñas o niños, a sus familias o cuidadores.

3.4 Talento humano

Esta atención se realizará a través de una consulta por profesionales en medicina general, medicina familiar o enfermería de acuerdo a lo contemplado en el esquema de intervenciones/atenciones en salud individuales definido en el lineamiento técnico y operativo de la RPMS.

Los profesionales que realizan esta atención deben contar con capacidades técnicas e individuales para valorar integralmente los procesos de aprendizaje y desarrollo de los adolescentes, habilidades de comunicación efectiva para abordar las situaciones frecuentes en este momento vital como: ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, sospecha de embarazo, anticoncepción, ITS-VIH-SIDA, diversas formas de violencia, salud mental-prevención del suicidio, prevención consumo de alcohol, prevención del consumo de tabaco y cesación del consumo de tabaco y drogas, aspectos bioéticos y legales en la atención de adolescentes, manejo para la intervención de grupos específicos en situación de vulnerabilidad (diversidad sexual, discapacidad, indígenas, migrantes, infractores de ley), para el trabajo comunitario y educación en salud, para el fortalecimiento del liderazgo y participación juvenil, entre otros.
El profesional de enfermería podrá realizar los procedimientos y ordenar los medicamentos, insumos, dispositivos y otros procedimientos de acuerdo con lo definido en esta intervención/atención.

3.5 Descripción del procedimiento

Este procedimiento debe realizarse en un ambiente que garantice privacidad, libre de prejuicios y no discriminatorio, los datos suministrados pueden provenir del adolescente, su madre o padre o de la interacción entre ambos, por lo cual se requiere prestar suficiente atención a todas las fuentes.

Si el adolescente acude a la consulta con su madre o padre debe informarle que la primera parte de la consulta preferiblemente se realizará a solas con el adolescente, con el fin de demostrar que se reconoce su autonomía, posteriormente se tendrá un espacio conjunto con el acompañante.

Es conveniente que el padre o la madre estén presentes durante el examen físico, si así lo desea el adolescente, es oportuno en este momento propiciar su participación. Las opiniones del padre o la madre y las interacciones entre ellos y el adolescente, permitirán complementar la información sobre su desarrollo evolutivo, la comunicación y conflictos familiares, así como apoyar recomendaciones sobre el cuidado de la salud.

A continuación se enuncian los principales aspectos que se deben realizar durante el procedimiento.

3.5.1 Anamnesis

Debe realizarse una anamnesis completa que incluya indagación de antecedentes y revisión por sistemas. Se recomienda hacer énfasis en:

a. Antecedentes personales, médicos (consultas a urgencias, síntomas recurrentes, hospitalizaciones, cirugías, etc.), vacunación, alergias, enfermedades (cardio vasculares, diabetes, obesidad, cáncer, asma, tuberculosis, rinitis, insulino-resistencia, anemia, infecto contagiosas), discapacidad, accidentes, toxicológicos (intoxicaciones, consumo o exposición a tabaco, alcohol u otras sustancias psicoactivas – tanto de adolescentes como sus padres-, exposición a agentes químicos), uso de medicamentos (esteroides), sensoriales (problemas auditivos o de visión), desarrollo puberal

(menarquia/espermarquia, de cambios de voz en el hombre y aparición de vello púbico, axilar o en otros lugares del cuerpo en el caso de ambos), ginecológicos (alteraciones en el ciclo menstrual), psicosociales (incluyendo diversas formas de violencia, conducta suicida entre otras). En el caso de exposición a riesgos psicosociales o violencias debe derivarse a la Ruta Integral de Atención en Salud para la población en riesgo y víctima de violencias en el conflicto armado, violencias de género y otras violencias interpersonales. En el caso de conducta suicida, debe derivarse a la Ruta Integral de Atención en Salud para población con riesgo o presencia de problemas y trastornos mentales y epilepsia.

b. Se debe indagar sobre la asistencia escolar y desempeño académico (identificar deserción o riesgo, repitencia de años, desempeño bajo que puede deberse a problemas de aprendizaje no detectados previamente), comportamiento general y relaciones interpersonales.

c. Se debe preguntar por preocupaciones de salud y por el cuidado extra-escolar.

d. Se debe verificar la realización y los resultados de las pruebas de tamizaje para anemia.

e. En los antecedentes familiares debe hacerse un especial énfasis en enfermedades hereditarias y en problemas de rendimiento escolar, de conducta o de aprendizaje, así como antecedentes de salud mental y psicosociales de los padres, cuidadores u otros integrantes de la familia tales como: trastornos mentales (como depresión, esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, entre otros); conducta suicida, consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, maltrato y violencia intrafamiliar en padres, divorcio de los padres, problemas en las relaciones de los progenitores, muerte de seres queridos o figuras significativas, alteraciones de las emociones o del comportamiento.

f. Indagar sobre el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y la vivencia de la sexualidad en sus diferentes componentes (reproductivo, afectivo, erótico y comunicativo- relacional) en condiciones de libertad, equidad y dignidad. Para lo cual es importante indagar por: orientación sexual, identidad de género, inicio de relaciones sexuales, número de compañeros sexuales, uso de métodos de anticoncepción y protección usados contra ITS/VIH; dificultades durante las relaciones sexuales (excitación, lubricación, orgasmo, erección, eyaculación, dolor); toma de decisiones alrededor de la sexualidad y la reproducción (autonomía, maternidad o paternidad planeada, interrupción voluntaria del embarazo), vivencia sobre la identidad de género (sexismo, homofobia y transfobia), violencia contra la mujer y/o violencia de género (incluye explotación sexual y comercial (ESCI) y violencia sexual); conocimiento de fisiología y anatomía de la sexualidad y la reproducción, conocimientos, creencias y actitudes sobre las relaciones sexuales, anticoncepción, ITS. Se sugiere tener como referente el instrumento de valoración de los derechos sexuales y derechos reproductivos (Anexo 13).

g. Consumo y hábitos alimentarios a partir de la regularidad en el patrón de comidas (saltar comidas), el tipo de alimentos consumidos (particularmente alto contenido de energía, grasas saturadas, sodio, azúcar o bajo contenido de fibra, vitaminas, calcio y hierro, entre otros) así como “dietas” que puedan

contribuir al desequilibrio nutricional que permitan identificar la ingesta excesiva o deficiente de calorías o nutrientes a partir de la alimentación, indagar sobre factores de riesgo o conductas asociadas a trastornos de la conducta alimentaria.

h. Prácticas y hábitos saludables (juego, actividad física, higiene oral y corporal (incluyendo lavado de manos y de área perineal), sueño, hábito intestinal y urinario, fotoprotección, exposición a televisión, videojuegos, uso del tiempo libre y ocio, uso de la internet o redes sociales etc.). Valorar el cumplimiento del mínimo de actividad física recomendada para adolescentes, que según la OMS corresponde a 60 minutos diarios de actividad moderada o vigorosa por lo menos 5 días a la semana.

i. Prácticas de crianza de los cuidadores que incluye la indagación sobre las acciones correctivas (castigo corporal, violencia física, psicológica, sexual, negligencia y abandono). Debe explorarse la posibilidad de que los adolescentes sean testigos o víctimas de actos violentos: i) que estén expuestos al enaltecimiento de conductas violentas en los medios de comunicación, y ii) que al interior de la familia se den formas de ejercer autoridad y poder que legitimen el uso de la violencia. En caso de identificar alguna situación de las descritas anteriormente, se debe derivar a la ruta integral de atención en salud para la población en riesgo y víctima de violencias en el conflicto armado, violencias de género y otras violencias interpersonales.

j. Valoración o actualización de la conformación y dinámica de la familia a través del familiograma (Anexo 6); indagar sobre las capacidades y recursos personales y familiares que inciden en el cuidado de la salud familiar, evaluar el grado de satisfacción de la funcionalidad familiar, a través del Apgar familiar (Anexo 7), comprender las condiciones de la familia y especialmente valorar sus capacidades en relación con el cuidado de la salud, incluye las prácticas de monitorización, establecimiento de límites, apoyo percibido y comunicación familiar, indagar por las expectativas e inquietudes de familia respecto al cuidado de su salud y sobre el acceso a los servicios de salud. Así mismo, sobre sus visiones frente a condiciones que afectan su salud y la de su familia, en los entornos en donde se desarrolla, y sobre experiencias previas de atención. Por otra parte se debe identificar las situaciones particulares que ponen en riesgo la salud de la familia y sus integrantes, entre otras, disfuncionalidad familiar, exposición a diversas formas de violencia, discapacidad o personas que sufren patologías crónicas o enfermedades o huérfanas o terminales. En situaciones de exposición a violencia interpersonal o violencia sexual, se debe derivar a la ruta integral de atención en salud para la población en riesgo y víctima de violencias en el conflicto armado, violencias de género y otras violencias interpersonales.

k. Valoración o actualización de las condiciones de vida, del contexto social y las redes de apoyo social y comunitarias de la familia, pertenencia social y cultural que considere pertenencia étnica, que permita conocer las capacidades y recursos con los que cuenta la familia derivados de su relación con éstos y que redundan en sus posibilidades de desarrollo. Para lo cual se hará uso del Ecomapa (Anexo 8).

l. Avance en los compromisos acordados en sesiones de educación individual previas.

3.5.2 Examen físico

Mediante todas las técnicas semiológicas, se indica realizar un examen físico completo. Deben tomarse todos los signos vitales. La tensión arterial debe tomarse con el manguito adecuado y debe establecerse su normalidad a través del uso de la tabla de percentiles de tensión arterial en adolescentes.

A continuación, se presenta la descripción de algunos aspectos particulares que se debe realizar en cada consulta:

Valoración del desarrollo: debe valorarse su progreso teniendo en cuenta que los adolescentes están en proceso de maduración, los niveles de su desarrollo cambian y progresan y en la parte media y final de la adolescencia dichas funciones en general están ya en su mayoría desarrolladas. Algunos aspectos pueden ser valorados a lo largo de toda la consulta, por tanto es preciso estar atento de la coherencia, capacidad de expresión y comportamientos. Esta valoración incluye los siguientes aspectos:

a. Funciones cognitivas: se valoran teniendo como norte que el objetivo final o el resultado para adolescentes, incluye que i). Demuestren que sus actividades tienen un propósito, se dirigen a un objetivo; ii). Ejercen autocontrol; iii). Exhiben comportamientos fiables, consistentes y pensados; iv). Expresan autoeficacia positiva; v). Demuestran independencia; vi). Demuestran capacidad de resolución de problemas; vii) Exhiben un locus de control interno; viii) Funciones ejecutivas: valorar la progresividad en su desarrollo y alcances en aspectos como proyectarse a futuro, resolver problemas y autocontrol.

b. Identidad: se orienta a explorar e identificar el proceso y logros en la construcción de identidad, los compromisos que se van construyendo en diferentes dominios y las condiciones que facilitan y promueven o al contrario desafían el buen logro de este desarrollo. Se recomienda tener como referente el instrumento de valoración de la identidad (Anexo 14).

   Las condiciones que facilitan su desarrollo adecuado incluyen factores contextuales que involucran familia, pares, profesores y otros modelos o referentes comunitarios; y factores personales como la apertura a nuevas experiencias, el apoyo percibido, la autoestima, la capacidad de recuperación de la autoconfianza, habilidades cognitivas, de reflexión y capacidad para soportar la separación entre otras.

c. Autonomía: su valoración en lo posible deberá tener en cuenta las opiniones del adolescente y su cuidador lo cual permitirá que el profesional obtenga una mirada integral. En el desarrollo de la autonomía es posible distinguir por lo menos tres componentes: actitudinal, emocional y funcional que deben ser valorados a lo largo de la consulta. Deben valorarse además factores que facilitan su logro, por ejemplo, las relaciones familiares (fijación de límites y fomento de la autodeterminación) y habilidades como la autoestima y

autoeficacia. Se sugiere tener como referencia el instrumento valoración de la autonomía (Anexo 15).

Valoración del estado nutricional y seguimiento a los parámetros antropométricos Se realizará tomando las medidas de peso y talla, para el cálculo de los índices relacionados con los mismos (IMC/edad y talla/edad). La clasificación antropométrica se realizará con base en lo establecido en la normatividad vigente4 y la información debe ser registrada en las gráficas de los patrones de crecimiento OMS para niñas, niños y adolescentes menores de 18 años (Anexo 3).

Valoración de la salud sexual: Realizar la valoración clínica de la maduración sexual a través del seguimiento a la evolución de los estadios de Tanner, (Anexo 10) del mismo modo, la exploración de la región ano-genital permitirá descartar signos de violencia sexual y de género, la presencia de criptorquidia, epi o hipospadias (si no se detectaron previamente), o de varicocele. Evaluar y correlacionar la maduración sexual con el crecimiento físico, que permite determinar si el proceso puberal ocurre en forma adecuada en función del sexo y la edad. (Estirón puberal, modificación en la composición corporal).

En adolescentes intersexuales realizar valoración integral y remisión para asesoría. Así mismo, se debe realizar una atención teniendo en cuenta las particularidades por sexo, género y orientación sexual.

El profesional debe indagar sobre aspectos que pueden interferir en la maduración sexual: aspecto nutricional, glándula tiroidea (tamaño, consistencia, presencia de nódulos o masas), signos clínicos compatibles con patología crónica (acidosis renal, insuficiencia renal, fibrosis quística, enfermedades cardiacas, SIDA, asma severa, DM tipo 1) o cromosomopatía (talla baja o alta, pterigión ocular, implantación pabellón auricular, otros), signos clínicos de hipogonadismo, estrés ambiental, entrenamiento atlético intenso, uso de drogas, exceso de glucocorticoides.

Durante el examen físico ginecológico se le puede entregar a la adolescente un espejo de mano, para que el acto de examen físico se convierta en una experiencia educativa y pueda recibir la explicación del profesional a cargo de la valoración y a su vez observar el examen de sus genitales con el conocimiento de los mismos.

Se debe prestar atención especial a la detección de signos de violencias física y sexual, y en caso de adolescentes indígenas, se deben identificar prácticas nocivas para la vida y la salud, como la mutilación genital femenina o el matrimonio infantil o forzoso.

Valoración de la salud visual: a partir del examen oftalmoscópico se debe explorar y evaluar las estructuras del segmento anterior y posterior, tales como anexos oculares, conjuntiva, cornea, esclera anterior, iris, cristalino, cámara anterior, vítreo, retina, cabeza del nervio óptico, estructuras vasculares retinales y

[4] La clasificación nutricional/antropométrica se realizará según lo establecido en la Resolución 2465 de 2016 o la normatividad vigente que la sustituya.

coroides entre otras. Así mismo, se debe indagar sobre preocupaciones de los padres sobre problemas visuales del adolescente.

Durante la consulta se debe valorar la agudeza visual usando optotipos morfoscópicos o angulares; los primeros (optotipos convencionales de Snellen de letras, números, direccional de figuras o C del Landolt, entre otros) y los segundos (New York Flash, dados guerreros o los cubos de fooks).

Si identifica un factor de riesgo o encuentra alguna alteración o anormalidad durante el examen de oftalmoscopia o la valoración de la agudeza visual, se debe derivar al adolescente según el hallazgo a la ruta integral de atención en salud para población con riesgo o presencia de alteraciones visuales o a una consulta resolutiva de optometría u oftalmología según sea el caso.

Valoración de la salud auditiva y comunicativa: incluye la evaluación del estado del oído y su integridad a través de la inspección visual, la otoscopia, y de las funciones de la articulación, voz, habla y desempeño comunicativo. Durante la consulta se debe hacer dos preguntas de percepción: ¿Tiene usted o ha tenido algún problema en el oído?, ¿Cree usted que escucha bien?, se recomienda aplicar la lista de chequeo de factores de riesgo de las enfermedades del oído, alteraciones auditivas, vestibulares y de la comunicación (Anexo 4). En caso de identificar alteraciones o anormalidad en la valoración, se debe remitir al adolescente a la Ruta Integral de Atención en Salud para población con riesgo o presencia de alteraciones auditivas y de la comunicación o a una consulta resolutiva según el caso.

Valoración de la salud bucal: realizar el reconocimiento del estado de las estructuras dentomaxilofaciales (cara, maxilar y mandíbula, labios y comisura labial, mejillas-carrillos, encía, zona retro molar, piso de boca, superficie ventral y dorsal de lengua, paladar duro y blando, oro-faringe, articulación temporomandibular (ATM) y estructuras dentales) y de su funcionalidad en los procesos de masticación, deglución, habla, fonación, socialización, afecto y autoestima, entre otras. Si se identifica algún factor de riesgo o se encuentra alguna alteración o anormalidad relacionada con la salud bucal, se debe derivar a la ruta integral de atención en salud para población con riesgo o presencia de alteraciones en salud bucal o valoración específica por odontología para el manejo respectivo.

Valoración de la salud mental: adicional a los hallazgos a partir de la anamnesis, se debe valorar la presencia de lesiones físicas por exposición a situaciones de violencia intrafamiliar/ maltrato infantil, violencia sexual y de género o por violencia de pares (matoneo), lesiones por consumo de SPA, lesiones autoinflingidas. Si identifica algún riesgo en salud mental se debe aplicar el instrumento de tamizaje Reporting Questionnaire for Children (RQC) (Anexo 11) para los adolescentes entre 12 y 15 años y Self Report Questionnaire (SRQ) (Anexo 12) a partir de los 16 años.

Si identifica algunos de los siguientes riesgos: trastornos mentales de los padres, cuidadores u otros integrantes de la familia, consumo problemático de SPA de padres y cuidadores, bajo rendimiento escolar, problemas de aprendizaje, problemas en el hábito de comer, duelo o pérdida significativa, disfuncionalidad

familiar o alteraciones en los tamizaje; se debe derivar a la RIAS para población con factores de riesgo o presencia de problemas, trastornos mentales y epilepsia.

Ante el consumo de SPA se debe aplicar el instrumento Substance Involvement Screening Test (ASSIST) (Anexo 16) y en el de alcohol el instrumento Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (Anexo 17). En caso de presentar alteraciones en alguno de éstos se debe derivar a la Ruta Integral de Atención en Salud para la población con riesgo o presencia de trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas y adicciones.

Otros aspectos físicos: es importante examinar el cuello para buscar crecimientos de la glándula tiroides y explorar el tamaño de los ganglios linfáticos. Debe examinarse la orofaringe para descartar crecimientos asimétricos significativos en las amígdalas y verificar que no haya crecimiento del tamaño del hígado y del bazo (hepatoesplenomegalia); descartar la presencia de hernias umbilicales, la identificación de deformidades y/o alteraciones en la alineación de miembros inferiores (valgus); indagar sobre la presencia de tos con expectoración por más de 15 días y si es contacto reciente de una persona con tuberculosis. Así mismo, se debe examinar cuidadosamente la columna vertebral pasiva y dinámicamente en búsqueda de alteraciones de la alineación (escoliosis, cifosis o lordosis).

3.5.3 Información en salud

De acuerdo a los hallazgos se debe ofrecer la información en salud que se considere relevante dirigida a los adolescentes y a la familia en caso de que lo acompañen, manteniendo la confidencialidad de la consulta. Durante la consulta se debe brindar información haciendo énfasis en los siguientes contenidos:

Promoción de la salud, del bienestar, del crecimiento, del desarrollo físico y psicosocial esperado y como potenciarlo incluye particularmente el desarrollo sexual, cognitivo, la construcción de identidad, autonomía, agencia; el ejercicio de la sexualidad en el marco de los derechos sexuales y reproductivos, identificar los riesgos y cómo prevenirlos, evitarlos o mitigarlos, toma de decisiones como expresión de la autonomía, las relaciones con pares, los padres y la familia, servicios de salud y sociales disponibles para los adolescentes. Y en la caso de la familia como se apoya el proceso de desarrollo, construcción de autonomía e identidad del adolescente, promoción de la alimentación adecuada, de hábitos y estilos de vida saludables (prevención de la exposición al humo de tabaco, promover la cesación del consumo de tabaco), prácticas deportivas organizadas, actividad física y evitación del sedentarismo y el uso prolongado de televisión, computadores y otras pantallas; promoción de la salud mental, prevención de violencias de diversas formas de violencia, prevención de accidentes (incluyendo accidentes de tránsito en calidad de pasajero o de peatón); de cuidado del oído y la visión, hábitos de higiene personal y de higiene bucal. Además, se debe informar sobre las normas de control y manejo del ruido para el mantenimiento de los ambientes tranquilos que propicien una audición segura. Así mismo, sobre el derecho a la salud y mecanismos de exigibilidad.

3.5.4 Plan de cuidado

La definición del plan de cuidado debe hacerse conforme a los hallazgos o las necesidades para promover y mantener la salud integral del adolescente, así como las medidas para promover el desarrollo integral en la adolescencia.

Si de acuerdo a los hallazgos el médico identifica una patología, signo o síntoma que no ha sido diagnosticado anteriormente, en esta consulta se podrá generar el diagnóstico y establecer el manejo o tratamiento del evento en salud identificado. El registro de esta atención corresponde a una consulta de valoración integral y detección temprana con un diagnóstico relacionado.

Como parte del plan de cuidado se debe verificar que el adolescente accedió a las atenciones definidas en el esquema de intervenciones/atenciones en salud individuales, en el caso contrario, ordenar o canalizar para su realización:

a. Atención en salud bucal por profesional de odontología.
b. Hemoglobina y Hematocrito: Niñas y adolescentes mujeres de 10 a 13 años: una vez en el período - 14 a 17 años: una vez en el período. Para lo cual se sugiere que se realice de forma previa a la consulta para garantizar la oportunidad en la lectura.
c. Remisión para vacunación: debe realizarse de acuerdo con el esquema de vacunación vigente y el antecedente vacunal. El esquema de vacunación actual para niñas adolescentes incluye las siguientes vacunas:
    - Toxoide tetánico diftérico del adulto (Td) según antecedente vacunal. A partir de los 10 años.
    - Vacuna contra el virus del Papiloma humano (VPH): Niñas de 12 a 17 años. Pueden incluirse población de 18 años para completar el esquema iniciado cuando eran niñas menores de 18 años.

d. Consulta de anticoncepción cuando el adolescente presentan prácticas sexuales coitales sin uso de anticoncepción o tienen intención o riesgo de inicio de relaciones sexuales. De preferencia esta consulta debe realizarse de forma inmediata a este procedimiento.

    Nota: En el caso de que un adolescente menor de 14 años, demande un método anticonceptivo de manera autónoma y libre de coacción, se deberá suministrar, según criterios médicos de elegibilidad anticonceptiva y notificar el caso a las autoridades de protección y poner en conocimiento a las autoridades de justicia para la indagación pertinente, conforme al protocolo de atención a víctimas de violencia sexual.

e. Tamizajes para población con alguno de los siguientes riesgos:

    - Prueba rápida treponémica en caso de relaciones sexuales sin protección.
    - Prueba rápida para VIH previa asesoría pre y pos test y consentimiento informado en caso de relaciones sexuales sin protección.
    - Prueba de embarazo en caso de retraso menstrual u otros síntomas o signos de sospecha.

f. Educación grupal para la salud de acuerdo a los ciclos contemplados para el desarrollo de capacidades en la adolescencia.

Adicionalmente, en función de los hallazgos, se deberá indicar la realización de las siguientes atenciones e incluirlas en el plan integral de cuidado primario:

a. Educación individual para la salud según los hallazgos, necesidades e inquietudes de los adolescentes o sus padres. Se sugiere ordenarla en las siguientes situaciones:

    - En habilidades para la vida

        - Adolescentes con riesgo o dificultades para el afrontamiento emocional.
        - Adolescentes que presentan compromisos muy fuertes, no han realizado una verdadera exploración en los diferentes dominios de su identidad, hayan presentado problemas de comportamiento; se evidencia falta de recursos para la toma de decisiones como la autoeficacia o no realizan reflexión sobre la toma de decisiones.

        - Adolescentes que habiten en un entorno social de alto riesgo, con pares o padres que ejercen presiones hacia comportamientos negativos, (actividades delictivas, diversas formas de violencia, Explotación Sexual y Comercial, Consumo de SPA).

        - Adolescentes que no cuentan con apoyo familiar o en los que se percibe déficits entre límites y libertad; tienen mala comunicación, desconfianza de sus amigos/as o se sienten apartados/as de ellos/as

        - Adolescentes con preocupaciones no justificadas por su imagen corporal y su peso

    - Fortalecimiento de la alimentación saludable.

    - Cesación de tabaco en adolescentes con tabaquismo o exposición al humo del tabaco.

    - Educación para la salud en Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

b. Educación para la salud dirigida al grupo familiar cuando se identifique alguna situación de uno o varios de los integrantes de la familia o se requiera profundizar en aspectos para el cuidado de la salud de la familia en su conjunto.

c. Atención básica de orientación familiar. A continuación se relacionan algunas situaciones familiares que pueden ser objeto de esta atención:

    - Familias con relaciones conflictivas e inadecuado funcionamiento familiar, con desorganización y presencia de conflictos que afectan el bienestar y desarrollo de sus integrantes y la dinámica familiar.
    - Familias con vivencia de sucesos vitales que puedan sobrepasar la capacidad de la familia para su afrontamiento y afectar su salud.
    - Familias en situaciones de vulnerabilidad social que pueden afectar la salud familiar, (por ej: familias con varios integrantes en condición de dependencia y un solo proveedor, familias en contexto de mayor

exposición a violencias, consumo SPA, explotación sexual o económica, pandillismo, entre otras).
- Familias con algún integrante con discapacidad.
- Familias con deficientes redes de apoyo, o sostenimiento de relaciones sociales y comunitarias que generen riesgo o afectación de la salud familiar.
- Familias con prácticas del cuidado de salud críticas de varios de sus integrantes que ponen en riesgo o han afectado la salud de la familia.

d. RIAS de grupos de riesgo o servicios resolutivos.
e. Intervenciones del PIC de acuerdo a la oferta territorial.
f. Servicios sociales de acuerdo a la oferta territorial. Es relevante por ejemplo para los servicios de educación en adolescentes desescolarizados, apoyo alimentario, transferencias monetarias condicionadas, prevención y atención del trabajo infantil, oferta de ocio y recreación, entre otros.

3.6 Instrumentos, insumos y dispositivos

Sin perjuicio del cumplimiento de los estándares de habilitación para la consulta de medicina general, medicina familiar o enfermería, se debe contar con lo siguiente: tablas y gráficas de los patrones de referencia para clasificación nutricional, cuestionarios RQC, SRQ, AUDIT, ASSIST, lista de chequeo de factores de riesgo de las enfermedades del oído, alteraciones auditivas, vestibulares y de la comunicación, Test de tanner, familiograma, apgar familiar, ecomapa, instrumentos para la valoración de los derechos sexuales y reproductivos, la autonomía y la identidad. Materiales para examen físico (fonendoscopio equipo de órganos, tensiómetro, cinta métrica, pulsoxímetro, optotipos morfoscópicos o angulares para agudeza visual balanza y tallímetro).

Los instrumentos que deben ser aplicados de manera obligatoria en cada consulta son: tablas y gráficas de los patrones de referencia para clasificación nutricional, cuestionario VALE y APGAR familiar. Se sugiere la aplicación de los demás instrumentos relacionados en el procedimiento, como complemento a la valoración integral del adolescente.

4. ATENCIÓN EN SALUD POR MEDICINA GENERAL O FAMILIAR PARA LA JUVENTUD[5]

4.1 Objetivos

- Valorar y hacer seguimiento de la salud y desarrollo integral y multidimensional (físico, cognitivo, social) de los jóvenes
- Identificar tempranamente la exposición a factores de riesgo con el fin de prevenirlos o derivarlos para su manejo oportuno.
- Detectar de forma temprana alteraciones que afecten negativamente la salud y el proceso de crecimiento y desarrollo de los jóvenes, con el fin de referirlas para su manejo oportuno.
- Potenciar capacidades, habilidades y prácticas para promover el cuidado de la salud y fortalecer el desarrollo de jóvenes, mediante la información en salud.
- Construir concertadamente con el usuario el plan de cuidado primario.

4.2 Población sujeto

Este procedimiento está dirigido a todos los Jóvenes de 18 a 28 años, 11 meses y 29 días que habitan en el territorio nacional.

4.3 Atenciones incluidas

Este procedimiento aborda las siguientes intervenciones o atenciones contempladas en la RPMS para el momento de la juventud:

- Valorar el crecimiento y desarrollo (físico, cognitivo y socioemocional).
- Valorar el estado nutricional y antropométrico.
- Valorar las prácticas alimentarias.
- Valorar las estructuras dentomaxilofaciales y su funcionalidad.
- Valorar la salud sexual y reproductiva.
- Valorar la salud auditiva y comunicativa.
- Valorar la salud visual.
- Valorar la función mental, emocional y social.
- Valorar los sucesos vitales y su influencia en la salud.
- Valorar el estado de salud en relación con el trabajo.
- Valorar la dinámica familiar.
- Valorar el contexto social y las redes de apoyo social y comunitario.
- Verificar esquema de vacunación.
- Aplicar, verificar u ordenar pruebas tamiz para detección temprana de alteraciones en la salud.
- Información en salud a los jóvenes.

4.4 Talento humano[6]

[5] Modificado por la Resolución 0276 de 2019.
[6] Modificado por la Resolución 0276 de 2019.

Esta atención se realizará a través de una consulta por profesional en medicina general o especialista en medicina familiar de acuerdo a lo contemplado en el esquema de intervenciones/atenciones en salud individuales definido en el lineamiento técnico y operativo de la RPMS.

Los profesionales que realizan esta atención deben contar con competencias para valorar integralmente: el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, sospecha de embarazo, anticoncepción, ITS-VIH-SIDA, diversas formas de violencia, salud mental, prevención del suicidio, prevención del consumo de alcohol, prevención del consumo de tabaco y cesación del consumo de tabaco y drogas, aspectos bioéticos y legales en la atención de joven, manejo para la intervención de grupos específicos en situación de vulnerabilidad (diversidad sexual, discapacidad, indígenas, migrantes, infractores de ley), para el trabajo comunitario y educación en salud, para el fortalecimiento del liderazgo y participación juvenil, entre otros.

4.5 Descripción del procedimiento

A continuación se enuncian los principales aspectos que se deben realizar durante el procedimiento.

4.5.1 Anamnesis

Debe realizarse una anamnesis completa que incluya indagación de antecedentes y revisión por sistemas. Se recomienda hacer énfasis en:

a. Antecedentes personales: indagar factores de riesgo o presencia de enfermedades metabólicas (diabetes, sobrepeso, dislipidemias) cardiovasculares (hipertensión, infartos, cerebrovasculares), pulmonares (EPOC, asma), cáncer (cuello uterino, seno, próstata, estomago o colorrectal), alteraciones sensoriales (audición y visuales), problemas visuales (defectos refractivos, glaucoma, estrabismo), enfermedades neurológicas, musculo esqueléticas, mentales o del comportamiento, manejo del estrés y situaciones de alta tensión, enfermedades trasmisibles, infecciones de trasmisión sexual, urológicas, alérgicos, traumatismos, transfusiones, quirúrgicos, hospitalizaciones, uso de medicamentos, vacunación, discapacidad, exposición a diversas formas de violencias o riesgos psicosociales para violencia, enfermedades o accidentes laborales, exposición a factores de riesgo derivados del trabajo (físicos, químicos, biológicos, ergonómicos, mecánicos, psicosociales y ambientales), toxicológicos (consumo de tabaco, alcohol u otras sustancias psicoactivas (tipo de sustancia, frecuencia, cantidad, tiempo de consumo), antecedentes ginecoobstétricos: identificar trastornos menstruales.

b. Se debe verificar la realización y los resultados de las pruebas de tamizaje para detección temprana de riesgo cardiovascular y de cáncer de cuello uterino según lo definido en el procedimiento.

c. Antecedentes familiares: enfermedades que presenten o hayan presentado familiares cercanos por la posibilidad que sean heredables como hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemias, enfermedad coronaria, cáncer, cerebrovasculares, alergias, asma, enfermedades degenerativa, genéticas,

gota, hemofilia, glaucoma, trastornos o problemas mentales (demencia, depresión, esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, entre otros); conducta suicida, consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas de los hijos o la pareja.

d. Indagar sobre el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y la vivencia de la sexualidad en sus diferentes componentes (reproductivo, afectivo, erótico y comunicativo- relacional) en condiciones de libertad, equidad y dignidad. Para lo cual es importante indagar por: orientación sexual, identidad de género, inicio de relaciones sexuales, número de compañeros sexuales, uso de métodos de anticoncepción y protección usados contra ITS/VIH; dificultades durante las relaciones sexuales (excitación, lubricación, orgasmo, erección, eyaculación, dolor); toma de decisiones alrededor de la sexualidad y la reproducción (autonomía, maternidad o paternidad planeada, interrupción voluntaria del embarazo), vivencia de la identidad de género (sexismo, homofobia y transfobia), violencia sexual, violencia contra la mujer y/o violencia de género; conocimiento de fisiología y anatomía de la sexualidad y la reproducción, conocimientos, creencias y actitudes sobre las relaciones sexuales.

e. Consumo y hábitos alimentarios a partir de la regularidad en el patrón de comidas (saltar comidas), el tipo de alimentos consumidos (particularmente alto contenido de energía, grasas saturadas, sodio, azúcar o bajo contenido de de fibra, vitaminas, calcio y hierro, entre otros) así como “dietas” que puedan contribuir al desequilibrio nutricional que permitan identificar la ingesta excesiva o deficiente de calorías o nutrientes a partir de la alimentación.

f. Prácticas y hábitos saludables (actividad física, higiene oral y corporal (incluye lavado de manos), sueño, hábito intestinal y urinario, fotoprotección, exposición a televisión, internet o redes sociales, conductas de prevención de accidentes, actividades de tiempo libre y ocio, manejo del estrés y situaciones de alta tensión, práctica frecuente del autoexamen de seno y autoexamen de testículo.

g. Conocer la actividad laboral o económica actual y previa – rastrear antecedente de trabajo infantil y/o adolescente preguntando sobre la de edad de inicio de su actividad laboral. Indagar sobre el tipo de labor, tipo de vinculación laboral y la antigüedad de la misma, la carga laboral-. Indagar sobre la exposición a factores de riesgo e identificar en forma precoz, posibles alteraciones temporales, permanentes o agravadas del estado de salud del joven, ocasionadas por la labor o por la exposición al medio ambiente de trabajo. En caso de identificar factores de riesgo o alteraciones relacionados con la actividad laboral o económica se debe derivar a la Ruta Integral de Atención en Salud para población con riesgo o presencia de enfermedad o accidente laborales.

h. Valoración o actualización de la conformación y dinámica de la familia a través del familiograma (Anexo 6); indagar sobre las capacidades y recursos personales y familiares que inciden en el cuidado de la salud familiar, evaluar el grado de satisfacción de la funcionalidad familiar, a través del Apgar familiar (Anexo 7), comprender las condiciones de la familia y especialmente valorar sus capacidades en relación con el cuidado de la salud, incluye las prácticas de monitorización, establecimiento de límites, apoyo percibido y comunicación

familiar, indagar por las expectativas e inquietudes de familia respecto al cuidado de su salud y sobre el acceso a los servicios de salud. Así mismo, sobre sus visiones frente a condiciones que afectan su salud y la de su familia, en los entornos en donde se desarrolla, y sobre experiencias previas de atención. Por otra parte se debe identificar las situaciones particulares que ponen en riesgo la salud de la familia y sus integrantes, entre otras, disfuncionalidad familiar, discapacidad o personas que sufren patologías crónicas o enfermedades o huérfanas o terminales. En situaciones de exposición a violencia interpersonal o violencia sexual, se debe derivar a la Ruta Integral de Atención en Salud para la población en riesgo y víctima de violencias en el conflicto armado, violencias de género y otras violencias interpersonales.

i. Valoración o actualización de las condiciones de vida, del contexto social y las redes de apoyo social y comunitarias de la familia, pertenencia social y cultural que considere pertenencia étnica, que permita conocer las capacidades y recursos con los que cuenta la familia derivados de su relación con éstos y que redundan en sus posibilidades para el cuidado de la salud. Para lo cual se hará uso del Ecomapa (Anexo 8).

j. Avance en los compromisos acordados en sesiones de educación individual previas.

4.5.2 Examen físico

Mediante todas las técnicas semiológicas se indica realizar un examen físico completo. Deben tomarse todos los signos vitales.

A continuación, se presenta la descripción de algunos aspectos particulares que se debe realizar en cada consulta:

Valoración del estado nutricional, seguimiento a los parámetros antropométricos y valoración de riesgo cardiovascular y metabólico: a partir de la medición del peso, talla, IMC y perímetro de la circunferencia de cintura, realizar la clasificación antropométrica según lo establecido en la normatividad vigente[7]; se debe identificar y detectar casos de ingesta excesiva o deficiente de calorías o nutrientes a partir de la alimentación. En caso de identificarse factores de riesgo o alteraciones nutricionales se debe derivar a la ruta integral de atención en salud para la población con riesgo o alteraciones nutricionales o una atención resolutiva según sea el caso.

En simultánea valore el riesgo cardiovascular y metabólico (probabilidad de verse afectado por un infarto agudo de miocardio, un ataque cerebro vascular a 10 años, o riesgo de diabetes a 5 años posterior a la realización del cálculo[8]), utilizando las siguientes herramientas:

[7] La clasificación nutricional/antropométrica se realizará según lo establecido en la Resolución 2465 de 2016 o la normatividad vigente que la sustituya.
[8] El cálculo se puede realizar manual o a través de la calculadora “Conoce Tu riesgo Peso Saludable” del Ministerio de Salud y Protección Social disponible en Link https://www.minsalud.gov.co/sites/valoraturiesgo/_layouts/15/estilovidasaludable/datosusuario.aspx

- Finnish Risk Score (Anexo 18)
- Tablas de Estratificación de la OMS (Anexo 19).

En caso de identificar riesgo cardiovascular medio, alto, muy alto o riesgo moderado y alto de diabetes, deberá ordenar los siguientes exámenes como insumo para realizar la gestión de riesgo respectiva: glicemia basal, perfil lipídico (colesterol de alta densidad HDL, colesterol de baja densidad LDL, colesterol total triglicéridos), creatinina y uroanálisis; según los resultados de los exámenes se debe derivar a la ruta integral de atención en salud para la población con riesgo o presencia de alteraciones cardio cerebro vascular metabólica.

Valoración de la salud sexual: se debe indagar sobre los conocimientos y prácticas relacionadas con la sexualidad, así como identificar cambios físicos y psicológicos propios del momento que afectan la participación o la satisfacción en las actividades sexuales; esta valoración incluye los siguientes aspectos: identificación de signos y síntomas relacionados con la funcionalidad sexual, orientación sexual, deseo, exitación, lubricación, orgasmo, satisfacción, erección, eyaculación, dolor. Evaluar las condiciones médicas que afectan la salud sexual incluyendo la depresión, la enfermedad cardíaca, enfermedad cerebrovascular, EPOC y diabetes.

Se debe prestar atención especial a la detección de signos de violencias física y sexual. Así mismo, realice una atención teniendo en cuenta las particularidades por sexo, género y orientación sexual.

Valoración de la salud visual: a partir del examen oftalmoscópico se debe explorar y evaluar las estructuras del segmento anterior y posterior, tales como anexos oculares, conjuntiva, cornea, esclera anterior, iris, cristalino, cámara anterior, vítreo, retina, cabeza del nervio óptico, estructuras vasculares retinales y coroides, entre otras. Se puede desarrollar mediante cuatro técnicas: oftalmoscopia a distancia, directa, e indirecta y la biomicroscopia con lentes accesorias.

Durante la consulta se debe valorar la agudeza visual usando optotipos morfoscópicos o angulares; los primeros (optotipos convencionales de Snellen de letras, números, direccional de figuras o C del Landolt, entre otros) y los segundos (New York Flash, dados guerreros o los cubos de fooks). Si la agudeza visual se encuentra reducida por debajo de 20/50, debe derivarse a una consulta resolutiva por optometría para confirmar o descartar un componente refractivo.

Si identifica un factor de riesgo o encuentra alguna alteración o anormalidad durante el examen de oftalmoscopia o en la valoración de la agudeza visual se debe derivar a la Ruta Integral de Atención en Salud para población con riesgo o presencia de alteraciones visuales o remitir al usuario según el hallazgo a una consulta resolutiva por optometría u oftalmología.

Valoración de la salud auditiva y comunicativa: incluye la evaluación del estado del oído y su integridad a través de la inspección visual, la otoscopia, y de las funciones de la articulación, voz, habla y desempeño comunicativo. Durante la consulta se deben hacer dos preguntas de percepción: ¿Tiene usted o ha tenido algún problema en el oído?, ¿Cree usted que escucha bien?, se recomienda

aplicar la lista de chequeo de factores de riesgo de las enfermedades del oído, alteraciones auditivas, vestibulares y de la comunicación (Anexo 4). En caso de identificar alteraciones o anormalidad en la valoración, se debe derivar a la Ruta Integral de Atención en Salud para población con riesgo o presencia de alteraciones auditivas y de la comunicación o remitir a una consulta resolutiva.

Valoración de la salud bucal: realizar el reconocimiento del estado de las estructuras dentomaxilofaciales (cara, maxilar y mandíbula, labios y comisura labial, mejillas-carrillos, encía, zona retro molar, piso de boca, superficie ventral y dorsal de lengua, paladar duro y blando, oro-faringe, articulación temporomandibular (ATM) y estructuras dentales) y de su funcionalidad en los procesos de masticación, deglución, habla, fonación, socialización, afecto y autoestima, entre otras. En caso de identificarse anormalidades o alteraciones se debe realizar remisión a la atención en salud bucal por profesional de odontología para el manejo respectivo.

Valoración de la salud mental: Incluye el examen mental (pensamiento – lógica, contenido y velocidad, lenguaje – coherencia, fluidez-, afecto y estado de ánimo, percepciones, sensorio – orientación, concentración, memoria, cálculos, razonamiento abstracto-, introspección y juicio); y la valoración de las estrategias de afrontamiento frente a sucesos vitales (normativos y no normativos) con el fin de prevenir alteraciones en la salud e identificar factores de riesgo para trastornos de comportamiento, problemas y trastornos mentales.

Adicional a los hallazgos a partir de la anamnesis, se debe valorar la presencia de riesgos psicosociales para violencias y de exposición a violencias, que puede incluir una o diversas formas de violencias de género, interpersonales o con ocurrencia en el conflicto armado, y de ser así derivarse a la Ruta integral de atención para la población en riesgo y víctima de violencias en el conflicto armado, violencias de género y violencias interpersonales.

Si identifica algunos de los siguientes riesgos: trastornos mentales familiares, consumo problemático de SPA de hijos, pareja o algún otro integrante de la familia allegado, bajo rendimiento o fracaso laboral o académico, problemas en el hábito de comer, duelo o pérdida significativa y disfuncionalidad familiar se debe aplicar las preguntas Whooley (Anexo 21) para tamización de depresión y cuestionario GAD-2 (Anexo 22) para tamización de los trastornos de ansiedad. En caso de presentar resultado positivo en estas pruebas tamiz, derivar a la Ruta Integral de Atención en Salud para población con factores de riesgo o presencia de problemas, trastornos mentales y epilepsia.

Ante el consumo de SPA se debe aplicar el instrumento Substance Involvement Screening Test (ASSIST) (Anexo 16) y en el de alcohol el instrumento Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (Anexo 17). En caso de presentar alteraciones en alguno de éstos se debe derivar a la Ruta Integral de Atención en Salud para la población con riesgo o presencia de trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas y adicciones.

En el caso de que la persona asuma el rol como cuidador se debe realizar la evaluación de sobrecarga del cuidador con la escala Zarit. (Anexo 23) Si se identifica sobrecarga debe ser derivado a la Ruta Integral de Atención en Salud

para población con factores de riesgo o presencia de problemas, trastornos mentales y epilepsia.

Otros aspectos físicos: valoración de las mamas (inspeccionar simetría, contorno o forma de la misma, el color, los pezones y la areola), identificar lesiones o alteraciones de la piel, heridas o hematomas que permitan identificar posibles traumas o lesiones por exposición al sol tipo queratosis actínicas, la cual es relevante buscarlas por ser premalignas. Examinar la columna vertebral pasiva y dinámicamente en búsqueda de alteraciones de la alineación (escoliosis, cifosis o lordosis), la pared abdominal en la búsqueda de hernias, la realización de pruebas para revisar insuficiencia venosa en miembros inferiores y la funcionalidad de las articulaciones. Indagar sobre la presencia de tos con expectoración por más de 15 días y si es contacto reciente de una persona con tuberculosis. Así mismo, inspeccionar vello y piel pubianos, observar si hay presencia de secreciones, alteraciones o lesiones cutáneas, palpación de escroto, ganglios linfáticos inguinales y funcionalidad del sistema urinario.

4.5.3 Información en salud

Durante la consulta se debe brindar información haciendo énfasis en los siguientes contenidos: prácticas de alimentación saludable, actividad física regular, higiene del sueño y postural, fotoprotección, cuidados para la salud visual y auditiva (incluyendo pautas para el uso de pantallas, dispositivos de audio), riesgos del consumo de sustancias psicoactivas (tabaco, alcohol y otras drogas), pautas para el manejo del estrés y medidas preventivas de enfermedades laborales de acuerdo a la ocupación, prevención del tabaquismo y promover la cesación del consumo de tabaco.

4.5.4 Plan de cuidado

La definición del plan de cuidado debe hacerse conforme a los hallazgos o las necesidades para promover y mantener la salud integral del joven.

Si de acuerdo a los hallazgos el médico identifica una patología, signo o síntoma que no ha sido diagnosticado anteriormente, en esta consulta se podrá generar el diagnóstico y establecer el manejo o tratamiento del evento en salud identificado. El registro de esta atención corresponde a una consulta de valoración integral y detección temprana con un diagnóstico relacionado.

Como parte del plan integral de cuidado primario en salud se debe verificar que el joven accedió a las atenciones definidas en el esquema de intervenciones/atenciones en salud individuales, en el caso contrario, ordenar o canalizar para su realización:

a. Atención en salud bucal por profesional de odontología.
b. Remisión para vacunación: debe realizarse de acuerdo con el esquema de vacunación vigente y el antecedente vacunal. El esquema de vacunación actual para las mujeres en la juventud incluye:
    - Toxoide tetánico diftérico del adulto (Td) según antecedente vacunal.

c. Tamización para cáncer de cuello uterino (Citología): de acuerdo a lo establecido en el procedimiento de tamizaje para detección temprana de cáncer de cuello uterino. En menores de 25 años según riesgo identificado (Edad de inicio de relaciones sexuales antes de los 15 años, multiparidad (3 o más hijos), múltiples compañeros sexuales) y criterio del profesional de la salud utilizando el esquema de 1-3-3 años.
d. Educación grupal para la salud de acuerdo a los ciclos contemplados para el desarrollo de capacidades en la juventud.
e. Tamizajes para población con identificación de riesgos:

- Tamización para riesgo cardiovascular y metabólico[9], incluye: glicemia basal, perfil lipídico (colesterol de alta densidad HDL, colesterol de baja densidad LDL, colesterol total triglicéridos), creatinina y uroanálisis
- Prueba rápida treponémica en caso de relaciones sexuales sin protección.
- Prueba rápida para VIH previa asesoría pre y pos test y consentimiento informado en caso de relaciones sexuales sin protección.
- Prueba rápida para Hepatitis B en caso de relaciones sexuales sin protección y que hayan nacido antes de 1996.
- Prueba rápida para Hepatitis C, a las personas que recibieron transfusiones de sangre antes de 1996 en Colombia.
- Prueba de embarazo en caso de retraso menstrual u otros síntomas o signos de sospecha.

Adicionalmente, en función de los hallazgos, se deberá indicar la realización de las siguientes atenciones e incluirlas en el plan integral de cuidado primario de la salud:

a. Consulta de asesoría en anticoncepción cuando el usuario desea iniciar o cambiar algún método de anticoncepción, o para realizar su control.

b. Educación individual para la salud según los hallazgos, necesidades e inquietudes. En los jóvenes con las siguientes situaciones se sugiere contemplarla para:

- Habilidades para la vida:
  - Jóvenes con riesgo o dificultades para el afrontamiento emocional.
  - Jóvenes que presentan compromisos muy fuertes, no han realizado una verdadera exploración en los diferentes dominios de su identidad, hayan presentado problemas de comportamiento; se evidencia falta de recursos para la toma de decisiones como la autoeficacia o no realizan reflexión sobre la toma de decisiones.
  - Jóvenes que habiten en un entorno social de alto riesgo, con pares o padres que ejercen presiones hacia comportamientos negativos, (actividades delictivas, violencia, consumo de SPA).

[9] Solo en caso de identificar riesgo cardiovascular medio, alto, muy alto o riesgo moderado y alto de diabetes, a través de la aplicación del Finnish Risk Score y las tablas de Estratificación de la OMS

- Jóvenes que no cuentan con apoyo familiar o en los que se percibe déficits entre límites y libertad; tienen mala comunicación, desconfianza de sus amigos/as o se sienten apartados/as de ellos/as.
- Jóvenes con preocupaciones no justificadas por su imagen corporal y su peso
- Jóvenes con riesgos nutricionales por hábitos inadecuados de alimentación.
- Jóvenes con tabaquismo o exposición al humo de tabaco.

c. Educación para la salud dirigida al grupo familiar cuando se identifique alguna situación de uno o varios de los integrantes de la familia o se requiera profundizar en aspectos para el cuidado de la salud de la familia en su conjunto.

d. Atención básica de orientación familiar. A continuación se relacionan algunas situaciones familiares que pueden ser objeto de esta atención:
   - Familias con relaciones conflictivas e inadecuado funcionamiento familiar, con desorganización y presencia de conflictos que afectan el bienestar y desarrollo de sus integrantes y la dinámica familiar.
   - Familias con vivencia de sucesos vitales que puedan sobrepasar la capacidad de la familia para su afrontamiento y afectar su salud.
   - Familias en situaciones de vulnerabilidad social que pueden afectar la salud familiar, (por ej: familias con varios integrantes en condición de dependencia y un solo proveedor, familias en contexto de mayor exposición a violencias, consumo SPA, explotación sexual o económica, pandillismo, entre otras).
   - Familias con algún integrante con discapacidad.
   - Familias con deficientes redes de apoyo, o sostenimiento de relaciones sociales y comunitarias que generen riesgo o afectación de la salud familiar.
   - Familias con prácticas del cuidado de salud críticas de varios de sus integrantes que ponen en riesgo o han afectado la salud de la familia.

e. Rutas Integrales de Atención en Salud de grupos de riesgo o servicios resolutivos.

f. Atenciones básicas para promover la cesación del consumo de tabaco a personas identificadas con tabaquismo Intervenciones del PIC de acuerdo con la oferta territorial.

g. Servicios sociales de acuerdo con la oferta territorial. Es relevante por ejemplo para los servicios de educación, búsqueda de empleo, y apoyo alimentario, entre otros.

h. Realizar la notificación obligatoria de los eventos de interés en salud pública identificados durante la consulta.

4.6 Instrumentos, insumos y dispositivos

Sin perjuicio del cumplimiento de los estándares de habilitación para la consulta de medicina general, medicina familiar o enfermería, se debe contar con lo siguiente: cuestionarios, AUDIT, ASSIST, Preguntas Whooley, cuestionario GAD-2, escala Zarit, Finnishrisk score, tablas de estratificación de la OMS lista de chequeo de factores de riesgo para la salud auditiva, familiograma, APGAR familiar, ecomapa, Materiales para examen físico (fonendoscopio equipo de órganos, tensiómetro, cinta métrica, pulsoxímetro, optotipos morfoscópicos o angulares para agudeza visual, balanza y tallímetro, etc.).

Los instrumentos que deben ser aplicados de manera obligatoria en cada consulta son: tablas y gráficas de los patrones de referencia para clasificación nutricional y APGAR familiar e instrumentos para la valoración del riesgo cardiovascular.

Se sugiere la aplicación de los demás instrumentos relacionados en el procedimiento, como complemento a la valoración integral de los jóvenes.

5. ATENCIÓN EN SALUD POR MEDICINA GENERAL O FAMILIAR PARA LA ADULTEZ

5.1 Objetivos

- Valorar de manera integral la salud del adulto.
- Identificar los principales cambios en el desarrollo de la adultez (físico, cognitivo, emocional, social).
- Identificar oportunamente factores de riesgo con el fin de prevenirlos o derivarlos para su manejo oportuno.
- Detectar de forma temprana alteraciones que afecten negativamente la salud y el proceso de desarrollo, con el fin de referirlas para su manejo oportuno.
- Identificar y potenciar capacidades, habilidades y prácticas para promover el cuidado de la salud y fortalecer el desarrollo de los adultos.
- Construir concertadamente con el usuario el plan de cuidado primario.

5.2 Población sujeto

Este procedimiento está dirigido a todas las personas de 29 a 59 años, 11 meses y 29 días que habitan en el territorio nacional.

5.3 Atenciones incluidas

Este procedimiento aborda las siguientes intervenciones o atenciones contempladas en la RPMS para el momento de la adultez:

- Valorar el estado nutricional y realizar seguimiento a los parámetros antropométricos.
- Valorar las prácticas alimentarias.
- Valorar las estructuras dentomaxilofaciales y su funcionalidad.
- Valorar la salud auditiva y comunicativa.
- Valorar la salud visual.
- Valorar la salud sexual (funcionalidad sexual y ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos).
- Valorar la función mental, emocional y social.
- Valorar los sucesos vitales y su influencia en la salud.
- Valorar el estado de salud en relación con el trabajo.
- Valorar la dinámica familiar.
- Valorar el contexto social y las redes de apoyo social y comunitario.
- Verificar esquema de vacunación.
- Aplicar, verificar u ordenar pruebas tamiz para detección temprana de alteraciones en la salud del adulto.
- Brindar información en salud.

5.4 Talento humano

Esta atención se realizará a través de una consulta por profesionales en medicina general o medicina familiar de acuerdo a lo contemplado en el esquema de atención.

Así mismo, se requiere que estos perfiles profesionales cuenten con capacidades técnicas e individuales para realizar las intervenciones en salud oportunamente con un enfoque de curso de vida, que permita reconocer las características y potencialidades de la adultez, reconocer los efectos acumulativos (positivos y negativos) para la salud a lo largo de la vida, reconocer la influencia de los sucesos vitales sobre el estado de salud y la importancia de las vidas interconectadas en el desarrollo de los adultos; así como realizar la detección temprana de factores de riesgo, la protección específica y desarrollar procesos de educación para la salud con adultos. Todo lo anterior con el fin de reconocer y fortalecer las capacidades, habilidades y prácticas para el cuidado de la salud, promover el mejor nivel de salud en este momento de la vida y en los posteriores y alcanzar los más altos resultados en salud posibles en los adultos, sus familias y comunidades.

5.5 Descripción del procedimiento

A continuación se enuncian los principales aspectos que se deben realizar durante el procedimiento.

5.5.1 Anamnesis

Debe realizarse una anamnesis completa que incluya indagación de antecedentes y revisión por sistemas. Se recomienda hacer énfasis en:

a. Antecedentes familiares: enfermedades que presenten o hayan presentado familiares cercanos por la posibilidad que sean heredables como hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemias, enfermedad coronaria, cáncer, cerebrovasculares, alergias, asma, tuberculosis, gota, hemofilia, glaucoma, enfermedades degenerativas o genéticas, trastornos o problemas mentales (demencia, depresión, esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, conducta suicida, consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, entre otros), maltrato y diversas formas de violencia.

b. Antecedentes personales: Indagar sobre antecedentes médicos (enfermedades metabólicas -diabetes, sobrepeso, dislipidemias-, cardiovasculares -hipertensión, infartos, cerebrovasculares-, pulmonares -EPOC, asma-, tuberculosis, neurológicas, musculo esqueléticas, ginecológicas, urológicas, mentales o del comportamiento, trasmisibles (incluyendo infecciones de trasmisión sexual), cáncer (cuello uterino, seno, próstata, estomago o colorrectal), enfermedades o accidentes laborales, discapacidad y alteraciones sensoriales (visuales: defectos refractivos, glaucoma, estrabismo y auditivas) , hospitalarios, transfusionales, quirúrgicos, traumatismos, ginecoobstétricos (incluir la identificación de trastornos menstruales y signos de peri o menopausia), estado vacunal, alérgicos, comportamiento y relaciones interpersonales, conducta suicida, diversas formas de violencia, uso de medicamentos (incluir auto medicados y efectos de medicamentos sobre la

salud sexual, especialmente los medicamentos que comúnmente se utilizan para tratar enfermedades como la hipertensión y la depresión).

c. Indagar sobre presencia de factores de riesgo, sobre prácticas y hábitos saludables: actividad física, higiene oral y corporal (incluyendo lavado de manos), hábitos de descanso y sueño, hábito intestinal y urinario, foto protección, prácticas del auto examen de seno y auto examen de testículo, prevención de accidentes, uso del tiempo libre y ocio, manejo del estrés y situaciones de alta tensión, exposición a violencias, exposición a factores de riesgo derivados del trabajo (físicos, químicos, biológicos, ergonómicos, mecánicos, psicosociales y ambientales), antecedentes toxicológicos (consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas -tipo de sustancia, frecuencia, cantidad, tiempo de consumo-), exposición al humo de leña o carbón, consumo de tabaco (Fumador o exfumador: N°paquetes/año = Número de cigarrillos diarios x número de años / 20). En caso de identificar factores de riesgo para EPOC se debe aplicar cuestionario para el mismo (Anexo 24).

d. Indagar sobre consumo y hábitos alimentarios a partir de la regularidad en el patrón de comidas (saltar comidas), el tipo de alimentos consumidos (particularmente alto contenido de energía, grasas saturadas, sodio, azúcar o bajo contenido de fibra, vitaminas, calcio y hierro, entre otros) así como “dietas” que puedan contribuir al desequilibrio nutricional que permitan identificar la ingesta excesiva o deficiente de calorías o nutrientes a partir de la alimentación.

e. Conocer la actividad laboral o económica actual y previa – rastrear antecedente de trabajo infantil y/o adolescente preguntando sobre la de edad de inicio de su actividad laboral. Indagar sobre el tipo de labor, tipo de vinculación laboral y la antigüedad de la misma, la carga laboral-. Indagar sobre la exposición a factores de riesgo e identificar en forma precoz, posibles alteraciones temporales, permanentes o agravadas del estado de salud del adulto, ocasionadas por la labor o por la exposición al medio ambiente de trabajo. En caso de identificar factores de riesgo o alteraciones relacionados con la actividad laboral o económica se debe derivar a la Ruta Integral de Atención en Salud para población con riesgo o presencia de enfermedad o accidente laborales.

f. Indagar sobre el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y la vivencia de la sexualidad en sus diferentes componentes (reproductivo, afectivo, erótico y comunicativo- relacional) en condiciones de libertad, equidad y dignidad. Para lo cual es importante explorar: orientación sexual, identidad de género, número de compañeros sexuales, uso de métodos de anticoncepción y protección usados contra ITS/VIH, deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción, erección, eyaculación, dolor, dificultades y/o disfunciones sexuales, toma de decisiones alrededor de la sexualidad y la reproducción (autonomía, maternidad, paternidad planeada), violencia sexual, violencia contra la mujer y/o violencia de género y conocimientos, creencias y actitudes sobre las relaciones sexuales, anticoncepción, ITS.

g. Valorar la salud mental: Incluye el examen mental (apariencia y comportamiento, pensamiento, afecto y estado de ánimo, funcionamiento

cognoscitivo, funcionamiento sensorial y motor) y la valoración de las estrategias de afrontamiento frente a sucesos vitales (normativos y no normativos) con el fin de prevenir alteraciones en la salud e identificar factores de riesgo para trastornos de comportamiento, problemas y trastornos mentales.

h. Identificar riesgos psicosociales para violencias; exposición a violencias, que puede incluir una o diversas formas de violencias de género, interpersonales o con ocurrencia en el conflicto armado, en caso tal, debe derivarse a la ruta integral de atención para la población en riesgo y víctima de violencias en el conflicto armado, violencias de género y violencias interpersonales.

   Si identifica algunos de los siguientes riesgos: trastornos mentales familiares, consumo problemático de SPA de hijos, pareja o algún otro integrante de la familia allegado, bajo rendimiento o fracaso laboral o escolar, problemas en el hábito de comer, duelo o pérdida significativa y disfuncionalidad familiar se debe aplicar las preguntas Whooley (Anexo 21) para tamización de depresión y Cuestionario GAD-2 (Anexo 22) para tamización de los trastornos de ansiedad. En caso de presentar resultado positivo en estas pruebas tamiz, derivar a la RIAS para población con factores de riesgo o presencia de problemas, trastornos mentales y epilepsia.

   Ante el consumo de SPA se debe aplicar el instrumento Substance Involvement Screening Test (ASSIST) (Anexo 16) y en el de alcohol el instrumento Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (Anexo 17). En caso de presentar alteraciones en alguno de éstos se debe derivar a la Ruta Integral de Atención en Salud para la población con riesgo o presencia de trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas y adicciones.

   En el caso de que la persona asuma el rol como cuidador se debe realizar la evaluación de sobrecarga del cuidador con la escala Zarit. (Anexo 23) Si se identifica sobrecarga debe ser derivado a la Ruta Integral de Atención en Salud para población con riesgo o presencia de problemas y trastornos mentales y epilepsia.

i. Valoración o actualización de la conformación y dinámica de la familia a través del familiograma (Anexo 6); indagar sobre las capacidades y recursos personales y familiares que inciden en el cuidado de la salud familiar, evaluar el grado de satisfacción de la funcionalidad familiar, a través del apgar familiar (Anexo 7), comprender las condiciones de la familia y especialmente valorar sus capacidades en relación con el cuidado de la salud, incluye las prácticas de monitorización, establecimiento de límites, apoyo percibido y comunicación familiar, indagar por las expectativas e inquietudes de familia respecto al cuidado de su salud y sobre el acceso a los servicios de salud. Así mismo, sobre sus visiones frente a condiciones que afectan su salud y la de su familia, en los entornos en donde se desarrolla, y sobre experiencias previas de atención. Por otra parte se debe identificar las situaciones particulares que ponen en riesgo la salud de la familia y sus integrantes, entre otras, disfuncionalidad familiar, identificar relaciones de poder y autoridad que puedan ir en contra de la dignidad humana, discapacidad o personas que sufren patologías crónicas o enfermedades o huérfanas o terminales. En situaciones de exposición a violencia interpersonal o violencia sexual, se debe

derivar a la Ruta Integral de Atención en Salud para la población en riesgo y víctima de violencias en el conflicto armado, violencias de género y otras violencias interpersonales.

j. Valoración o actualización de las condiciones de vida, del contexto social y las redes de apoyo social y comunitarias de la familia, pertenencia social y cultural que considere pertenencia étnica, que permita conocer las capacidades y recursos con los que cuenta la familia derivados de su relación con éstos y que redundan en sus posibilidades para el cuidado de la salud. Para lo cual se hará uso del Ecomapa (Anexo 8).

k. Verificar la realización y los resultados de las pruebas de tamizaje para detección temprana de riesgo cardiovascular, de alteraciones auditivas, de cáncer de cuello uterino, cáncer de mama, cáncer de próstata y de colon y recto.

l. Verificar avances en los compromisos acordados en sesiones de educación individual o grupal previas.

5.5.2 Examen físico

Mediante todas las técnicas semiológicas se indica realizar un examen físico completo. Deben tomarse todos los signos vitales.

A continuación, se presenta la descripción de algunos aspectos particulares que se debe realizar en cada consulta.

Valoración del estado nutricional, seguimiento a los parámetros antropométricos y valoración de riesgo cardiovascular y metabólico: a partir de la medición del peso, talla, IMC y perímetro de la circunferencia de cintura, realizar la clasificación antropométrica según lo establecido en la normatividad vigente[10]; se debe identificar y detectar casos de ingesta excesiva o deficiente de calorías o nutrientes a partir de la alimentación. En caso de identificarse factores de riesgo o alteraciones nutricionales se debe derivar a la Ruta Integral de Atención en Salud para la población con riesgo o alteraciones nutricionales o una atención resolutiva según sea el caso.

En simultánea valore el riesgo cardiovascular y metabólico (probabilidad de verse afectado por un infarto agudo de miocardio, un ataque cerebro vascular a 10 años, o riesgo de diabetes a 5 años posterior a la realización del cálculo[11]), utilizando las siguientes herramientas:

- Finnish Risk Score (Anexo 18)
- Tablas de Estratificación de la OMS (Anexo 19)

[10] La clasificación nutricional/antropométrica se realizará según lo establecido en la Resolución 2465 de 2016 o la normatividad vigente que la sustituya.

[11] El cálculo se puede realizar manual o a través de la calculadora “Conoce Tu Riesgo Peso Saludable” del Ministerio de Salud y Protección Social disponible en Link https://www.minsalud.gov.co/sites/valoraturiesgo/_layouts/15/estilovidasaludable/datosusuario.aspx

- Tablas de Framinghan (Anexo 20)

En caso de identificar riesgo cardiovascular medio, alto, o riesgo moderado y alto de diabetes se debe derivar a la Ruta Integral de Atención en Salud para la población con riesgo o presencia de alteraciones cardio cerebro vascular metabólica.

Valoración de la salud sexual: Se debe indagar sobre los conocimientos y prácticas relacionadas con la sexualidad, así como identificar cambios físicos y psicológicos propios del momento que afectan la participación o la satisfacción en las actividades sexuales; esta valoración incluye los siguientes aspectos: identificación de signos y síntomas relacionados con la funcionalidad sexual, orientación sexual, deseo, exitación, lubricación, orgasmo, satisfacción, erección, eyaculación, dolor y la menopausia. Evaluar las condiciones médicas que afectan la salud sexual incluyendo la depresión, la enfermedad cardíaca, enfermedad cerebrovascular, EPOC y diabetes.

Valoración de la salud visual: A partir del examen oftalmoscópico se debe explorar y evaluar las estructuras del segmento anterior y posterior, tales como anexos oculares, conjuntiva, cornea, esclera anterior, iris, cristalino, cámara anterior, vítreo, retina, cabeza del nervio óptico, estructuras vasculares retinales y coroides, entre otras. Se puede desarrollar mediante cuatro técnicas: oftalmoscopia a distancia, directa, e indirecta y la biomicroscopia con lentes accesorias.

Durante la consulta se debe valorar la agudeza visual usando optotipos morfoscópicos o angulares; los primeros (optotipos convencionales de Snellen de letras, números, direccional de figuras o C del Landolt, entre otros) y los segundos (New York Flash, dados guerreros o los cubos de fooks). Si la agudeza visual se encuentra reducida por debajo de 20/50, debe derivarse a una consulta resolutiva por optometría para confirmar o descartar un componente refractivo.

Si identifica un factor de riesgo o encuentra alguna alteración o anormalidad durante el examen de oftalmoscopia o en la valoración de la agudeza visual, deberá remitir al usuario según el hallazgo a la Ruta Integral de Atención en Salud para población con riesgo o presencia de alteraciones visuales o a una consulta resolutiva por optometría u oftalmología.

Valoración de la salud auditiva y comunicativa: incluye la evaluación del estado del oído y su integridad a través de la inspección visual (la otoscopia), y de las funciones de la articulación, voz, habla y desempeño comunicativo. Durante la consulta se deben hacer dos preguntas de percepción: ¿Tiene usted o ha tenido algún problema en el oído?, ¿Cree usted que escucha bien? y adicionalmente, aplicar la lista de chequeo de factores de riesgo de las enfermedades del oído, alteraciones auditivas, vestibulares y de la comunicación (Anexo 4). En caso de identificar alteraciones o anormalidad en la valoración, debe derivar a la Ruta Integral de Atención en Salud para población con riesgo o presencia de alteraciones auditivas y de la comunicación o a una consulta resolutiva o a la ruta de alteraciones auditivas.

Valoración de la salud bucal: realizar el reconocimiento del estado de las estructuras dentomaxilofaciales (cara, maxilar y mandíbula, labios y comisura labial, mejillas-carrillos, encía, zona retro molar, piso de boca, superficie ventral y dorsal de lengua, paladar duro y blando, oro-faringe, articulación temporomandibular (ATM) y estructuras dentales) y de su funcionalidad en los procesos de masticación, deglución, habla, fonación, socialización, afecto y autoestima, entre otras. Si se identifica algún factor de riesgo o se encuentra alguna alteración o anormalidad relacionada con la salud bucal, se debe derivar a la ruta integral de atención en salud para población con riesgo o presencia de alteraciones en salud bucal o valoración específica por odontología para el manejo respectivo.

Otros aspectos físicos: valoración de las mamas (inspeccionar simetría, contorno y forma de la misma, el color, los pezones y la areola);identificar curvaturas anormales en tórax; identificar lesiones o alteraciones de la piel, heridas o hematomas que permitan identificar posibles traumas o lesiones por exposición al sol tipo queratosis actínicas, las cuales son relevantes por ser premalignas; al igual que alteraciones en la sensibilidad (hipostesia o anestesia), las cuales son características de enfermedad de Hansen; valorar presencia de hernias, distención o dolor abdominal, fuerza muscular, movilidad y alteraciones óseas; valorar sistema nervioso; incluir en la valoración genito urinaria la inspección de vello y piel pubianos, observar si hay presencia de secreciones, alteraciones o lesiones cutáneas, palpación de escroto, ganglios linfáticos inguinales y funcionalidad del sistema urinario. Indagar sobre la presencia de tos con expectoración por más de 15 días y si es contacto reciente de una persona con tuberculosis. En el caso de que la persona se encuentre con limitaciones de movilidad deben ser evaluadas las áreas de presión, examinar la columna vertebral pasiva y dinámicamente en búsqueda de alteraciones de la alineación (escoliosis, cifosis o lordosis), la pared abdominal en la búsqueda de hernias, la realización de pruebas para revisar insuficiencia venosa en miembros inferiores y la funcionalidad de las articulaciones.

5.5.3 Información en salud

De acuerdo con los hallazgos, se realizará entrega de información en salud que se considere relevante al adulto y su cuidador o acompañante (en caso de asistir). El profesional en medicina debe informar al usuario y cuidador de forma sintética y ordenada los hallazgos positivos y negativos de la consulta, incluyendo la prevención de factores de riesgo y la derivación a otras RIAS. Así mismo, se debe brindar información haciendo énfasis en los siguientes contenidos: cambios esperados en este momento vital (énfasis en peri o menopausia o climaterio masculino), alimentación saludable, actividad física regular, higiene del sueño y postural, foto protección, cuidados para la salud visual y auditiva (incluyendo pautas para el uso de pantallas, dispositivos de audio), riesgos del consumo de sustancias psicoactivas (tabaco, alcohol y otras drogas), pautas para el manejo del estrés y medidas preventivas de enfermedades laborales de acuerdo a la ocupación.

5.5.4 Plan de cuidado

La definición del plan de cuidado debe hacerse de acuerdo a la atención que corresponda según los hallazgos y la concertación de compromisos con el adulto.

Si de acuerdo a los hallazgos el médico identifica una patología, signo o síntoma que no ha sido diagnosticado anteriormente, en esta consulta se podrá generar el diagnóstico y establecer el manejo o tratamiento del evento en salud identificado. El registro de esta atención corresponde a una consulta de valoración integral y detección temprana con un diagnóstico relacionado.

Como parte del plan integral de cuidado primario en salud se debe verificar que el adulto accedió a las atenciones definidas en el esquema de intervenciones/atenciones en salud individuales, en el caso contrario, ordenar o canalizar para su realización:

a. Atención en salud bucal por profesional de odontología.
b. Tamización para riesgo cardiovascular y metabólico cada cinco años. Incluye: glicemia basal, perfil lipídico (colesterol de alta densidad HDL, colesterol de baja densidad LDL, colesterol total triglicéridos), creatinina y uroanálisis.
c. Remisión para vacunación: debe realizarse de acuerdo con el esquema de vacunación vigente y el antecedente vacunal. El esquema de vacunación actual para las mujeres adultas incluye las siguientes vacunas:
    - Toxoide tetánico diftérico del adulto (Td) según antecedente vacunal.
d. Tamización para cáncer según lo definido en el procedimiento de:
    - Cáncer de cuello uterino.
    - Cáncer de mama.
    - Cáncer de próstata.
    - Cáncer de colon y recto.
e. Educación grupal para la salud de acuerdo al ciclo contemplado según la edad.
f. Tamizajes para población con alguno de los siguientes riesgos:
    - Prueba rápida treponémica en caso de relaciones sexuales sin protección.
    - Prueba rápida para VIH previa asesoría pre y pos test y consentimiento informado en caso de relaciones sexuales sin protección.
    - Prueba rápida para Hepatitis B en caso de relaciones sexuales sin protección y que hayan nacido antes de 1996.
    - Prueba rápida para Hepatitis C, a las personas que recibieron transfusiones de sangre edad antes de 1996 en el país. Para toda la población a partir de los 50 años de edad una vez en la vida.
    - Prueba de embarazo en caso de retraso menstrual u otros síntomas o signos de sospecha.

Adicionalmente, en función de los hallazgos, se deberá indicar la realización de las siguientes atenciones e incluirlas en el plan integral de cuidado primario en salud:

a. Consulta de asesoría en anticoncepción cuando el usuario desea iniciar o cambiar algún método de anticoncepción, o para realizar su control.

b. Educación individual para la salud por perfiles requeridos, según los hallazgos, necesidades, intereses e inquietudes. Se sugiere priorizar las siguientes situaciones:

- Adultos que se encuentren viviendo sucesos vitales que tienen riesgo potencial de afectar su estado de salud.
- Adultos con riesgo o dificultades para el afrontamiento emocional y/o débiles redes de apoyo familiar, social y comunitarias.
- Adultos con riesgos nutricionales por hábitos alimentarios inadecuados.
- Adultos con tabaquismo o expuesta a humo de tabaco.
- Adultos con riesgos y/o con poca información o información errónea relacionada con su salud sexual y sus derechos sexuales y reproductivos.

c. Educación para la salud dirigida al grupo familiar cuando se identifique alguna situación de uno o varios de los integrantes de la familia o se requiera profundizar en aspectos para el cuidado de la salud de la familia en su conjunto.

d. Atención básica de orientación familiar. A continuación se relacionan algunas situaciones familiares que pueden ser objeto de esta atención:
   - Familias con relaciones conflictivas e inadecuado funcionamiento familiar, con desorganización y presencia de conflictos que afectan el bienestar y desarrollo de sus integrantes y la dinámica familiar.
   - Familias con vivencia de sucesos vitales que puedan sobrepasar la capacidad de la familia para su afrontamiento y afectar su salud.
   - Familias en situaciones de vulnerabilidad social que pueden afectar la salud familiar, (por ej: familias con varios integrantes en condición de dependencia y un solo proveedor, familias en contexto de mayor exposición a violencias, consumo SPA, explotación sexual o económica, pandillismo, entre otras).
   - Familias con algún integrante con discapacidad.
   - Familias con deficientes redes de apoyo, o sostenimiento de relaciones sociales y comunitarias que generen riesgo o afectación de la salud familiar.
   - Familias con prácticas del cuidado de salud críticas de varios de sus integrantes que ponen en riesgo o han afectado la salud de la familia

e. Rutas Integrales de Atención en Salud de grupos de riesgo o servicios resolutivos.
f. Atenciones básicas para promover la cesación del consumo de tabaco a personas identificadas con tabaquismo.
g. Intervenciones del PIC de acuerdo con la oferta territorial.
h. Rutas de atención intersectoriales y/o servicios sociales de acuerdo a la oferta territorial. Es relevante, por ejemplo, para los servicios de educación, búsqueda de empleo, apoyo alimentario, atención a víctimas, entre otros.
i. Realizar la notificación obligatoria de los eventos de interés en salud pública identificados durante la consulta.

5.6 Instrumentos, insumos y dispositivos

Sin perjuicio del cumplimiento de los estándares de habilitación para la consulta de medicina general o medicina familiar, se debe contar con lo siguiente: cuestionarios AUDIT, ASSIST, Preguntas Whooley, cuestionario GAD-2, escala Zarit, Finnish Risk Score, Tablas de Framighan, tablas de estratificación de la OMS, lista de chequeo de factores de riesgo de enfermedades del oído, alteraciones auditivas, vestibulares y de la comunicación, cuestionario de EPOC,

familiograma, APGAR familiar, ecomapa, materiales para examen físico (fonendoscopio equipo de órganos, tensiómetro, cinta métrica, pulsoxímetro, báscula, tallímetro, cinta métrica, optotipos morfoscópicos o angulares para agudeza visual, etc.).

Los instrumentos que deben ser aplicados de manera obligatoria en cada consulta son: tablas y gráficas de los patrones de referencia para clasificación nutricional, APGAR familiar, tablas e instrumentos para clasificación de riesgo cardiovascular y metabólico. Se sugiere la aplicación de los demás instrumentos relacionados en el procedimiento, como complemento a la valoración integral de los adultos.

6. ATENCIÓN EN SALUD POR MEDICINA GENERAL O FAMILIAR PARA LA VEJEZ

6.1 Objetivos

- Valorar de manera integral la salud de la persona mayor incluyendo la identificación de los principales cambios morfológicos y fisiológicos de la vejez.
- Identificar tempranamente exposición a riesgos para su prevención o derivación para manejo oportuno.
- Detectar de forma temprana alteraciones que afecten negativamente la salud con el fin de referirlas para su manejo oportuno
- Potenciar las capacidades, habilidades y prácticas para el cuidado de su salud, el envejecimiento activo y el bienestar de las personas mayores mediante la información en salud.
- Construir concertadamente con el usuario el plan de cuidado primario.

6.2 Población sujeto

Este procedimiento está dirigido a todas las personas de 60 años y mas que habitan en el territorio nacional.

6.3 Atenciones incluidas

Este procedimiento aborda las siguientes intervenciones o atenciones contempladas en la RPMS para el momento de la vejez:

- Valorar la capacidad funcional (fragilidad, actividades básicas e instrumentales).
- Valorar el estado nutricional y realizar seguimiento a los parámetros antropométricos.
- Valorar las prácticas alimentarias.
- Valorar las estructuras dentomaxilofaciales y su funcionalidad.
- Valorar la salud auditiva y comunicativa.
- Valorar la salud visual.
- Valorar la salud sexual (funcionalidad sexual y ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos).
- Valorar la función mental, emocional y social.
- Valorar los sucesos vitales y su influencia en la salud.

- Valorar el estado de salud en relación con el trabajo.
- Valorar la dinámica familiar.
- Valorar el contexto social y las redes de apoyo social y comunitario.
- Verificar esquema de vacunación.
- Aplicar, verificar u ordenar pruebas tamiz para detección temprana de alteraciones en la salud del adulto.
- Brindar información en salud.

6.4 Talento humano

Esta atención se realizará a través de una consulta por profesionales en medicina general o medicina familiar con conocimientos y experiencia en gerontología y geriatría, derechos humanos y libertades fundamentales de las personas adultas mayores; enfoque de curso de vida considerando los efectos acumulativos de las acciones en salud realizadas en momentos vitales anteriores y su impacto en la vejez; envejecimiento activo como proceso de optimización de las oportunidades en salud, participación y seguridad de las personas adultas mayores; el mantenimiento de la funcionalidad y la calidad de vida de las personas adultas mayores como principales indicadores de salud y bienestar; atención primaria en salud; entornos físicos, familiares, sociales, económicos y políticos que favorezcan el envejecimiento activo y la independencia; prevención de diversas formas de violencia, uso de tecnologías que incidan en la prevención de la dependencia y la fragilidad; estrategias que impulsen la solidaridad e intercambio intergeneracional que guíen las acciones dirigidas a la población adulta mayor; el abordaje de los determinantes sociales de la salud con énfasis en el género y la cultura incidentes en el proceso de envejecer activamente en las distintas comunidades; conocimientos actualizados en la normatividad vigente y con competencias comunicativas para la atención integral en salud a las personas adultas mayores.

6.5 Descripción del procedimiento

A continuación se enuncian los principales aspectos que se deben realizar durante el procedimiento.

6.5.1 Anamnesis

Debe realizarse una anamnesis completa que incluya indagación de antecedentes y revisión por sistemas. Se recomienda hacer énfasis en:

a. Antecedentes personales: indagar factores de riesgo o presencia de enfermedades metabólicas (diabetes, sobrepeso, dislipidemias) cardiovasculares (hipertensión, infartos, cerebrovasculares), pulmonares (EPOC), tuberculosis, cáncer (cuello uterino, seno, próstata, estomago o colorrectal), alteraciones sensoriales (auditivas, vestibulares y visuales), defectos refractivos, glaucoma, estrabismo, enfermedades neurológicas, musculo esqueléticas, mentales o del comportamiento, manejo del estrés y situaciones de alta tensión, enfermedades trasmisibles, infecciones de trasmisión sexual, urológicas, alteraciones en la vivencia de la sexualidad, alérgicos, traumatismos, transfusiones, quirúrgicos, hospitalizaciones, uso de medicamentos, vacunación, discapacidad, riesgo para osteoporosis, exposición a riesgos psicosociales para violencias, abandono, enfermedades o accidentes

laborales, exposición a factores de riesgo derivados del trabajo (físicos, químicos, biológicos, ergonómicos, mecánicos, psicosociales y ambientales), toxicológicos (consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas (tipo de sustancia, frecuencia, cantidad, tiempo de consumo), exposición al humo de leña o carbón, consumo de tabaco (Fumador o exfumador: N°paquetes/año = Número de cigarrillos diarios x número de años / 20). En caso de identificar factores de riesgo para EPOC se debe aplicar cuestionario para el mismo (Anexo 24).

b. Antecedentes familiares: enfermedades que presenten o hayan presentado familiares cercanos por la posibilidad que sean heredables como hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemias, enfermedad coronaria, cáncer, cerebrovasculares, alergias, asma, tuberculosis, enfermedades degenerativa, genéticas, gota, hemofilia, glaucoma, trastornos o problemas mentales (como demencia, depresión, esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, entre otros); conducta suicida, consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, diversas formas de violencia.

c. Asimismo, es de relevancia indagar de manera enfática en la presencia de síndromes geriátricos, pues en muchos casos su aparición es prevenible; un diagnóstico adecuado permite identificar riesgos relacionados y definir planes de tratamiento tempranos y prácticos que inciden en la disminución de la morbilidad, discapacidad y mortalidad evitables de las personas adultas mayores:

- **Deterioro cognoscitivo**: se caracteriza por la pérdida o reducción temporal o permanente de las funciones mentales superiores (lenguaje, razonamiento, cálculo, memoria, praxias, gnosías etc), siendo el más común la pérdida de la memoria. Las causas pueden ser múltiples debidas a enfermedades de base (anemias, infecciones, origen vascular, entre otras) o debido a cambios relacionados con el envejecimiento como el déficit cognoscitivo leve que puede evolucionar a demencia y por esta razón debe detectarse tempranamente[12]. En este aspecto, es importante indagar por la integridad de las funciones mentales superiores y pérdida de la memoria principalmente.

- **Inmovilidad**: Este síndrome se define como la restricción involuntaria en la capacidad de transferencia y desplazamiento, generalmente debido a dificultades físicas, funcionales y psicosociales. Este síndrome es un desenlace común de varias enfermedades y trastornos que avanzan a la discapacidad permanente en el adulto mayor (CENETEC 2011). Durante la valoración es necesario indagar en antecedentes o presencia de enfermedades osteoarticulares como la artrosis, osteoporosis, fracturas, debilidad muscular, lesiones en los pies, patologías cardiovasculares y trastornos neuropsiquiátricos entre otros factores de riesgo que limiten la movilidad o el desplazamiento de la persona.

- **Inestabilidad y caídas**: Es el riesgo de precipitaciones repentinas al suelo de manera involuntaria, que en algunas ocasiones pueden estar

[12] (CENETEC 2011)

acompañadas con pérdida de la conciencia. Las causas de este síndrome son múltiples como enfermedades osteoarticulares, neuropsiquiátricos, cardiovasculares, causas extrínsecas, efectos secundarios a medicamentos entre otros. En este caso, es fundamental que a toda persona adulta mayor se le evalué los factores de riesgo más frecuentes para caídas: presencia de sarcopenia o debilidad, alteraciones de la marcha, limitaciones de la movilidad, déficit visual, deterioro cognoscitivo, diabetes mellitus tipo II, hipotensión ortostática, consumo de medicamentos con efecto sedante, dependencia funcional, y factores del entorno (tapetes, escaleras sin pasamanos, espacios con baja visibilidad entre otros). Asimismo, preguntar antecedentes de caídas anteriores y analizar los hallazgos de valoración integral.

- **Fragilidad**: Es un incremento de la vulnerabilidad a estresores de baja intensidad, producido por una alteración en múltiples e interrelacionados sistemas, que conduce a una disminución en la reserva homeostática y de la capacidad de adaptación del organismo. Aunque existen varias definiciones de la fragilidad y criterios a valorar, en general deben valorarse a nivel físico, por lo menos los siguientes criterios: la fuerza de presión y la velocidad de la marcha, pérdida de peso, ausencia de energía y poca actividad física; y un fenotipo multidominio basado en un déficit en salud como presencia de enfermedades, discapacidades, anormalidades radiográficas, electrocardiografías o de laboratorio entre otros signos y síntomas.

- **Incontinencia de esfínteres,** además de su significado médico, tiene un profundo impacto en el bienestar de los adultos mayores, comprometiendo la autoestima y la dignidad de los mismos. La incontinencia urinaria es la más frecuente, y de igual manera que en otros síndromes geriátricos, sus causas son diversas tales como: infecciones genitourinarias, delirio o estados confusionales, tratamientos farmacológicos, alteraciones psicológicas, problemas de movilidad que dan origen a incontinencias transitorias pueden generarse por lesiones medulares, debilidad del suelo pélvico, incompetencia del esfínter uretral, vejiga acontráctil, hipertrofia prostática, deterioro cognitivo entre otras. Por consiguiente es importante indagar en factores de riesgo relacionados con las causas anteriormente mencionadas. En mujeres, es necesario valorar riegos como: diabetes mellitus, falta de restitución estrogénica, índice de masa corporal elevado y deterioro de la función cognoscitiva; y el hombres, debe indagarse en factores de riesgo relacionados con síntomas de las vías urinarias inferiores, infecciones del tracto urinario, deterioro funcional y cognoscitivo, trastornos neurológicos y prostatectomía.

- **Depresión**: En el adulto mayor se presenta con algunos síntomas que son infrecuentes en personas jóvenes: deterioro cognitivo que simula una demencia, ansiedad, insomnio y somatización. Se sabe que la persona mayor tiene un mayor riesgo de depresión en relación a los cambios del envejecimiento cerebral, la mayor prevalencia de enfermedades invalidantes, el uso de algunos fármacos, la inmovilización, el duelo y los problemas sociales y económicos que afligen a las personas en este momento del curso de vida. En este caso es necesario indagar en síntomas

como: pérdida de peso, irritabilidad, insomnio, cambios del estado de ánimo, somatización, pérdida del apetito, hipoacusia y aislamiento social.

- **Iatrogenia**: La Iatrogenia medicamentosa se ha convertido en uno de los principales problemas de las personas mayores. Esto por dos razones básicas: porque el envejecimiento reduce los índices terapéuticos y también porque los pacientes geriátricos tienden a usar un número mayor de medicamentos, favoreciendo la interacción medicamentosa. Por consiguiente, en cada consulta es necesario analizar los medicamentos y dosis prescritas, así como los automedicados, los naturistas y homeopáticos; identificar posibles interacciones medicamentosas y fármaco-enfermedad.

d. Indagar sobre el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y la vivencia de la sexualidad en sus diferentes componentes (reproductivo, afectivo, erótico y comunicativo- relacional) en condiciones de libertad, equidad y dignidad. Para lo cual es importante indagar por: orientación sexual, identidad de género, número de compañeros sexuales, uso de métodos de anticoncepción y protección usados contra ITS/VIH; dificultades durante las relaciones sexuales (excitación, lubricación, orgasmo, erección, eyaculación, dolor); toma de decisiones alrededor de la sexualidad y la reproducción (autonomía, paternidad planeada), vivencia de la identidad de género (sexismo, homofobia y transfobia), violencia contra la mujer y/o violencia de género y conocimientos, creencias y actitudes sobre las relaciones sexuales, anticoncepción, ITS. Evaluar efectos de los medicamentos que afectan la salud sexual, especialmente los medicamentos que comúnmente se utilizan para tratar enfermedades como la hipertensión y la depresión.

e. Consumo y hábitos alimentarios a partir de la regularidad en el patrón de comidas (saltar comidas), el tipo de alimentos consumidos (particularmente alto contenido de energía, grasas saturadas, sodio, azúcar o bajo contenido de fibra, vitaminas, calcio y hierro, entre otros) así como “dietas” que puedan contribuir al desequilibrio nutricional que permitan identificar la ingesta excesiva o deficiente de calorías o nutrientes a partir de la alimentación.

f. Prácticas y hábitos saludables (actividad física, higiene oral y corporal (incluyendo lavado de manos), descanso y sueño, hábito intestinal y urinario, fotoprotección, prevención de accidentes, uso del tiempo libre y ocio.

g. Valoración o actualización de la conformación y dinámica de la familia a través del familiograma (Anexo 6) y el apgar familiar (Anexo 7), a fin de comprender las condiciones de la familia y especialmente valorar sus capacidades en relación con el proceso de cuidado de la salud, incluye las prácticas de monitorización, establecimiento de límites, apoyo percibido y comunicación familiar. En situaciones como la disfuncionalidad familiar, si está o ha estado expuesto a riesgos psicosociales para violencia, diversa forma de violencia y suicidios.

h. Valoración o actualización de las condiciones de vida, del contexto social y las redes de apoyo social y comunitarias de la familia, pertenencia social y cultural que considere pertenencia étnica, que permita conocer las capacidades y

recursos con los que cuenta la familia derivados de su relación con éstos y que redundan en sus posibilidades de desarrollo. Para lo cual se hará uso del Ecomapa (Anexo 8).

i. Conocer la actividad laboral o económica actual y previa – rastrear antecedente de trabajo infantil y/o adolescente preguntando sobre la de edad de inicio de su actividad laboral. Indagar sobre el tipo de labor, tipo de vinculación laboral y la antigüedad de la misma, la carga laboral-. Indagar sobre la exposición a factores de riesgo e identificar en forma precoz, posibles alteraciones temporales, permanentes o agravadas del estado de salud del joven, ocasionadas por la labor o por la exposición al medio ambiente de trabajo. En caso de identificar factores de riesgo o alteraciones relacionados con la actividad laboral o económica se debe derivar a la Ruta Integral de Atención en Salud para población con riesgo o presencia de enfermedad o accidente laborales.

j. Se debe verificar la realización y los resultados de las pruebas de tamizaje para detección temprana de riesgo cardiovascular, de cáncer de cuello uterino, cáncer de mama, cáncer de próstata y de colon y recto.

k. Verificar el avance en los compromisos acordados en sesiones de educación individual previas.

6.5.2 Examen físico

Mediante todas las técnicas semiológicas, se indica realizar un examen físico completo Deben tomarse todos los signos vitales incluyendo la saturación de oxígeno por pulsoximetría. Debe inspeccionarse su aspecto personal para reconocer posibles cambios en el estado de ánimo y en el cuidado general (depresión, abandono entre otros).

A continuación, se presenta la descripción de algunos aspectos particulares que se debe realizar en cada consulta:

Valoración de la capacidad funcional: Inspeccione y revise aspectos generales como: fuerza, sensibilidad, reflejos normales y patológicos, equilibrio, coordinación, temblor. Posteriormente, evalué la marcha para lo cual una prueba sencilla y recomendable es la de indicar: “Levántese y ande”; para realizarla se le solicita al paciente: 1) “levántese de su silla” (en lo posible, ésta no debería tener apoyabrazos), 2) “Camine hacia adelante” (tres metros aproximadamente), 3) “De la vuelta, camine hacia su silla nuevamente y siéntese”. Mientras la persona realiza la prueba, el profesional de salud debe evaluar el paso de la posición sentado a de pie (es normal si el paciente se para en un único movimiento sin usar las manos). Las características de los pasos (si son normales, pequeños, discontinuos e inseguros, etc.) La estabilidad al caminar y el equilibrio al sentarse. Se considera que la prueba es anormal si tarda más de 15 segundos o si existe incapacidad parcial, es decir, que el paciente requiere alguna maniobra de adaptación para no caerse (uso del apoyabrazos de la silla al incorporarse, tambaleo) o el paciente no puede incorporarse si no recibe ayuda de otra persona). Una prueba anormal predice una mayor incidencia de caídas recurrentes.

Seguidamente, evalué la funcionalidad e independencia de las personas adultas mayores para realizar actividades básicas de la vida diaria y autonomía y capacidades para realizar actividades instrumentales de la vida diaria. En esta valoración debe aplicarse los siguientes instrumentos:

- El índice de Barthel. (Anexo 25).
- La escala de Lawton-Brody (Anexo 26).
- Test de Linda Fried (Anexo 27)

Valoración del estado nutricional, seguimiento a los parámetros antropométricos y valoración de riesgo cardiovascular y metabólico: a partir de la medición del peso, talla, IMC y perímetro de la circunferencia de cintura, circunferencia muscular del brazo, circunferencia de pantorrilla, realizar la clasificación antropométrica según lo establecido en la normatividad vigente[13]; se debe identificar y detectar casos de ingesta excesiva o deficiente de calorías o nutrientes a partir de la alimentación; tener en cuenta pérdida de peso mayor a 3 kg en el último mes. En caso de identificarse factores de riesgo o alteraciones nutricionales se debe derivar a la Ruta Integral de Atención en Salud para la población con riesgo o alteraciones nutricionales o una atención resolutiva según sea el caso.

En simultánea valore el riesgo cardiovascular y metabólico (probabilidad de verse afectado por un infarto agudo de miocardio, un ataque cerebro vascular a 10 años, o riesgo de diabetes a 5 años posterior a la realización del cálculo[14]), utilizando las herramientas validadas y actualizables para Colombia. Por el momento, se deben utilizar las herramientas definidas en el presente lineamiento *(Finnish Risk Score, tablas de estratificación de la Organización Mundial de la Salud y tablas de estratificación de Framinghan, índices de masa corpora)l.*

Valoración de la salud sexual: se debe indagar sobre los conocimientos y prácticas relacionadas con la sexualidad, así como identificar cambios físicos y psicológicos propios del envejecimiento que afectan la participación o la satisfacción en las actividades sexuales; esta valoración incluye los siguientes aspectos: identificación de signos y síntomas relacionados con la funcionalidad sexual, orientación sexual, deseo, exitación, lubricación, orgasmo, satisfacción, erección, eyaculación, dolor. Evaluar las condiciones médicas que afectan la salud sexual incluyendo la depresión, la enfermedad cardíaca, enfermedad cerebrovascular, afasia, parkinson, EPOC y diabetes.

Valoración de la salud visual: a partir del examen oftalmoscópico se debe explorar y evaluar las estructuras del segmento anterior y posterior, tales como anexos oculares, conjuntiva, cornea, esclera anterior, iris, cristalino, cámara

[13] La clasificación nutricional/antropométrica se realizará según lo establecido en la Resolución 2465 de 2016 o la normatividad vigente que la sustituya.

[14] El cálculo se puede realizar manual o a través de la calculadora " Conoce Tu Riesgo Peso Saludable " del Ministerio de Salud y Protección Social disponible en Link https://www.minsalud.gov.co/sites/valoraturiesgo/_layouts/15/estilovidasaludable/datosusuario.aspx

anterior, vítreo, retina, cabeza del nervio óptico, estructuras vasculares retínales y coroides, entre otras. Se puede desarrollar mediante cuatro técnicas: oftalmoscopia a distancia, directa, e indirecta y la biomicroscopia con lentes accesorias.

Durante la consulta se debe valorar la agudeza visual usando optotipos morfoscópicos o angulares; los primeros (optotipos convencionales de Snellen de letras, números, direccional de figuras o C del Landolt, entre otros) y los segundos (New York Flash, dados guerreros o los cubos de fooks). Si la agudeza visual se encuentra reducida por debajo de 20/50, debe derivarse a una consulta resolutiva por optometría para confirmar o descartar un componente refractivo.

Si identifica un factor de riesgo o encuentra alguna alteración o anormalidad durante el examen de oftalmoscopia o en la valoración de la agudeza visual, deberá remitir al usuario a la Ruta Integral de Atención en Salud para población con riesgo o presencia de alteraciones visuales o según el hallazgo a una consulta resolutiva por optometría u oftalmología.

Valoración de la salud auditiva y comunicativa: incluye la evaluación del estado del oído y su integridad a través de la inspección visual, la otoscopia, y de las funciones de la articulación, voz, habla y desempeño comunicativo. Durante la consulta se debe realizar dos preguntas de percepción: ¿Tiene usted o ha tenido algún problema en el oído?, ¿Cree usted que escucha bien? y adicionalmente tener en cuenta si la persona es usuaria de ayudas audiológicas o no; antes de evaluar la comprensión del lenguaje y el desempeño comunicativo y las funciones de articulación, voz y habla, se recomienda aplicar la lista de chequeo de factores de riesgo de las enfermedades del oído, alteraciones auditivas, vestibulares y de la comunicación (Anexo 4). En caso de identificar alteraciones o anormalidad en la valoración, se debe remitir al adulto mayor a la Ruta Integral de Atención en Salud para población con riesgo o presencia de alteraciones auditivas y de la comunicación o a una consulta resolutiva de la ruta de alteraciones auditivas según hallazgos.

Valoración de la salud bucal: realizar el reconocimiento del estado de las estructuras dentomaxilofaciales (cara, maxilar y mandíbula, labios y comisura labial, mejillas-carrillos, encía, zona retro molar, piso de boca, superficie ventral y dorsal de lengua, paladar duro y blando, oro-faringe, articulación temporomandibular (ATM) y estructuras dentales) y de su funcionalidad en los procesos de masticación, deglución, habla, fonación, socialización, afecto y autoestima, entre otras. Si se identifica algún factor de riesgo o se encuentra alguna alteración o anormalidad relacionada con la salud bucal, se debe derivar a la ruta integral de atención en salud para población con riesgo o presencia de alteraciones en salud bucal o valoración específica por odontología para el manejo respectivo.

Valoración de la salud mental: Incluye la valoración de los siguientes aspectos: apariencia y comportamiento (conducta espontánea, atuendo, apariencia, postura, expresiones, ademanes, acciones extrañas, movimientos repetitivos, lentos o excesivos, postura anormal, contacto visual deficiente, expresiones faciales anormales, manierismos); lenguaje y comunicación (disposición e interés para comunicarse, flujo general del lenguaje; alteraciones del lenguaje; tono y contenido

del discurso; relación entre comunicación verbal y no verbal); procesos de pensamiento (velocidad del habla, continuidad del habla, contenido del discurso, temas recurrentes, alteraciones del pensamiento (del curso y del contenido); estado de ánimo y afecto (estado emocional predominante, estado emocional que acompaña el discurso, fluctuaciones en estado de ánimo, correspondencia entre afecto y discurso); funcionamiento cognoscitivo (nivel de concentración, atención y estado de alerta; funcionamiento mnésico (memoria a corto y largo plazo, amnesia, hipermnesia), vocabulario, nivel de conocimientos de acuerdo con contexto personal y social); funcionamiento sensorial y motor (conciencia del entorno, orientación en tiempo, espacio y persona; alteraciones sensoriales; coordinación motora; dificultades motoras). Adicional a lo anterior se debe realizar la valoración de las estrategias de afrontamiento frente a sucesos vitales (normativos y no normativos) con el fin de prevenir alteraciones en la salud e identificar factores de riesgo para trastornos de comportamiento, problemas y trastornos mentales. Durante el procedimiento se debe valorar signos de violencia interpersonal, violencia de género, sexual y conflicto armado.

Adicional a los hallazgos a partir de la anamnesis, se debe valorar la presencia de riesgos psicosociales para violencias y de exposición a violencias, que puede incluir una o diversas formas de violencias de género, interpersonales o con ocurrencia en el conflicto armado, y de ser así derivarse a la Ruta integral de atención para la población en riesgo y víctima de violencias en el conflicto armado, violencias de género y violencias interpersonales.

Si identifica algunos de los siguientes riesgos: síntomas depresivos, dependencia funcional, trastornos mentales familiares, consumo problemático de SPA de hijos, la pareja o algún otro integrante de la familia allegado, duelo o pérdida significativa y disfuncionalidad familiar se debe aplicar las preguntas Whooley para tamización de depresión (Anexo 21) y cuestionario GAD-2 para tamización de los trastornos de ansiedad (Anexo 22). En caso de presentar resultado positivo en estas pruebas tamiz, derivar a la RIAS para población con factores de riesgo o presencia de problemas, trastornos mentales y epilepsia.

Ante hallazgos sugerentes de deterioro cognitivo se debe aplicar el Minimental State (Anexo 28). En caso de identificar alteraciones o resultados negativos, se debe remitir a una consulta resolutiva.

Ante el consumo de SPA se debe aplicar el instrumento Substance Involvement Screening Test (ASSIST) (Anexo 16) y en el de alcohol el instrumento Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (Anexo 17). En caso de presentar alteraciones en alguno de éstos se debe derivar a la Ruta Integral de Atención en Salud para la población con riesgo o presencia de trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas y adicciones.

En el caso de que la persona asuma el rol como cuidador se debe realizar la evaluación de sobrecarga del cuidador con la escala Zarit (Anexo 23). Si se identifica sobrecarga debe ser derivado a ruta de salud mental.

Otros aspectos físicos: identificar lesiones o alteraciones de la piel incluyendo examen de áreas de presión en adultos mayores con algún grado de inmovilidad, heridas o hematomas que permitan identificar posibles traumas o lesiones por

exposición al sol tipo queratosis actínicas, al igual que alteraciones en la sensibilidad (hipostesia o anestesia), las cuales son características de enfermedad de Hansen; las cuales es relevante buscarlas por ser premalignas. En el caso de que la persona se encuentre con limitaciones de movilidad deben ser evaluadas las áreas de presión, examinar la columna vertebral pasiva y dinámicamente en búsqueda de alteraciones de la alineación (escoliosis, cifosis o lordosis), la pared abdominal en la búsqueda de hernias, la realización de pruebas para revisar insuficiencia venosa en miembros inferiores y la funcionalidad de las articulaciones. Indagar sobre la presencia de tos con expectoración por más de 15 días y si es contacto reciente de una persona con tuberculosis. Así mismo, inspeccionar vello y piel pubianos, observar si hay presencia de secreciones, alteraciones o lesiones cutáneas, palpación de escroto, ganglios linfáticos inguinales y funcionalidad del sistema urinario. Por otra parte se debe identificar personas con tabaquismo o expuesta al humo de tabaco a quienes se debe aplicar las atenciones básicas para promover la cesación del consumo de tabaco. En cada consulta

6.5.3 Información en salud

De acuerdo a los hallazgos se debe brindar información en salud que se considere relevante dirigida a las personas mayores y a la familia en caso de que lo acompañen o citándolos cuando la situación así lo amerite, manteniendo la confidencialidad de la consulta, cambios característicos del proceso de envejecimiento y adaptación al mismo, identificación de riesgos del entorno donde se desarrollan los adultos mayores y mecanismos de prevención y mitigación, derechos de las personas adultas mayores, principales signos de alarma para consultar los servicios de salud, cuidado para la salud y hábitos de vida saludables, recomendaciones para el uso del tiempo libre y realización de actividades estimulantes y placenteras, prevención de caídas y fracturas, recomendaciones para el uso de medicamentos, relación con la familia, amigos y cuidadores, oferta de servicios sociales y de salud disponibles para las personas adultas mayores. Asimismo, es necesarios informar a la familia y cuidadores primarios sobre: inclusión de las personas adultas mayores en las actividades y planes familiares, reconocimiento de cambios físicos y emocionales en la persona adulta mayor, fortalecimiento de la autonomía y la movilidad en las personas adultas mayores y motivación a participar en grupos sociales significativos para la persona adulta mayor.

6.5.4 Plan de cuidado

La definición del plan de cuidado debe hacerse de acuerdo a la atención que corresponda según los hallazgos y la concertación de compromisos con el adulto mayor y su cuidador.
Si de acuerdo a los hallazgos el médico identifica una patología, signo o síntoma que no ha sido diagnosticado anteriormente, en esta consulta se podrá generar el diagnóstico y establecer el manejo o tratamiento del evento en salud identificado. El registro de esta atención corresponde a una consulta de valoración integral y detección temprana con un diagnóstico relacionado.

Como parte del plan integral de cuidado primario en salud se debe verificar que la persona adulta mayor accedió a las atenciones definidas en el esquema de

intervenciones/atenciones en salud individuales, en el caso contrario, ordenar o canalizar para su realización:

a. Atención en salud bucal.
b. Educación grupal en entrenamiento cognitivo y emocional.
c. Tamización para riesgo cardiovascular y metabólico cada cinco años. Incluye: glicemia basal, perfil lipídico (colesterol de alta densidad HDL, colesterol de baja densidad LDL, colesterol total triglicéridos), creatinina y uroanálisis.
d. Tamización para cáncer según lo definido en el procedimiento de:
   - Cáncer de cuello uterino.
   - Cáncer de mama.
   - Cáncer de próstata.
   - Cáncer de colon y recto.
e. Vacunación anual contra influenza.
f. Tamizajes para población con algún tipo de riesgo:
   - Prueba rápida treponémica en caso de relaciones sexuales sin protección.
   - Prueba rápida para VIH previa asesoría pre y pos test y consentimiento informado en caso de relaciones sexuales sin protección.
   - Prueba rápida para hepatitis B en caso de relaciones sexuales sin protección.
   - Prueba rápida para Hepatitis C. Para toda la población a partir de los 50 años de edad una vez en la vida.
g. Educación grupal para la salud incluye a la familia de acuerdo al ciclo contemplado según la edad.

Adicionalmente, en función de los hallazgos, se deberá indicar la realización de las siguientes atenciones e incluirlas en el plan integral de cuidado primario:

a. Consulta de asesoría en anticoncepción cuando el usuario desea iniciar o cambiar algún método de anticoncepción, o para realizar su control.

b. Educación individual para la salud según los hallazgos, necesidades e inquietudes de las personas mayores y/o cuidadores. Se sugiere ordenarla en las siguientes situaciones:

- Adultos mayores con alteraciones en el estado emocional y deficiente apoyo familiar y social
- Adultos mayores en riesgo de ser víctima de violencia intrafamiliar.
- Adultos mayores con baja autoestima y riesgo de suicidio.
- Adultos mayores con riesgo de fragilidad.
- Adultos mayores sin información y creencias erradas sobre su sexualidad o conductas sexuales de riesgo o experiencias negativas respecto a la vivencia de su sexualidad relacionadas con la cultura negativa del envejecimiento, cambios morfológicos y fisiológicos, entre otros.
- Adultos mayores con alteraciones de la movilidad y compromiso de la funcionalidad y su autonomía.
- Adultos mayores con alteraciones del sueño.
- Adultos mayores con riesgo de desprotección social y económica.

- Adultos mayores con riegos de polifarmacia (uso de tres o más medicamentos) y automedicación.
- Adultos mayores con tabaquismo o expuesta a humo de tabaco.
- Adultos mayores con riesgo de inestabilidad y caídas, que habitan en entornos inseguros.

c. Educación para la salud dirigida al grupo familiar cuando se identifique alguna situación de uno o varios de los integrantes de la familia o se requiera profundizar en aspectos para el cuidado de la salud de la familia en su conjunto.

d. Atención básica de orientación familiar. A continuación se relacionan algunas situaciones familiares que pueden ser objeto de esta atención:

- Familias con relaciones conflictivas e inadecuado funcionamiento familiar, con desorganización y presencia de conflictos que afectan el bienestar y desarrollo de sus integrantes y la dinámica familiar.
- Familias con vivencia de sucesos vitales que puedan sobrepasar la capacidad de la familia para su afrontamiento y afectar su salud.
- Familias en situaciones de vulnerabilidad social que pueden afectar la salud familiar, (por ej: familias con varios integrantes en condición de dependencia y un solo proveedor, familias en contexto de mayor exposición a violencias, consumo SPA, explotación sexual o económica, pandillismo, entre otras).
- Familias con algún integrante con discapacidad.
- Familias con deficientes redes de apoyo, o sostenimiento de relaciones sociales y comunitarias que generen riesgo o afectación de la salud familiar.
- Familias con prácticas del cuidado de salud críticas de varios de sus integrantes que ponen en riesgo o han afectado la salud de la familia.

e. Rutas Integrales de Atención en Salud de grupos de riesgo o servicios resolutivos.
f. Atenciones básicas para promover la cesación del consumo de tabaco a personas identificadas con tabaquismo Intervenciones del PIC de acuerdo con la oferta territorial.
g. Servicios sociales de acuerdo a la oferta territorial. Es relevante por ejemplo para los servicios de centro día, subsidio al adulto mayor entre otros.

h. Realizar la notificación obligatoria de los eventos de interés en salud pública identificados durante la consulta.

6.6 Instrumentos, insumos y dispositivos

Sin perjuicio del cumplimiento de los estándares de habilitación para la consulta de medicina general, medicina familiar o enfermería, se debe contar con lo siguiente: Escala de Lawton-Brody; Test de linda Fried, Escala de Barthel, Minimental, cuestionarios AUDIT, ASSIST, Preguntas Whooley, cuestionario GAD-2, escala Zarit, Finnish Risk Score, Tablas de Framighan, tablas de estratificación de la OMS, lista de chequeo de factores de riesgo de enfermedades del oído, alteraciones auditivas, vestibulares y de la comunicación, cuestionario de EPOC, familiograma, APGAR familiar, ecomapa, materiales para examen físico (fonendoscopio equipo de órganos, tensiómetro, cinta métrica, pulsoxímetro, báscula, tallímetro, cinta métrica, optotipos morfoscópicos o angulares para agudeza visual, etc.).

Los instrumentos que deben ser aplicados de manera obligatoria en cada consulta son: tablas y gráficas de los patrones de referencia para clasificación nutricional, Escala de Lawton-Brody; Test de linda Fried, Escala de Barthel, Minimental, tablas e instrumentos para clasificación de riesgo cardiovascular y metabólico y APGAR familiar. Se sugiere la aplicación de los demás instrumentos relacionados en el procedimiento, como complemento a la valoración integral de las personas mayores.

7. ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

7.1 Objetivos

- Valorar de manera integral la salud bucal.
- Identificar los principales cambios morfológicos y fisiológicos en la cavidad bucal, propios de cada momento vital.
- Identificar factores de riesgo y factores protectores de la salud bucal.
- Brindar información para la salud.
- Derivar a las rutas que se requieran según las necesidades en salud general y salud bucal identificadas.

7.2 Población sujeto

Todas las personas en los diferentes momentos del curso de vida

7.3 Atenciones incluidas

Este servicio aborda las siguientes intervenciones o atenciones contempladas en la RPMS para los diferentes momentos del curso de vida:

- Valorar las estructuras dentomaxilofaciales y su funcionalidad.
- Valorar los hábitos y prácticas de cuidado bucal.
- Información en salud bucal.
- Derivación a profilaxis o remoción de placa bacteriana, aplicación de flúor, aplicación de sellantes y detartraje supragingival, según corresponda.

7.4 Descripción del procedimiento

Incluye la aplicación de procesos, procedimientos, técnicas semiológicas y de apoyo, en procura de reconocer el estado de las estructuras dentomaxilofaciales y determinar la ausencia o presencia de alteraciones, para mantener y mejorar la funcionalidad para la masticación, deglución, habla, fonación, socialización, y para favorecer la comunicación, el afecto, la autoestima, entre otras.

7.4.1 Anamnesis

a. Indagar por experiencias previas relacionadas con la presencia de enfermedades bucales (caries, enfermedad gingival/periodontal, sangrado, traumas, mal posiciones, dolor, u otras) y antecedentes de condiciones sistémicas que impactan directamente en la salud bucal (enfermedades inmunes, alteraciones metabólicas como diabetes o VIH/SIDA, cáncer, EPOC, alteraciones metabólicas (diabetes), enfermedades cardiovasculares, otras)

b. Indagar y valorar hábitos e identificar factores de riesgo o protectores:

   - Alimentación: tipo (incluye lactancia materna en la primera infancia), cantidad y frecuencia de consumo de azúcares, así como si ha tenido que efectuar cambios en su dieta por molestias relacionadas con su boca o dientes, entre otros.
   - Hábitos de higiene: frecuencia de higiene, calidad de la higiene, verificación de si hay apoyo, ayuda y control por cuidador cuando aplique por condiciones de discapacidad, uso de crema dental, tipo de crema dental, acceso a fluoruros a través de la crema dental, consumo de tabaco y alcohol, uso de dispositivos (rehabilitación), entre otros.
   - Consumo de tabaco y alcohol: tipos, cantidad, frecuencia, forma de consumo (incluyendo fumar invertido con la candela hacia adentro).
   - Identificar otros posibles factores protectores o de riesgo, conforme situaciones diferenciales, como costumbres por pertenencia étnica, u otros.

c. Indagar sobre la percepción que tiene sobre sus condiciones de salud bucal, el acceso a servicios odontológicos previos, los tratamientos recibidos y su nivel de conformidad con los mismos, así como sobre la expectativa frente a la atención y el cuidado de la salud bucal.

7.4.2 Examen físico

Aplicar las técnicas semiológicas, como la inspección, palpación y percusión, para realizar la valoración de las estructuras dentomaxilofaciales. Si la persona presenta prótesis removibles, estas deben ser retiradas a fin de evaluar la cavidad bucal de forma adecuada, buscando estomatitis protésica, úlceras traumáticas o hiperplasia de la mucosa en la periferia de la prótesis.

a. Cara: identificar ausencia de asimetrías, edema, variaciones de color (lunares, manchas, lentigos, hipopigmentaciones), fibrosis, aumentos de volumen, ulceraciones, u otros procesos.
b. Ganglios linfáticos: identificar variaciones de volumen, consistencia, forma, bordes, extensión a planos profundos y ausencia de dolor; además deben correlacionarse con la información clínica obtenida durante el interrogatorio.
c. Maxilar y mandíbula: verificar ausencia de asimetrías o discrepancias en tamaño, entre otros.
d. Músculos: valorar funcionalidad y ausencia de dolor, en músculos temporal, cigomáticos mayor y menor, maceteros, y pterigoideos, además de los demás músculos de cara, cabeza y cuello.
e. ATM (articulación temporo-mandibular): evidenciar la movilidad, la ausencia de ruidos tipo chasquido o crepitación, la ausencia de desviaciones de la mandíbula en los movimientos de apertura y cierre, la ausencia de dolor, entre otros.
f. Labios (bermellones) y comisura labial: valorar la ausencia de asimetrías, discrepancia en el tamaño de labios, cambios de textura, consistencia, forma y color de labios considerando las diferencias étnicas; verificar la integridad de las comisuras bucales y la delimitación de la unión de la piel con el borde bermellón así como la ausencia de lesiones tipo herpes labial, queilitis, fisuras o lesiones traumáticas por hábitos inadecuados como morderse los labios o morder objetos. Se verificará la integridad de los tejidos ante la evidencia de intervenciones quirúrgicas u otras, previas para el manejo de fisuras labiales.
g. Mucosa de carrillos (parte interna de las mejillas): mediante visualización y palpación, verificar la ausencia de aftas, mucoceles, lesiones por trauma (hábitos de masticarse los carrillos) u otras, teniendo presente que si es normal la presencia de la línea alba oclusal y los gránulos de Fordyce. Verificar en el fondo del surco las salidas de las glándulas parótidas así como el estado de los frenillos laterales y centrales tanto superiores como inferiores.
h. Encía y zona retromolar: valoración de todos los rebordes alveolares, de la encía adherida (normalmente de color rosa coral), de la encía libre (color más intenso que la adherida) y del tamaño y textura de las papilas interdentales. Pueden encontrarse pigmentaciones fisiológicas, o inflamaciones (gingivitis), exostosis, fistulas, entre otros hallazgos.
i. Lengua: valorar superficies ventral y dorsal así como bordes laterales, mediante inspección y palpación. Identificar el estado de las papilas foliadas de la zona postero- lateral, que hacen parte del tejido linfoide del anillo de Waldeyer, del frenillo lingual y de las salidas de los conductos excretores de las glándulas

submandibulares. Identificar los diversos tipos de aspectos de la lengua, como la geográfica o fisurada, y la ausencia de condiciones como glositis, ulceras, aftas, entre otras. Es importante también valorar la movilidad de la lengua y el grado de inserción del frenillo, pues ello puede afectar la fonación y/o la deglución.

j. Piso de boca: inspeccionar la mucosa no queratinizada, la red venosa superficial, las glándulas menores y las submandibulares, y verificar la ausencia de alteraciones.
k. Paladar (duro y blando): verificar el color del paladar duro (rosa pálido), y la textura de la mucosa (firme y queratinizada). Se valora su integridad, los cambios de color, la ausencia de úlceras o aumentos de volumen (torus palatino, hiperplasias, neoplasias), entre otros. En el paladar blando se verificara el color (rojizo) y su elasticidad. En todo el paladar se verificará la ausencia de fisuras totales o parciales, e incluso la integridad de los tejidos ante la evidencia de intervenciones quirúrgicas previas para el manejo de las fisuras. También se verifica la ausencia de úlceras, o alteraciones de las glándulas salivales, entre otras.
l. Orofaringe para verificar color y ausencia de exudados en los pilares y en las amígdalas.
m. Tejidos dentales: en el cual deben verificarse entre otros:
    - Número total de dientes temporales y permanentes presentes así como la cronología de la erupción, acorde con la edad y los procesos fisiológicos de erupción. Valorar la no presencia de dientes y determinar posibles anodoncias, incluidos o pérdidas por diversas razones.
    - Estado de las estructuras dentales, para identificar ausencia de signos clínicos de caries (pueden usarse los criterios de la clasificación de caries ICDAS y el COP y COP-modificado (C(ICDAS)OP).
    - Ausencia de otras alteraciones como fluorosis dental (haciendo uso de la clasificación de Dean), dientes incluidos, atriciones, abrasiones, fracturas o fisuras asociadas a hábitos o prácticas deportivas u otros, enfermedad pulpar, malposiciones, entre otras.
    - Verificar la presencia y estado de cualquier tipo de rehabilitación presente en boca, incluyendo coronas, prótesis fijas o removibles, implantes, etc.
    - Saliva: valorar consistencia y volumen, y valorar la ausencia de alteraciones que generen su reducción.
    - Verificar la funcionalidad de los tejidos y estructuras para cumplir con procesos de masticación, deglución, habla, fonación, socialización, afecto y autoestima, entre otras.
    - Evaluar la cantidad de placa bacteriana presente en la boca y la forma de realización de higiene por parte del adulto para el cuidado de la salud bucal.

Conforme a los hallazgos durante la valoración debe realizarse una síntesis ordenada de los riesgos, los factores protectores y el estado de los tejidos y del estado general de la salud bucal.

A partir de lo anterior, se deben realizar acciones de información en salud y definir o actualizar las atenciones individuales y colectivas del plan integral de cuidado primario

7.4.3 Información para la salud

En razón a los hallazgos bridar la información para la salud pertinente, con énfasis en:

a. Derechos en salud.
b. Orientaciones para el cuidado en salud bucal, alimentación, actividad física, higiene personal, entre otros.

7.4.4 Plan de cuidado

La definición del plan integral de cuidado de la salud debe hacerse de acuerdo a la atención que corresponda según los hallazgos y la concertación de compromisos con la persona que recibe la atención y/o su familia.

Se debe verificar que la persona accedió a las siguientes atenciones del plan integral de cuidado primario para la salud o en caso contrario indicar su realización de acuerdo a lo estipulado en el anexo respectivo y conforme a las frecuencias establecidas para cada momento del curso de vida:

a. Remoción de placa bacteriana (Para mayores de un (1) año en toda consulta de salud bucal de acuerdo a la frecuencia establecida por momento del curso de vida).
b. Aplicación de flúor (Niños, niñas y adolescentes a partir del año de edad hasta los 17 años, en toda consulta de atención en salud bucal).
c. Detartraje supragingival (A partir de los 12 años, según hallazgos en la valoración).
d. Aplicación de sellantes (A partir de los 3 años hasta los 15 años).
e. Consulta de valoración del estado de salud por medicina o enfermería, según el momento del curso de vida.
f. Educación grupal según el momento del curso de vida.

Adicionalmente, en función de los hallazgos, se deberá indicar la realización de las siguientes atenciones, las cuales también deben estar incluidas en el plan integral de cuidado primario:

a. Educación para la salud dirigida al grupo familiar cuando se identifique alguna situación de uno o varios de los integrantes de la familia o se requiera profundizar en aspectos para el cuidado de la salud de la familia en su conjunto.
b. Rutas Integrales de Atención en Salud de grupos de riesgo o servicios resolutivos.
c. Intervenciones del PIC de acuerdo con la oferta territorial.
d. Servicios sociales de acuerdo a la oferta territorial.
e. Realizar la notificación obligatoria de los eventos de interés en salud pública identificados durante la consulta.

7.5 Instrumentos, insumos y dispositivos

Sin perjuicio del cumplimiento de los estándares de habilitación para la consulta de odontología, se debe contar con lo siguiente: historia clínica odontológica, Odontograma o Cariograma, instrumentos de clasificación de caries como ICDAS,

Índices COP y COP-modificado (C(ICDAS)OP) para caries, entre otros, instrumental básico de examen odontológico (espejo, explorador, sonda, pinzas algodoneras).Materiales: modelo dental.

7.6 Atenciones de protección específica para la salud bucal

7.6.1 Profilaxis y remoción de placa bacteriana

Son las acciones en procura de conservar bajos niveles de placa bacteriana o biopelícula, mediante la identificación, demostración de técnicas de higiene oral y eliminación de la placa de las superficies dentales y de los tejidos blandos.

Puede ser realizado por profesional de odontología o por el técnico auxiliar en salud oral bajo la supervisión del profesional en odontología, por lo que debe realizarse el procedimiento de manera subsiguiente a la consulta de atención en salud bucal. La frecuencia de este procedimiento por momento del curso de vida es:

Primera infancia:	2 veces al año (1 por semestre)
Infancia:	2 veces al año (1 por semestre)
Adolescencia:	2 veces al año (1 por semestre)
Juventud:	Anualmente
Adultez:	Cada dos años
Vejez:	Cada dos años

Se suministran sustancias reveladoras de placa y se brindan las indicaciones para que puedan ser distribuidas en todas las superficies dentales.

Se identifican los gradientes de tinción en las superficies teñidas con la sustancia, que dan cuenta del acumulo de placa y se le muestra al adulto apoyados de un espejo.

Se realiza el registro de las superficies teñidas y se calcula el índice de O'Leary (relación del total de superficies teñidas con la sustancia reveladora sobre el total de superficies dentales presentes, multiplicado por 100 y expresado en porcentaje).

Se evalúa la forma como las personas (niños, niñas, adultos o cuidadores) realizan la higiene diariamente y se realizan las recomendaciones de las técnica de cepillado y uso de los demás elementos de higiene, considerando las capacidades cognitivas, motrices y las diferencias culturales u otras de cada caso.

Según lo evidenciado con la sustancia reveladora y el resultado del índice de O'Leary, se brindan las orientaciones e instrucciones sobre elementos y técnicas de cepillado dental e higiene bucal, en las diversas superficies dentales y demás tejidos de la cavidad oral (lengua, encía, paladar y surco vestibular), así como en las prótesis dentales fijas o removibles o en dispositivos de ortodoncia, que puedan estar presentes.

De acuerdo con los hallazgos individualizados para cada usuario, se prescriben los mejores elementos para la higiene: seda o hilo dental, cepillos dentales,

aditamentos de higiene adicionales y cremas dentales, siempre con contenidos de flúor debido a que el efecto tópico favorece el control del riesgo de caries dental.

Finalmente se realiza profilaxis o remoción de placa (bio-película), de todas las superficies de todos los dientes presentes, mediante uso de instrumentos rotatorios con copa de caucho o cepillos u otros aditamentos dispuestos para tal fin y pasta profiláctica, o mediante uso de cepillo dental acorde con la edad y las condiciones particulares encontradas.

Instrumentos, insumos y dispositivos: Instrumental básico y complementario de Odontología, instrumental y equipamiento para profilaxis y detartraje, sustancias reveladoras de placa, micromotor, copas y cepillos de profilaxis, pasta profiláctica, elementos de higiene (cepillos, crema dental, seda dental, otros aditamentos como cepillos interproximales, enhebradores, entre otros), odontograma, periodontograma, clasificación de caries ICDAS, índice de O'Leary, índice COP y COP y COP modificado (C(ICDAS)OP)), índices para determinar severidad de gingivitis y enfermedad periodontal, índice de Dean para fluorosis, entre otros, protocolo de exposición a flúor del INS, material didáctico.

7.6.2 Aplicación de flúor

Este procedimiento aplica para todas las personas en la primera infancia (a partir del primer año de edad), infancia, adolescencia.

Consiste en aplicar o poner en contacto la porción coronal del diente con sustancias que contienen fluoruros, como mecanismo que permite fortalecer la superficie del esmalte dental y producir mayor resistencia a la caries, para controlar la desmineralización y formación de cavidades en el tejido dentario.

La actividad se realiza por el profesional en odontología o por el técnico auxiliar en salud oral bajo la supervisión del odontólogo, una vez cada 6 meses o en personas con alto o mediano riesgo cada 3 meses, por lo que debe realizarse el procedimiento seguido a la consulta de atención en salud bucal.

Este procedimiento, como medida de protección específica, se realiza con flúor en barniz para reducir el riesgo de ingesta por deglución (particularmente en las primeras edades de vida) y reducir efectos posteriores no deseables.

La aplicación tópica debe realizarse garantizando las debidas medidas para reducir el riesgo de ingesta, considerando las aplicaciones previas que se hayan realizado en otros entornos o en jornadas; haciendo el control adecuado de las cantidades de fluoruro suministrado de forma que no se generen riesgos o situaciones adversas y entregando las recomendaciones necesarias para los cuidados posteriores a la aplicación, de forma que no se pierda la efectividad de la intervención.

En todos los niños en los que se sospeche o pueda identificarse fluorosis dental (por ingesta excesiva flúor provenientes de otras fuentes), debe también aplicarse flúor de forma tópica y en los rangos de tiempo señalados, a fin de remineralizar las superficies y producir mayor resistencia incluso a la caries dental sobre agregada a la desmineralización inicial.

7.6.3 Sellantes

Este procedimiento aplica para todos los niños, niñas y adolescentes entre tres y 15 años de edad, según la erupción dentaria y criterio clínico.

Consiste en modificar la morfología de la superficie dental, mediante la aplicación de una barrera física, a fin de disminuir el acumulo de placa bacteriana y facilitar la remoción de la misma en el proceso de cepillado e higiene bucal y minimizar el riesgo de iniciación de caries dental en las superficies con fosas y fisuras profundas.

La actividad se realiza por el profesional de odontología o por el técnico auxiliar en salud oral bajo la supervisión del odontólogo.

Se verifica la presencia de los sellantes en los molares temporales que acorde con la edad deben estar ya presentes, y que de no encontrarse deben valorarse la situación para ser aplicados acorde con el criterio clínico.

En los niños de 6 a 8 años, se sellan los primeros molares permanentes.

En los niños de 9, 10 y 11 años, se aplican sellantes en los primeros y segundos premolares permanentes que se encuentren presentes y totalmente erupcionados.

Previo a la aplicación de sellantes se debe verificar la presencia de sellantes existentes y realizar la profilaxis para la remoción de la placa bacteriana de las superficies dentales y se realiza el debido aislamiento del campo operatorio.

Se seguirán las instrucciones según el tipo de sellante disponible, para realizar los procesos de grabado con una sustancia ácida (generalmente ácido fosfórico), de las superficies que reciben el sellante, de lavado y de secado de las superficies a fin de que queden dispuestas para la adhesión del material plástico.

Se aplica el sellante con los instrumentos dispuestos según el material, o con cucharilla o explorador recorriendo todos los surcos y fisuras y se realiza su polimerización. Una vez colocado el sellante se evalúa la adherencia y se verifica que no se presenten burbujas.

Finalmente se realiza el control de la oclusión y se eliminan los excesos de ser necesario.

En todas las edades, se realiza control de la permanencia de los sellantes cada 6 meses en personas de bajo riesgo y cada 3 meses en personas de alto y mediano riesgo, debido a que la pérdida total o parcial, se constituyen en un riesgo de acumulo de placa y por tanto en un riesgo de desarrollo de caries dental.

7.6.4 Detartraje supragingival

Este procedimiento se realiza a las personas mayores de 12 años[15], de acuerdo al criterio clínico del profesional de odontología.

Consiste en remover mecánicamente la placa bacteriana, los depósitos calcificados y manchas extrínsecas de las superficies dentales, para evitar daños en los tejidos de soporte dental, por considerarse factores retentivos de placa y factores de riesgo también para la presencia además de caries dental.

Debe ser realizado por el profesional en odontología o por técnico auxiliar en salud oral, con supervisión del profesional, seguido a la consulta de atención en salud bucal.

Previo al procedimiento se debe valorar los sitios que presentan depósitos y manchas extrínsecas, y solo en caso de presentarse se realiza remoción de los depósitos y manchas con el uso de los instrumentos específicos, además de realizar limpieza de superficies con cepillos de profilaxis o copas de caucho y pasta profiláctica.

Si se evidencian depósitos extensos que comprometen los espacios periodontales y la estabilidad del diente, se remite a la RIAS para las alteraciones de la salud bucal- enfermedad periodontal.

NOTA: De no encontrarse depósitos calcificados o manchas extrínsecas en las superficies dentales, esta actividad no debe ser realizada dado que el uso de estos instrumentos puede generar efectos no deseados en tejidos blandos y en la superficie dental.

Instrumentos, insumos y dispositivos: instrumentos manuales (curetas y hoces) u otros instrumentos como los de ultrasonido o rotatorios, para la remoción adecuada de los depósitos.

[15] Modificado por la Resolución 0276 de 2019.

8. ATENCIÓN EN SALUD PARA LA VALORACIÓN, PROMOCIÓN Y APOYO DE LA LACTANCIA MATERNA

8.1 Objetivos

Valorar y promover la lactancia materna exclusiva asegurando un adecuado inicio y proceso de mantenimiento de la misma mediante la orientación efectiva a la mujer en periodo de lactancia y/ o las personas significativas.

8.2 Población sujeto

Niñas y niños y sus madres entre los 8 y 30 días de nacimiento.
Según criterio del profesional: niñas y niños entre 1 – 6 meses.

8.3 Atenciones incluidas

- Evaluar y promover la lactancia materna exclusiva.

8.4 Talento humano[16]

Esta atención debe ser realizada por profesional en enfermería, medicina o nutrición o técnico laboral (auxiliar) en enfermería, cuyo responsable debe tener conocimiento y habilidades en valoración y consejería en lactancia materna mediante entrenamiento o experiencia probada.

El talento humano encargado de la atención a niños y mujeres en periodo de lactancia debe ser competente en diferentes habilidades como la elaboración de historia clínica, evaluación antropométrica y nutricional correcta, seguimiento de la lactancia materna y alimentación complementaria.

8.5 Descripción del procedimiento

A continuación se enuncian los principales aspectos que se deben realizar durante el procedimiento.

8.5.1 Anamnesis

a. Indagar frente a las necesidades de la madre sobre la práctica de la lactancia materna.
b. Indagar sobre los siguientes aspectos: preparación prenatal para la lactancia materna, momento de inicio de la lactancia materna, ingesta de leche de fórmula antes del egreso hospitalario neonatal, expectativas de la madre y la familia frente a la lactancia materna.
c. Con qué frecuencia y con cuál duración lacta, forma en la que lacta (postura de la madre y del niño, agarre y succión), reconocimiento de hambre y saciedad del bebé, frecuencia y características de orina y deposición administración de otros alimentos diferentes a la leche materna.

[16] Modificado por la Resolución 0276 de 2019.

d. Forma como se realiza la extracción, conservación y transporte de la leche en las madres lactantes que lo realizan.
e. Alimentación de la madre: cómo es la composición de la dieta, consumo de líquidos o medicamentos.
f. Cuidado de las mamas: alternancia de senos durante cada alimentación del niño, masaje.
g. Inconvenientes e inquietudes sobre la lactancia.
h. Planes para continuar con la lactancia en caso de retorno a la escuela o trabajo.
i. Dar información sobre la existencia de bancos de leche humana, extracción, donación y continuación de la lactancia materna.

8.5.2 Examen físico

Evaluación de la práctica de la lactancia materna, aplicando la herramienta de verificación de la adecuada técnica de lactancia materna en lo relacionado con posición, succión y agarre; se debe realizar la valoración de las mamas: aspecto, color, presencia de dolor, congestión, signos que sugieran infección.

Debe realizarse también medición del peso del niño para verificar la progresión del mismo e identificar problemas nutricionales de forma oportuna.

8.5.3 Información para la salud

Al mismo tiempo de evaluar la práctica de la lactancia, se debe recomendar a la madre de acuerdo a sus necesidades en los aspectos que se requieran para mejorar la técnica de la misma y se podrán ir resolviendo sus inquietudes.

La consulta debe ser aprovechada para educar a la madre en periodo de lactancia en:

- La importancia y beneficios de la lactancia materna para la madre y el bebé sobre otras formas de alimentación, incluyendo alimentos de fórmula para lactantes y complementarios de la leche materna.
- Extracción, conservación, transporte de la lactancia materna.
- Cuidado de las mamas.
- Estrategias que pueden apoyar la lactancia materna como el Banco de Leche Humana.
- Los problemas que se pueden presentar relacionados con la lactancia materna y cómo manejarlos: ‘poca leche,’ bebé rechaza el pecho materno, madre que tiene pezones planos o invertidos, pechos ingurgitados, madre con pezones doloridos o con grietas o mastitis, como mantener la lactancia en un bebé con bajo peso al nacer o enfermo.
- Momento adecuado de inicio de la alimentación complementaria y forma de hacerlo.

8.5.4 Plan de cuidado

De acuerdo a los hallazgos e inquietudes identificados durante la consulta se acordará con la madre en periodo de lactancia las actividades en el plan de cuidado para asegurar el mantenimiento de la lactancia materna de forma exclusiva. En dicho plan es importante tener en cuenta las siguientes actividades:

a. Ayudar a la madre y la familia para la implementación efectiva de la práctica de lactancia materna.
b. En caso de encontrar situaciones como signos de infección en las mamas se deberá remitir a consulta médica resolutiva para su manejo.
c. Educación grupal para padres y cuidadores.

Como parte del plan de cuidado se debe verificar que la persona accedió a las siguientes atenciones que hacen parte del mismo, de acuerdo a la periodicidad establecida en el esquema de atención, o en caso contrario ordenar o canalizar para su realización:

a. Consulta para la valoración integral en salud de la niña o niño.
b. Educación en salud grupal para la primera infancia.
c. Vacunación.

Adicionalmente, en función de los hallazgos, se deberá indicar la realización de las siguientes atenciones, las cuales también deben estar incluidas en el plan integral de cuidado primario:

a. Educación para la salud dirigida al grupo familiar cuando se identifique alguna situación de uno o varios de los integrantes de la familia o se requiera profundizar en aspectos para el cuidado de la salud de la familia en su conjunto.
b. Rutas Integrales de Atención en Salud de grupos de riesgo o servicios resolutivos.
c. Intervenciones del PIC de acuerdo con la oferta territorial, inlcuyendo grupo de apoyo para el cuidado infantil y lactancia materna.
d. Servicios sociales de acuerdo a la oferta territorial, con especial énfasis en los programas de apoyo alimentario o grupos de apoyo para madres lactantes.
e. Realizar la notificación obligatoria de los eventos de interés en salud pública identificados durante la consulta.

8.6 Instrumentos, insumos y dispositivos

Carné de salud infantil. Instrumento de valoración de la técnica de la lactancia materna. Modelos de pecho para educación en lactancia materna, Modelos de instrumentos para extracción de la leche materna (bombas extractora, botella caliente), Modelos de instrumentos para almacenamiento (frascos de vidrio, bolsas para almacenamiento de LM).

9. DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO

9.1 Objetivos

Detectar lesiones precancerosas de cuello uterino o carcinomas infiltrantes de cuello uterino en estadios tempranos a través de la realización de pruebas de tamización de base poblacional, ajustadas a la edad de la mujer y lugar de residencia habitual, a saber: citología vaginal, pruebas ADN-VPH o técnicas de inspección visual con ácido acético y lugol.

9.2 Población sujeto

Las pruebas de tamización serán realizadas según el grupo de edad de las mujeres y su lugar de residencia así:

Citología: La tamización con citología se debe realizar en las mujeres de 25 a 29 años de edad en esquema 1 – 3 - 3 (cada 3 años) ante resultados negativos.

Pruebas de ADN del Virus de Papiloma Humano: La tamización con las pruebas que detectan el ADN de los virus del papiloma humano (VPH) de alto riesgo, se deben realizar a todas las mujeres entre 30 y 65 años de edad, con un esquema 1-5-5 (cada 5 años) ante resultados negativos.

Técnicas de inspección visual: Las técnicas de inspección visual están indicadas exclusivamente para las mujeres entre 30 a 50 años residentes en áreas de población dispersa y con difícil acceso a los servicios de salud, se deben realizar en esquema 1-3-3 ante resultados negativos.

9.3 Atenciones incluidas

- Brindar información y educación sobre el procedimiento y diligenciar carné.
- Toma no quirúrgica de muestra o tejido cervical para estudio citológico o para estudio del ADN del virus del papiloma humano.
- Inspección visual con ácido acético y lugol y tratamiento con crioterapia en mujeres residentes en lugares apartados.
- Control de muestras, gestión de resultados y entrega de resultados.
- Registro de información, asignación de próxima cita y remisión a otros servicios o Ruta Integral de Atención específica de cáncer de cuello uterino según hallazgos.

9.4 Talento humano

Toma de citología y pruebas ADN – VPH: Profesional en medicina, enfermería o bacteriología o cito-histotecnólogo o histocitotecnólogo certificado. En los lugares donde no exista ninguno de los profesionales antes listados, este procedimiento puede ser realizado por un técnico auxiliar de enfermaria entrenado y certificado.

Pruebas de Inspección visual con ácido acético y lugol (VIA – VILI): Sólo podrá ser realizada por médicos o profesionales en enfermería entrenados en la técnica y en el tratamiento inmediato con crioterapia, debidamente certificados.

9.5 Descripción del procedimiento

Se debe propiciar un ambiente tranquilo y discreto para la realización de las pruebas de tamización de cáncer de cuello uterino; permitir a la mujer expresar si alguno de los exámenes genera dolor y entablar un diálogo asertivo que favorezca la comprensión y la comodidad de la mujer. Así mismo, brindar la siguiente información:

- Explicar los procedimientos a realizar en cada estrategia de tamización.
- Informar posibles conductas según resultados de las pruebas de tamización.
- Aclarar que un resultado positivo de VPH en la prueba de tamización no es igual a un diagnóstico de cáncer.
- Informar que ante resultados de pruebas de tamización positivas es necesario realizar pruebas confirmatorias (colposcopia + biopsia), y en el caso de las técnicas de inspección visual se debe brindar información de la técnica, los resultados obtenidos en el momento del examen y la posibilidad del tratamiento inmediato con crioterapia (en el mismo momento de la tamización), obtener el consentimiento informado.
- Insistir en la importancia de reclamar el resultado.

Todos los procedimientos deben estar registrados en el formato establecido para el procedimiento de toma de la muestra de tamización, la información a registrar es:

Fecha de la tamización, consecutivo de muestra, datos de identificación de la paciente, unidad o IPS donde se realiza la tamización, EAPB, antecedentes ginecológicos y obstétricos, antecedentes de infecciones de transmisión sexual, registrar el uso del dispositivo intrauterino (DIU) como método anticonceptivo si aplica, antecedente de vacunación contra el VPH, fecha de la vacunación, fecha y resultado de la última prueba de tamización de cáncer de cuello uterino y procedimientos anteriores en el cuello uterino.

Cuando la tamización sea con las técnicas de inspección visual con ácido acético y lugol, el formato debe incluir el resultado de la inspección visual con ácido acético (VIA), con el lugol (VILI), la evaluación final, y la conducta a seguir. Incluir si se hizo tratamiento inmediato con crioterapia, las instrucciones y el control; o incluir si el caso fue remitido a especialista.

Se debe entregar a las mujeres un carné que incluya: fecha de la toma de la prueba de tamización, tipo de prueba de tamización utilizada, profesional que realiza el procedimiento, información frente a la importancia de regresar por el resultado de su prueba, derechos y deberes en salud.

Registrar en el sistema de información y en los registros administrativos vigentes el resultado de la prueba, la fecha de recepción del informe, fecha de la próxima prueba de acuerdo a lo registrado en el resultado.

Registrar en historia clínica el resultado **negativo** de citología vaginal usando en forma obligatoria el sistema de reporte Bethesda 2014, registrar el resultado **negativo** de la prueba ADN-VPH, o de la inspección visual.

9.5.1 Procedimientos de tamización de cáncer de cuello uterino, de acuerdo con edad de la mujer y lugar de residencia habitual

Mujeres menores de 25 años, se realizará la tamización de oportunidad con citología, a partir del criterio y evaluación de antecedentes y factores de riesgo por el médico o enfermera que justifiquen realizarla, con el esquema 1-3-3 ante resultados negativos. Considerar antecedentes como: Edad de inicio de relaciones sexuales antes de los 15 años, multiparidad (3 o más hijos), múltiples compañeros sexuales.

Mujeres de 25 a 29 años: Se deben tamizar con citología de cuello uterino convencional o en base líquida (según disponibilidad).

Ante resultados **positivos**[17] de las pruebas de **citología**, realizar la búsqueda activa de las mujeres, gestionar la consulta con medicina general o enfermería en un tiempo no mayor a 1 semana; **gestionar la cita para la confirmación diagnóstica en los servicios de colposcopia** (colposcopia + biopsia según hallazgos), en un tiempo no mayor a 30 días cuando el caso requiera el procedimiento.

Una vez se realice la colposcopia a mujeres con citología positiva; registrar en el sistema obligatorio de reporte Bethesda 2014, el resultado anormal de la prueba, la fecha de recepción del informe, la fecha de realización de la colposcopia, si se realizó o no biopsia, informe de la colposcopia y fecha y resultado de la biopsia.

Mujeres de 30 a 65 años: A partir de los 30 años y hasta los 65 años, la tamización obligatoria será con las pruebas ADN-VPH[18].

Teniendo en cuenta que cuando el resultado de la prueba ADN-VPH es positivo, se debe realizar una citología (convencional o en base líquida según disponibilidad) de triage o clasificación para decidir qué casos se remiten a colposcopia + biopsia; es obligatorio que a todas las mujeres a quienes se realice toma de la prueba de ADN-VPH, se les tome en el mismo momento, una muestra para citología (empezando con la muestra para citología, seguida por la muestra para el ADN-VPH), garantizando las condiciones de asepsia y antisepsia para dicha toma, así como las condiciones necesarias para su correcta conservación y

[17] Se considera positivo a la tamización un hallazgo citológico de ASC-US o mayor o LEI-BG o mayor.

[18] Considerar que las pruebas a utilizar tengan suficiente evidencia clínica y científica para soportar una tamización primaria (estudios clínicos, pruebas IVD, certificaciones internacionales, participación en programas de calidad con estándares internacionales, implementación en otros países de referencia). Cuando se disponga de **pruebas rápidas para ADN-VPH**, su uso estará restringido únicamente a lugares con población dispersa, unidas a la estrategia de Ver y Tratar, bajo los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.

almacenamiento. Todas las muestras de ADN-VPH deben ser analizadas; no obstante, sólo se llevarán a lectura las citologías de aquellas mujeres cuya prueba de ADN-VPH resultó positiva, las otras muestras se deben desechar.

Ante resultados **positivos** de las pruebas **ADN-VPH**, se debe realizar la búsqueda activa de las mujeres, gestionar la consulta con medicina general o enfermería en un tiempo no mayor a 2 semanas, en los cuales se debe gestionar la lectura y entrega de la citología clasificatoria o de triage en un tiempo no mayor a 1 semana.

- Cuando la prueba de ADN-VPH resulte positiva, pero la citología de triage o clasificatoria sea negativa, la usuaria será citada a un control con prueba de ADN-VPH en 18 meses.

- Cuando la prueba de ADN-VPH y la citología de triage o clasificatoria sean positivas, se debe gestionar la cita para ser referidas a colposcopia y biopsia según hallazgos, en un tiempo no mayor a 30 días y derivar a la Ruta Integral de Atención en Salud para la población con riesgo o presencia de cáncer.

  Una vez se realice la colposcopia y la biopsia (según hallazgos); registrar en el sistema de información las atenciones de colposcopia y biopsia con sus correspondientes fechas y resultados.

  Mujeres mayores de 65 años: A partir de los 65 años se suspende la tamización para cáncer de cuello uterino, siempre y cuando las pruebas de tamización previas, en los últimos cinco años, específicamente las del ADN-VPH tengan resultado negativo. En caso contrario continuar seguimiento según algoritmos para lesiones pre neoplásicas

  Si en el momento de realizar la inspección del cuello uterino a través de la especuloscopia para la tamización, se identifican signos que sugieren un carcinoma infiltrante, se debe informar a la mujer, generar una alerta en el sistema y gestionar la atención en los servicios de colposcopia para confirmación mediante biopsia en un tiempo no mayor a 1 semana, sin necesidad de realizar o conocer el resultado de la prueba de tamización.

  Mujeres residentes en ámbitos territoriales rurales y rurales dispersos

  Las estrategias de tamización primaria para cáncer de cuello uterino para territorios con población dispersa y de difícil acceso de obligatorio cumplimiento son las siguientes:

  Mujeres de 25 a 29 años: Citología de cuello uterino convencional o en base líquida (según disponibilidad).

  Mujeres de 30 a 50 años: Estrategia Ver y Tratar: Incluye la realización de técnicas de inspección visual VIA con ácido acético (VIA) y lugol (VILI) (por sus siglas en inglés) del cuello uterino y tratamiento inmediato con crioterapia u otro método ablativo de destrucción local que haya demostrado su efectividad. Las pruebas rápidas de ADN-VPH podrán ser una alternativa para la tamización en este grupo de edad siempre en combinación con la estrategia Ver y Tratar. Las mujeres con prueba positivas a la prueba rápida se les realizará la inspección

visual con ácido acético y lugol (VER) y a las que tengan la indicación TRATAR en forma inmediata o remitir al especialista.

Mujeres 51 a 65 años: Citología de cuello uterino o pruebas de ADN-VPH según disponibilidad. No requieren triage o clasificación con citología.

Si en el momento de realizar la inspección del cuello uterino a través de la especuloscopia para la tamización, se identifican signos que sugieren un carcinoma infiltrante, se debe informar a la mujer, generar una alerta en el sistema y gestionar la atención en los servicios de colposcopia para confirmación mediante biopsia en un tiempo no mayor a 1 semana, sin necesidad de realizar o conocer el resultado de la prueba de tamización.

9.5.2 Información para la salud

- Informar sobre el virus del papiloma humano VPH como infección de transmisión sexual y agente relacionado con el desarrollo de cáncer de cuello uterino.
- Educar en factores de riesgo para cáncer de cuello uterino, medidas de prevención primaria (vacunación contra el VPH) y finalidad de las actividades de tamización.

9.5.3 Plan de cuidado

a. Entrega de resultados: sin distingo del resultado de las pruebas de tamización, gestionar de forma ágil la entrega de resultados a las mujeres, garantizando que las mismas conozcan oportunamente sus resultados y pasos a seguir.

   - Si los resultados de las pruebas de tamización son **negativos**: se debe brindar información sobre la importancia de la adherencia al esquema de tamización de cáncer de cuello uterino, prevención de la infección por VPH y promoción de los derechos sexuales y derechos reproductivos. Diligenciar en el carné los resultados de la prueba y registrar la fecha de la siguiente cita de tamización:

     – Para citología de cuello uterino en mujeres entre 25 y 29 años, citar para nueva prueba en 3 años, siguiendo el esquema 1-3-3
     – Para pruebas ADN VPH en mujeres entre 30 y 65 años, citar en 5 años, siguiendo el esquema 1-5-5.
     – Para Técnicas de Inspección Visual (VIA VILI) en mujeres entre 30 y 50 años: citar en 3 años, siguiendo el esquema 1-3-3.

   - Si los resultados de las pruebas de tamización son **positivos**: se requiere la realización de una consulta por profesional en medicina general o enfermería, en la cual se debe:
     – Brindar asesoría sobre el resultado de las pruebas, derechos sexuales y derechos reproductivos, prevención de ITS incluido el VPH e importancia de continuar el proceso para la confirmación diagnóstica.

- Cuando el resultado de la citología vaginal reporta en calidad de la muestra insatisfactoria, se debe tomar una nueva citología entre las tres y cuatro semanas siguientes, con el fin de permitir una adecuada reepitelización del cuello uterino.

b. Si el profesional de enfermería que realiza la prueba de tamizaje identifica infecciones vaginales o si la usuaria refiere síntomas sugestivos, se debe referir a una consulta resolutiva por profesional de medicina general.

c. Realizar la notificación obligatoria al Sivigila de todas las mujeres con resultado positivo en la biopsia acorde al protocolo para la vigilancia del evento.

9.6 Gestión para la tamización del cáncer de cuello uterino

Como parte de la gestión a cargo del coordinador de la unidad de tamización en el prestador de servicios de salud, se deben realizar las siguientes acciones:

a. En zonas rurales dispersas y de difícil acceso a los servicios de salud, se sugiere realizar jornadas de salud coordinadas entre la DTS, la EAPB e IPS en articulación y previa concertación con los líderes comunitarios, asociaciones indígenas, entre otras, que promocionen las actividades de detección temprana para cáncer de cuello uterino. En los prestadores de salud donde se encuentren grupos indígenas, la institución debe contar con la presencia de un referente de la misma comunidad que explique el procedimiento a realizar con enfoque intercultural.

b. Control de las muestras

- Almacenar, embalar y entregar las láminas de citología y pruebas ADN - VPH, los formularios de toma de muestra, cumpliendo los protocolos y manuales establecidos por el laboratorio centralizado. Las pruebas ADN-VPH deben seguir las indicaciones de almacenamiento y tiempo para el procesamiento del proveedor. Documentar las entregas realizadas al transporte certificado dispuesto por el laboratorio centralizado.
- El tiempo transcurrido entre la toma y recepción de la muestra en el laboratorio no debe superar los cinco (5) días.
- Definir los procesos para el archivo de láminas de citologías de cuello uterino (CCU) en la unidad de tamización cuando se toma en forma simultánea con pruebas ADN-VPH, especificando el proceso de búsqueda y envío para la lectura, de las láminas que correspondan a mujeres con resultados positivos de pruebas ADN VPH, y detallar los procedimientos de desechos de láminas de CCU, en los casos que las pruebas ADN VPH sean negativas.
- Realizar los procedimientos de control de calidad interno y externo conforme las directrices vigentes y las que serán expedidas por la entidad competente.
- Tanto las citologías como las pruebas de ADN-VPH, deben mantener el control de calidad dispuesto por la entidad competente, teniendo en cuenta que los laboratorios que procesen las pruebas de ADN-VPH, deben utilizar

pruebas que tengan los respectivos controles internos manteniendo las recomendaciones del fabricante, y adicionalmente realizar el control de calidad externo con alguna entidad nacional o internacional reconocida para tal fin, según lo disponga la entidad competente.

- Se recomienda que el procesamiento de las citologías, pruebas de ADN-VPH y lectura de las biopsias se realice en laboratorios centralizados, propendiendo una mejor calidad y control de las mismas.

c. Garantizar que la oportunidad en el proceso de tamización (toma, lectura y emisión del informe de resultados) no supere los 15 días calendario, contados a partir del día la toma de la muestra.

d. Realizar el seguimiento a la oportunidad en la entrega de los informes de resultados por parte del laboratorio centralizado y generar plan de mejoramiento, cuando la oportunidad exceda los 15 días.

e. Recepcionar y verificar los resultados de la citología y pruebas ADN-VPH entregados por el laboratorio centralizado (concordancia del número de pruebas enviadas frente al número de resultados entregados).

f. Revisar, interpretar y seleccionar los informes de resultados negativos de las pruebas ADN-VPH y citología, gestionar la entrega de los resultados en un tiempo no mayor a 15 días.

9.7 Instrumentos, insumos y dispositivos

Sin perjuicio del cumplimiento de los estándares de habilitación para el servicio de tamización de cáncer de cuello uterino, se debe contar con los elementos indispensables para la toma de citología, la toma de pruebas de ADN-VPH según las indicaciones del fabricante para la prueba que se vaya a usar. Así mismo, en los casos de tamización con ácido acético y lugol, se debe contar con los elementos necesarios para el examen ginecológico: guantes y espéculos desechables, aplicadores y algodón, ácido acético al 5% y solución de lugol.

Adicionalmente, disponer de material de información, educación y comunicación que permitan orientar frente a los procedimientos para la detección temprana del cáncer de cuello uterino. Es necesario contar con formatos de consentimiento informado para la realización de las pruebas de tamización y con el carné del programa de tamización de cáncer.

10. DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE MAMA

10.1 Objetivos

Detectar lesiones de cáncer de mama en estadios tempranos a través de la realización de pruebas de tamización de base poblacional ajustadas a la edad de la mujer.

10.2 Población sujeto

Mujeres a partir de los 40 años**:** examen clínico de la mama.
Mujeres a partir de los 50 años hasta los 69 años: mamografía bilateral.

10.3 Atenciones incluidas

- Brindar información y educación frente a la toma de las pruebas de tamización: finalidad y beneficios; así como en la importancia de reclamar el resultado.
- Examen clínico de la mama.
- Mamografía.
- Gestión de resultados y entrega de resultados.
- Registro de información asignación de próxima cita y remisión a otros servicios o a la ruta integral de atención en salud para la población con presencia o riesgo de cáncer – cáncer de mama.

10.4 Talento humano

Profesional en medicina general, especialista en medicina familiar o enfermería, entrenado y certificado para la realización del examen clínico de la mama.

Profesional en medicina, especialista en medicina familiar, ginecología, cirugía general, radiología o cirugía de mama entrenado para la realización de la mamografía.

10.5 Descripción del procedimiento

Se debe propiciar un ambiente tranquilo y discreto para la realización de las pruebas de tamización de cáncer de mama; permitir a la mujer expresar si el examen genera dolor y entablar un diálogo asertivo que favorezca la comprensión y la comodidad de la mujer.

En la anamnesis enfatizar en la identificación de factores de riesgo heredo-familiares y personales, en caso de identificar estos factores de riesgo, derivar a la Ruta Integral de Atención de Cáncer de Mama para la intervención correspondiente.

Informar los procedimientos a realizar y posible malestar que genera la toma de la mamografía.

Informar las conductas a seguir según los resultados de las pruebas de tamización.
Entregar a las mujeres un carné que incluya: fecha de la tamización, pruebas realizadas, profesional que realiza el procedimiento, información frente a la importancia de regresar por el resultado de su prueba, derechos y deberes en salud.

Registrar en el sistema de información del programa de cáncer mama y en los registros administrativos vigentes, el componente de tamización que debe incluir mínimo: fecha de la toma, tipo de muestra (examen clínico, mamografía o ambos) y los resultados.

10.6 Procedimientos de tamización de cáncer de mama[19]

Mujeres a partir de los 40 años: El examen clínico de la mama dispuesto en el cuadro 5 del numeral 3.3.5. y el cuadro 6 del numeral 3.3.6 del lineamiento técnico y operativo de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud se realizará en todas las mujeres mayores de 40 años a quienes soliciten atención médica por cualquier causa y a aquellas que por la demanda inducida asistan a la consulta específica. Se recomienda que el examen clínico de mama sea realizado al menos una vez por año.

Mujeres de 50 a 69 años: Mamografía de 2 proyecciones cada 2 años.

Ante resultados **NORMALES** de la mamografía (BI-RADS 1 Y 2) continuar esquema de tamización cada 2 años hasta los 69 años.

Ante resultados de mamografía BI-RADS 3 adelantar las intervenciones diagnósticas o de seguimiento en concordancia con lo definido en la Ruta Integral de Atención en salud para la población con riesgo o presencia de cáncer – cáncer de mama.

En caso de resultados **ANORMALES** (BI-RADS 4A, 4B, 4C y 5): realizar búsqueda activa de las mujeres y asignar con carácter prioritario la cita de entrega de resultados con profesional de medicina general o enfermería entrenado quien deberá emitir orden para biopsia; el equipo administrativo deberá adelantar la gestión para la realización de la misma.

En pacientes con resultados **ANORMALES** en la biopsia generar una alerta para que se realice la gestión del caso de acuerdo con las intervenciones descritas en la Ruta Integral de Atención en salud para la población con riesgo o presencia de cáncer – cáncer de mama.

10.6.1 Información para la salud

Durante el procedimiento se debe brindar la siguiente información:

- Factores de riesgo para cáncer de mama.
- Autoexamen de mama.

[19] Modificado por la Resolución 0276 de 2019.

- Importancia del examen clínico de mama a partir de los 40 años y de la mamografía a parir de los 50 años.

10.6.2 Plan de cuidado

Sin distingo del resultado de las pruebas de tamización, gestionar de forma ágil la entrega de resultados a las mujeres, garantizando que las mismas conozcan oportunamente sus resultados y pasos a seguir.

Promover y educar a todas las mujeres en el autoexamen de mama y la identificación de señales de alarma para que en caso de que exista alguna de ellas asista a su servicio de salud para conducta resolutiva.

Las señales de alarma son:

- Masas en la mama o axila
- Engrosamiento de la piel o retracción
- Cambio en el color de la piel
- Retracción del pezón de reciente aparición
- Asimetría de las mamas de reciente aparición
- Ulceraciones en la mama o pezón
- Secreciones espontáneas o sangrado por el pezón

Es importante precisar a la mujer, que la práctica del autoexamen no reemplaza la realización de las pruebas de tamización en las edades indicadas.

Indicar el examen clínico de mama anual a partir de los 40 años

10.6.3 Gestión para la tamización de cáncer de mama

Como parte de la gestión a cargo del coordinador de la unidad de tamización en la institución de servicios de salud, se deben realizar las siguientes acciones:

- Garantizar la oportunidad en el examen clínico de la mama, y solicitar exámenes complementarios (ecografía de seno y/o mamografía) cuando el examen clínico sea anormal.
- Garantizar que la oportunidad en el proceso de tamización con mamografía (toma, lectura y emisión del informe de resultados) no supere los 15 días calendario, contados a partir del día la toma de la muestra.
- Realizar el seguimiento a la oportunidad en la entrega de los informes de resultados por parte del servicio de radiología, generar plan de mejoramiento, cuando la oportunidad exceda los 15 días.
- Recepcionar y verificar los resultados de la mamografía.
- Revisar, interpretar y seleccionar los informes de resultados negativos.

10.7 Instrumentos, insumos y dispositivos

Sin perjuicio del cumplimiento de los estándares de habilitación para el Servicio de Radiología e imágenes diagnósticas, consulta de medicina general, medicina familiar, ginecología o enfermería, se debe contar con un espacio que propicie la privacidad de la mujer y batas desechables.

Así mismo disponer de material de Información, educación y comunicación, como cartillas, manuales o rotafolios que permitan la entrega de información y comprensión de los procedimientos para la detección temprana del cáncer de mama.

11. DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE PRÓSTATA

11.1 Objetivos

Detectar el cáncer de próstata en estadios tempranos a través de la realización de pruebas de tamización de oportunidad, ajustadas a la edad del hombre.

11.2 Población sujeto

Hombres entre 50 años y 75 años.

11.3 Atenciones incluidas

- Brindar información y educación frente a la toma de las pruebas de tamización y la importancia de reclamar el resultado.
- Realización de tacto rectal.
- Orden de PSA (cuantitativo).
- Gestión y entrega de resultados.
- Registro de información, asignación de próxima cita y remisión a otros servicios o Ruta integral de atención en salud para la población con riesgo o presencia de cáncer de próstata según hallazgos clínicos o factores de riesgo identificados en el paciente.

11.4 Talento humano

Profesional en medicina general entrenado o médico especialista en urología.

11.5 Descripción del procedimiento

Realizar la evaluación clínica e identificación de factores de riesgo y síntomas individuales relacionados con el desarrollo del cáncer de próstata, con el fin de determinar si hay riesgo y/o sospecha de enfermedad y determinar la conducta a seguir (tamización o proceder con el diagnóstico según hallazgos).

Informar los procedimientos a realizar y posible malestar que genera el tacto rectal.

Informar las conductas a seguir según los resultados de las pruebas de tamización.

Entregar a los hombres un carné que incluya: fecha de la tamización, profesional que realiza el procedimiento, información frente a la importancia de regresar por el resultado de su prueba, derechos y deberes en salud.

Registrar en el sistema de información del programa de cáncer de próstata y en los registros administrativos vigentes, el componente de tamización que debe incluir mínimo: fecha de la tamización: fecha del tacto rectal, fecha del informe de la PSA, resultados del tacto rectal, y del PSA.

11.6 Procedimientos de tamización de cáncer de próstata[20]

Hombres entre 50 y 75 años: realizar prueba de tamización de oportunidad mediante la solicitud del antígeno prostático en sangre y el tacto rectal en una frecuencia no inferior a cinco años y previa explicación a la persona de los potenciales riesgos y beneficios; promoviendo una toma de decisiones concertada e informada. Si el tacto rectal se realiza en la consulta de medicina, el PSA se debe realizar 10 días después del tacto rectal.

En hombres de 40 o más años de edad con antecedentes familiares, identificación de factores de riesgo individual o hallazgos clínicos, se debe establecer la clasificación del riesgo de desarrollar cáncer de próstata y concertar la realización de tacto rectal, previa explicación del procedimiento.

Si los resultados de los **dos exámenes son normales**: se comunicarán estos resultados al usuario y se fijarán los controles a seguir.

Si el resultado **del antígeno prostático es anormal**, pero el **tacto rectal es normal** se repetirá un nuevo antígeno prostático en el curso de los siguientes seis meses, si persiste elevado se remitirá y gestionará la consulta con el especialista en urología en un tiempo no mayor a 4 semanas, de acuerdo a lo definido en la Ruta integral de atención en salud para la población con riesgo o presencia de cáncer- cáncer próstata.

Si el resultado **del tacto rectal es anormal**se remitirá y gestionará la consulta con el especialista en urología en un tiempo no mayor a 4 semanas, de acuerdo a lo definido en la ruta integral de atención en salud para la población con riesgo o presencia de cáncer- cáncer próstata.

En pacientes con resultados **anormales** en la biopsia generar una alerta para que se realice la gestión del caso de acuerdo con las intervenciones descritas en la Ruta integral de atención en salud para la población con riesgo o presencia de cáncer- cáncer próstata.

11.6.1 Información para la salud

Durante el procedimiento se debe brindar la siguiente información:

- Factores de riesgo para cáncer de próstata.
- Derechos sexuales y reproductivos.
- Procedimientos de tamización, en especial en la realización del tacto rectal y la necesidad de hacerlo combinado con el PSA cuantitativo.
- Condiciones físicas para la toma del PSA.
- Conductas según resultados de la tamizaciónResultados de las pruebas de tamización son positivas, es necesario realizar pruebas confirmatorias

La realización de las actividades de asesoría, educación e información se debe registrar en la historia clínica y en los registros administrativos vigentes.

[20] Modificado por la Resolución 0276 de 2019.

11.6.2 Plan de cuidado

a. Brindar asesoría sobre el resultado e importancia de continuar el proceso para la confirmación diagnóstica.
b. Registrar en historia clínica el resultado anormal.
c. Registrar resultados y observaciones en el carné.

11.6.3 Gestión para la tamización de cáncer de próstata

Como parte de la gestión a cargo del coordinador de la unidad de tamización en la institución de servicios de salud, se deben realizar las siguientes acciones:

- Garantizar que la oportunidad en el proceso de tamización con PSA (toma, lectura y emisión del informe de resultados) no supere los 15 días calendario, contados a partir del día la toma de la muestra.
- Realizar el seguimiento a la oportunidad en la entrega de los informes de resultados por parte del servicio de laboratorio clínico, generar plan de mejoramiento, cuando la oportunidad exceda los 15 días.
- Recepcionar y verificar los resultados de la PSA.
- Registrar en el sistema de información del programa y en los registros administrativos vigentes: la fecha de toma de la muestra de PSA, la fecha del resultado de la PSA, el resultado de la PSA, la fecha de recepción del informe, los valores de referencia de la prueba según la casa comercial del kit, el valor cuantificado del PSA en mg/d, fecha de la próxima tamización de acuerdo a lo registrado en el resultado. .
- Revisar, interpretar y seleccionar los informes de resultados negativos de PSA.
- Registrar en historia clínica el resultado **normal** de la PSA y anotar la fecha de la siguiente tamización.

11.7 Instrumentos, insumos y dispositivos

Sin perjuicio del cumplimiento de los estándares de habilitación para el Servicio de Laboratorio clínico, consulta de medicina general, medicina familiar, urología o enfermería; el laboratorio clínico debe contar con los insumos para generar el reporte cuantitativo de la PSA.

Así mismo, se debe contar con un espacio que propicie la privacidad del hombre para la realización del tacto rectal, guantes de látex, bata desechable, lubricante de uso médico con o sin anestésico local (vaselina, aceite mineral, lidocaína jalea).

Finalmente, disponer de material de Información, educación y comunicación, como cartillas, manuales o rotafolios que permitan la entrega de información y comprensión de los procedimientos para la detección temprana del cáncer de próstata.

12. DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE COLON Y RECTO

12.1 Objetivos

Detección del cáncer de colon y recto en estadios tempranos a través de la realización de pruebas de tamización poblacional organizada en hombres y mujeres.

12.2 Población sujeto

Hombres y mujeres entre 50 años y 75 años.

12.3 Atenciones incluidas[21]

- Brindar información y educación frente a la toma de las pruebas de tamización y la importancia de reclamar el resultado.
- Orden de test de sangre oculta en materia fecal con inmunoquímica **(**1 muestra) o colonoscopia según disponibilidad.
- Gestión de resultados y entrega de resultados.
- Registro de información
- Registrar en el sistema de información del programa de cáncer de colon y recto y en los registros administrativos vigentes, el componente de tamización que debe incluir mínimo: fecha de la consulta, fecha de la orden las pruebas de tamización, realización y hallazgos de las pruebas de tamización.

12.4 Descripción del procedimiento

Realizar las pruebas de tamización poblacional organizada para la detección temprana del cáncer de colon y recto en hombres y mujeres mayores o iguales a 50 años y en grupos de individuos con factores de riesgo personal y/o familiar para cáncer colorrectal.

Realizar la prueba de tamización según grupo de riesgo así:

Hombres y mujeres iguales o mayores a 50 años: sangre oculta en materia fecal inmunoquímica cada dos años o colonoscopia cada diez años cuando esta se encuentre disponible.

Ante la presencia de factores de riesgo en el individuo, este debe ser derivado a la ruta integral de atención en salud para la población con riesgo o presencia de cáncer – cáncer de colon para que la tamización sea realizada siguiendo las indicaciones allí definidas. Se consideran los siguientes grupos de riesgo:

- Individuos con antecedentes familiares de cáncer de colon y recto no hereditario.

[21] Modificado por la Resolución 0276 de 2019.

- Individuos con antecedentes familiares en primer grado de poliposis adenomatosa. familiar (PAF) clásica con prueba genética positiva o en aquellas familias con criterios clínicos en las que no se ha identificado la mutación causal.
- Individuos con sospecha o antecedente familiar de cáncer de colon y recto no polipósico hereditario.
- Pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal.
- Individuos con antecedentes de pólipos adenomatosos del colon.
- Individuos con antecedentes de pólipos hiperplásicos del colon.

Nota: En aquellos individuos con identificación factores de riesgo individual o hallazgos clínicos, se debe establecer una clasificación del riesgo de desarrollar cáncer de colon y recto en concordancia con los criterios descritos en la Guía de Práctica Clínica para este cáncer y las intervenciones definidas en la Ruta integral de atención en salud para la población con riesgo o presencia de cáncer – cáncer de colon y recto.

En caso de resultados **anormales** de las pruebas de tamización, registrar en historia clínica el resultado, realizar búsqueda activa de los individuos y asignar cita de entrega de resultados con médico general o enfermera profesional entrenada quienes solicitarán la colonoscopia y/o biopsia respectiva.

En pacientes con resultados **anormales** en la colonoscopia y/o biopsia generar una alerta para que se realice la gestión del caso de acuerdo con las intervenciones descritas en la Ruta Integral de Atención Específica de Cáncer de colon y recto

Se debe instruir a los pacientes que ante la presencia de síntomas debe acudir a su servicio de salud para valoración y solicitud de exámenes complementarios.

12.4.1 Información para la salud

Durante el procedimiento se debe brindar la siguiente información:

- Factores de riesgo y síntomas de alarma (pérdida de peso, melenas o sangrado rectal activo, masa abdominal palpable, cambio en el hábito intestinal).
- Consumo de alimentos ricos en fibra como frutas y verduras y granos integrales, evitar el consumo de carnes procesadas o embutidos, practica de actividad física regular.
- Promover el uso de los servicios de salud cada dos años para propiciar la realización de pruebas de tamización poblacional organizada a partir de los 50 años, o antes si existen factores de riesgo o sintomatología para ofrecer las pruebas correspondientes en concordancia con las intervenciones definidas en la Ruta integral de atención en salud para la población con riesgo o presencia de cáncer – cáncer de colon y recto.
- Educar sobre los procedimientos a realizar.
- Conductas según resultados de la tamización.
- Resultados de las pruebas de tamización son positiva es necesario realizar pruebas confirmatorias.

- Importancia de continuar el proceso para la confirmación diagnóstica.

12.4.2 Plan de cuidado

El referente o encargado del programa de tamización o de la unidad de atención de cáncer de colon y recto, debe hacer búsqueda de los resultados de exámenes solicitados y los interpretará definir la conducta a seguir.

Los resultados de exámenes normales se los comunicará a los pacientes, y fijará los controles a seguir.
Con resultados positivos se los comunicará al paciente y gestionará la realización de la colonoscopia, biopsia o consulta con especialista indicado en forma prioritaria, asignándole cita durante la misma visita.

Derivar a la ruta integral de atención en salud para la población con riesgo o presencia de cáncer – cáncer de colon y recto para proceder de acuerdo con los resultados de las pruebas diagnósticas con el tratamiento requerido considerando las intervenciones descritas en la mencionada RIAS.

12.4.3 Gestión para la tamización de cáncer de colon y recto

Como parte de la gestión a cargo del coordinador de la unidad de tamización en la institución de servicios de salud, se deben realizar las siguientes acciones:

- Garantizar que la oportunidad en el proceso de tamización (toma, lectura y emisión del informe de resultados) no supere los 15 días calendario, contados a partir del día la toma de la muestra.
- Realizar el seguimiento a la oportunidad en la entrega de los informes de resultados por parte del servicio de laboratorio clínico y de colonoscopia; generar plan de mejoramiento, cuando la oportunidad exceda los 15 días.
- Recepcionar y verificar los resultados de las pruebas de tamización que fueron realizadas.
- Registrar en el sistema de información del programa: la fecha de toma del test de sangre oculta en materia fecal o la colonoscopia, la fecha del resultado de las pruebas realizadas, el resultado de las pruebas realizadas, la fecha de recepción del informe, los Valores de referencia de la prueba según la casa comercial del kit, la fecha de la próxima tamización de acuerdo a lo registrado en el resultado.
- Revisar, interpretar y seleccionar los informes de **resultados negativos o normales** de las pruebas de tamización y anotar la fecha del siguiente examen. En este caso informar a la persona, brindar pautas de cuidado y definir fecha de la nueva tamización.

12.5 Instrumentos, insumos y dispositivos

Sin perjuicio del cumplimiento de los estándares de habilitación para el Servicio de Laboratorio clínico, endoscopia digestiva, consulta de medicina general, medicina familiar o gastroenterología; el laboratorio clínico debe realizar la técnica de inmunoquímica para el procesamiento de la muestra de materia fecal.

Así mismo, se debe contar con material de Información, educación y comunicación, como cartillas, manuales o rotafolios que permitan la entrega de información y comprensión de los procedimientos para la detección temprana del cáncer de colon y recto.

13. ATENCIÓN PARA LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y LA ANTICONCEPCIÓN

13.1 Objetivos

- Brindar a las mujeres, hombres y sus parejas asesoría, información, y educación para el logro de una elección informada del método anticonceptivo que más se ajuste a sus necesidades y preferencias.
- Asegurar la provisión efectiva de los métodos anticonceptivos de elección de la mujer, el hombre o la pareja, dentro de la consulta o en el menor tiempo posible posterior a la misma, para garantizar el ejercicio pleno y autónomo de sus derechos sexuales y reproductivos.
- Responder a las necesidades diferenciadas de mujeres y hombres de acuerdo a sus necesidades y preferencias.
- Contribuir a la reducción de la inequidad reproductiva, en situaciones especiales como el embarazo no planeado, especialmente en adolescentes, embarazos de alto riesgo, mujeres después de los 40 años, mujeres con discapacidad, personas con riesgo o portadoras de una infección de transmisión sexual y VIH.
- Promover el bienestar y desarrollo social de la población, promoviendo la paternidad y maternidad intencionada y responsable.
- Cumplir con los criterios de calidad y seguridad clínica en la provisión de los métodos anticonceptivos.
- Espaciar los periodos intergenésicos y disminuir la morbi-mortalidad materna e infantil y reducción del aborto inseguro, mediante el acceso a provisión efectiva de anticoncepción en el post evento obstétrico antes de las 48 horas post parto o post aborto, o antes del alta hospitalaria.
- Incentivar la participación de los hombres en la prevención de los embarazos no deseados.

13.2 Población sujeto

Mujeres y hombres en edad fértil, quienes desean iniciar un método anticonceptivo, incluye aquellos que tienen intención de iniciar relaciones sexuales penetrativas. Se puede acceder a esta consulta por demanda espontanea o derivada(o) de otra atención.

13.3 Atenciones incluidas

Este procedimiento incluye las siguientes atenciones:

- Atención en salud para la asesoría en anticoncepción.
- Elección y suministro de métodos anticonceptivos.
- Atención en salud para la asesoría en anticoncepción – Control.

13.4 Talento humano

Esta atención se realizará por profesional de enfermería, medicina general, medicina familiar o ginecología, según lo definido en el esquema de intervenciones/atenciones en salud individuales por momento de curso de vida, el talento humano debe contar con conocimientos sobre el uso, formulación y procedimientos, del método seleccionado por la persona, luego del proceso de elección libre e informado y aplicación de métodos anticonceptivos según normatividad y criterios de elegibilidad de la OMS vigentes, sensibilizados, con habilidades comunicativas y entrenados para abordar los diferentes tópicos de la sexualidad, la salud sexual y la salud reproductiva, desde la perspectiva de derechos.

El profesional de enfermería podrá realizar los procedimientos y ordenar los medicamentos, insumos, dispositivos y otros procedimientos de acuerdo con lo definido en esta intervención/atención.

13.5 Descripción del procedimiento

Esta atención se debe desarrollar en un lugar que garantice la privacidad, y generar un ambiente de confianza, calidez y empatía, hacer uso de un lenguaje sencillo y claro, evitando actitudes autoritarias, paternalistas, hostiles o de crítica, para que las personas puedan escoger el método que les parezca más conveniente para sí mismos. En el caso de las y los adolescentes, pueden asistir solos o con un acompañante si él o ella lo prefieren.

La asesoría es un proceso de comunicación interpersonal y directa, mediante la cual un miembro del equipo de salud orienta, asesora y apoya a otra persona o pareja, a identificar sus necesidades, a tomar decisiones informadas, libres, responsables y voluntarias acerca de su(s) vida(s) reproductiva(s). La asesoría debe brindar información clara y precisa en anticoncepción, además permitir aclarar/resolver las dudas y preocupaciones de la persona y/o la pareja que se atiende, con el fin de facilitar una elección libre e informada, acorde a las necesidades individuales, por lo cual debe contener como mínimo los siguientes elementos:

- Enmarcar la anticoncepción dentro de los derechos en salud sexual y salud reproductiva, informar a la persona, sobre su derecho a la autonomía reproductiva (decidir la cantidad, intervalo y el momento oportuno tener hijos o no, y los medios para lograrlo, su derecho a la información, la libertad de decidir, la privacidad, la vida libre de daño, la igualdad y la justicia sanitaria.
- Indagar sobre las opciones frente a la posibilidad de un embarazo y planes de vida.
- Indagar sobre requerimientos anticonceptivos de la persona, con base a su necesidad, lo que espera de un método anticonceptivo, tiempo de duración, uso previo de métodos anticonceptivos y dirigir la asesoría de acuerdo a necesidades y expectativas.
- Indagar los antecedentes médicos, familiares, psicosociales, laborales, ginecológicos, obstétricos y el uso actual de métodos de anticoncepción (Tipo de método, tiempo de duración, satisfacción con el mismo, efectos secundarios y su manejo, quién lo indico y prescribió, último control de anticoncepción y la razón de preferencia de dicho método o razones de discontinuación de métodos

anticonceptivos. Esta indagación debe hacerse especialmente para la consulta de control.
- Valorar el ejercicio de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos – DSDR.
- Brindar información acerca del sistema reproductivo.
- Brindar información sobre todos los métodos anticonceptivos elegibles, sin omitir ninguno; (Incluye mecanismo de acción, efectividad, duración, modo de uso, efectos secundarios y beneficios; despejar dudas sobre mitos frente al uso de anticonceptivos, razones de discontinuación del método y posibles barreras de acceso a los diferentes métodos), ofertar con especial énfasis los métodos de larga duración reversibles (implante hormonal y dispositivos intrauterinos).
- Acompañamiento en elección informada y voluntaria del método más adecuado, de acuerdo con los elementos brindados en la asesoría.
- Realizar el examen de acuerdo con los procedimientos seleccionados por la OMS para proveer métodos anticonceptivos22.

Para el caso de menores de 14 años que hayan iniciado relaciones sexuales penetrativas, se debe brindar la asesoría y consulta anticonceptiva, iniciar el método seleccionado, y activar ruta de atención de violencia sexual, cumplir con las responsabilidades que impone la Ley, de la protección de las personas víctimas de delitos sexuales e informar a las autoridades competentes; en ningún caso limita o modifica la atención en salud que debe entregarse a la usuaria.

13.5.1 Elección y suministro de métodos anticonceptivos

De acuerdo con los hallazgos y teniendo como guía los criterios de elegibilidad para iniciar anticonceptivos y los procedimientos seleccionados para proveer métodos de planificación familiar, se debe entregar el método seleccionado y orientar e informar a la persona sobre:
- Signos de alarma por los que debe consultar.
- Importancia de los controles y su frecuencia: las usuarias(os) deben ser informados sobre la importancia de asistir a consulta para sus controles periódicos, en caso de complicaciones o cuando se requiera cambio del método temporal.
- Prevención de ITS (uso de condón como método de protección adicional).

A continuación se relacionan los métodos de anticoncepción a los que pueden acceder las personas:

13.5.1.1 Métodos de anticoncepción

Son métodos o procedimientos que evitan o previenen los embarazos en mujeres o parejas sexualmente activas. Existen diferentes tipos de anticonceptivos en el mundo, los cuales se diferencian en el mecanismo de acción, principio activo, tiempo de duración, vía de administración, formas de uso, y eficacia. Los métodos anticonceptivos se dividen en hormonales y no hormonales; entre los no

[22] Fuente: Wolrd Health Organization Selected practice recommendations for contraceptives use. Third edition 2016.

hormonales se encuentran los reversibles, irreversibles, de barrera, amenorrea de lactancia y abstinencia periódica.

La eficacia de los métodos anticonceptivos (Cuadro 1.) se evalúa durante el uso perfecto o ideal, en donde los embarazos ocurridos durante el uso correcto y consistente del método son atribuibles a falla intrínseca del método, y el uso habitual o típico, que incluye todos los embarazos que se producen durante su uso y que se pueden atribuir al uso incorrecto, uso no sistemático, y fallas técnicas del método. Esta eficacia en general se expresa en el número de embarazos que se producen en 100 mujeres durante un año de uso del método anticonceptivo.

Cuadro 1. Porcentaje de mujeres que tienen un embarazo no deseado durante el primer año de uso de un método anticonceptivo.

MÉTODO ANTICONCEPTIVO	% DE EMBARAZOS EN EL PRIMER AÑO (ÍNDICE DE PEARL)		% DE MUJERES QUE CONTINÚAN USÁNDOLO UN AÑO DESPUÉS
	USO HABITUAL O TÍPICO	USO PERFECTO	
DIU COBRE	0.8	0,6	78
Sistema Intrauterino con Levonorgestrel	0.1	0.1	81
Implantes progestágenos	0.05	0.05	84
Esterilización femenina	0.5	0.5	100
Esterilización masculina	0.15	0.10	100
Progestágenos inyectables	3	0.3	56
Inyectable combinado	3	0.05	56
Anticonceptivos orales combinados	8	0.3	68
Anillo vaginal	8	0,3	68
Parche transdérmico	8	0,3	68
Condón Masculino	15	2	53
Condón Femenino	21	5	49
Diafragma (con espermicida)	16	6	57
Abstinencia Periódica	24	1-9	51
Coito interrumpido	27	4	43
Sin método	85	85	NA

0-1 Muy efectivo 2-9 Efectivo 10-30 Algo Efectivo

Fuente: Sociedad Española de Contracepción. Documentación del grupo de revisión bibliográfica. Protocolos de Anticoncepción. Capítulo 4.

La seguridad de los métodos anticonceptivos se basa en los criterios de elegibilidad de la Organización Mundial de la Salud, que resumió en un documento final[23] las recomendaciones principales en las siguientes categorías:

[23] Grupo de Trabajo de la OMS reunido en Ginebra los días 21-24 de octubre de 2003 [1] y ratificado en actualización de 2015.

Categoría 1	Una condición para la que no hay ninguna restricción en el uso del método anticonceptivo.
Categoría 2	Una condición donde las ventajas de usar el método pesan más que los riesgos teóricos o probados.
Categoría 3	Una condición donde los riesgos teóricos o probados normalmente pesan más que las ventajas de usar el método.
Categoría 4	Una condición que representa un riesgo de salud inaceptable si el método anticonceptivo se usa.

En el caso de métodos permanentes, ninguna condición médica descarta la opción de realizarse una vasectomía o una esterilización femenina. Algunas condiciones o afecciones pueden requerir que se aplace el procedimiento o que se efectúe con precaución bajo ciertas condiciones.

El mejor método anticonceptivo será el que se elija después de una verdadera elección informada, por lo tanto, se debe garantizar que las personas, una vez hayan elegido el método que se ajusta a sus necesidades, entiendan adecuadamente su uso, conozcan en qué situaciones se considera se está haciendo un uso incorrecto y cuáles son las medidas para lograr la efectividad y la adherencia buscadas.

A continuación se presentan los anticonceptivos disponibles:

Anticonceptivos de solo progestágeno

La mayoría de las mujeres pueden usar con seguridad los anticonceptivos de sólo progestágeno, son altamente efectivos y reversibles. (Cuadro 1).

Mecanismo de acción: Inhibición de la ovulación, modifican el moco del cuello del útero, que lo hace más espeso y con ello se hace más difícil el paso de los espermatozoides.

Indicación: Tiene los mismos usos que los anticonceptivos orales combinados en mujer con ciclos menstruales o amenorrea diferente al post parto y post aborto.

- En post parto (lactancia materna)
    - Menos de 6 semanas después del parto: Generalmente se puede insertar un implante (categoría MEC 2).
    - De 6 semanas a 6 meses después del parto y amenorrea: Se puede insertar un implante. Si la mujer está amamantando completa o casi completamente, no se necesita protección anticonceptiva adicional.
    - Más de 6 semanas después del parto y los ciclos menstruales han regresado: El implante se puede insertar como se recomienda para otras mujeres que tienen ciclos menstruales.

- En postparto (no lactancia materna)
    - Menos de 21 días después del parto: Se puede insertar un implante (categoría MEC 1). No se necesita protección anticonceptiva adicional.

Es altamente improbable que una mujer ovule y esté en riesgo de embarazo durante los primeros 21 días posparto.

Inicio del método: se pueden iniciar dentro de los siete (7) días posteriores al inicio del sangrado menstrual, y no necesita protección anticonceptiva adicional. Cuando han transcurrido más de siete (7) días puede administrarse si se está razonablemente seguro de que la mujer no está embarazada. Se recomienda abstenerse de tener relaciones sexuales o usar protección anticonceptiva adicional (condón masculino o femenino) durante los próximos siete (7) días al inicio.

Entre los anticonceptivos de solo progestágeno (APS) se incluyen los siguientes:

1. Implantes de sólo progestágeno

La vía de administración del implante es subdérmico. Se deben dar instrucciones a las usuarias luego de la aplicación. Los tipos de implantes disponibles son:

2. Progestágeno inyectable de depósito

Se encuentra disponible en Colombia, el Acetato de Medroxiprogesterona de depósito de 150 mg para uso intra muscular; cada 3 meses y puede aplicarse hasta con 4 semanas de retraso para inyección repetida sin necesidad de protección anticonceptiva adicional: si se está razonablemente seguro de que no está embarazada. Tendrá que abstenerse de tener relaciones sexuales o usar protección anticonceptiva adicional durante los próximos 7 días. A diferencia de los demás anticonceptivos hormonales de sólo progestágeno, en las primeras 6 semanas post parto inmediato en mujer lactante la OMS lo considera categoría 3 pero en criterios de elegibilidad médica de anticonceptivos de CDC de Atlanta, está en categoría 2; el profesional de la salud, en razón a las condiciones de acceso a consulta de anticoncepción y entrega de método anticonceptivo post parto, deberá entregar este tipo de método, si considera que la usuaria está en riesgo de no iniciar método en el primer año post parto. A las 6 semanas post parto a 6 meses post parto y amenorrea en mujer lactante se puede administrar la primera inyección de PID en cualquier momento y no se necesita protección anticonceptiva adicional. En mujer post parto no lactante menos de 21 días, se puede administrar la primera inyección y no necesita protección anticonceptiva adicional.

3. Píldoras de sólo progestágeno

Tienen mecanismo de acción y usos similares a los implantes de sólo progestágeno.

En mujeres con ciclo menstruales es dentro de los 5 días posteriores al inicio del sangrado menstrual. Más de 5 días desde el inicio del sangrado menstrual pueden iniciarse si es razonablemente seguro que la mujer no está embarazada. Se recomienda abstenerse de tener relaciones sexuales o usar protección anticonceptiva adicional durante los próximos 2 días. Si falta tomar una píldora o más píldoras por más de 3 horas la mujer debe tomar 1 píldora tan pronto como sea posible y luego tomarlas diariamente a la misma hora cada día. También se

recomienda abstenerse de tener relaciones sexuales o usar protección anticonceptiva adicional durante los próximos 2 días. Tal vez se deba considerar el uso de anticonceptivos de emergencia, si es apropiado.

Dispositivos intrauterinos

Son métodos reversibles de larga duración, altamente eficaces y costo efectivos para todas las mujeres en edad fértil incluso en mujeres nulíparas y adolescentes (CME2).

Actualmente el dispositivo intrauterino disponible en la RPMS es el DIU Cobre (DIU-Cu).

1. DIU T de Cobre (Tcu)

Es un método anticonceptivo reversible de alta eficacia, y seguridad, no depende de la usuaria, y no hay fallos por uso incorrecto (Cuadro 1) Las tasas de expulsiones oscilan entre 2,4 y 8,2%[24] Existen diferentes tipos de Dispositivos intrauterinos T Cu, el más usado en Colombia es el DIU T Cu380, que es el que tiene evidencia de mayor eficacia y más larga duración (10 a 12 años).

Mecanismo de acción: En los DIUs liberadores de cobre participan diversos mecanismos así como cuerpo extraño produce reacción inflamatoria local, perceptible en el líquido y las paredes de la cavidad uterina, que está aumentada por la presencia del cobre, el cual alcanza concentraciones elevadas en fluidos intrauterinos y en todo el tracto genital femenino, lo cual ejerce una acción tóxica para los espermatozoides y oocitos, lo que afecta la función y viabilidad de los gametos. Su efecto demuestra una relación dosis-dependiente, a mayor carga de cobre mayor eficacia anticonceptiva durante más tiempo. El uso del DIU de cobre no altera la fertilidad de las mujeres. En el primer año después del retiro, 80 de 100 mujeres pueden embarazarse.

Indicación: La inserción del DIU puede hacerse en mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método anticonceptivo temporal de alta efectividad y seguridad, que no deseen la toma o aplicación periódica de anticonceptivos hormonales en las siguientes circunstancias:

- Antes del primer embarazo.
- En el intervalo intergenésico.
- En el posparto, trans y poscesárea, con o sin lactancia, se puede insertar un DIU-Cu dentro de las primeras 48 horas después del parto, incluso

[24] Martínez Benavides M, Navalón Bonal Z, Labrador Baena R. Protocolos SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia)/SEC (Sociedad Española de Contracepción). Anticoncepción intrauterina. Disponible en: http://sec.es/descargas/PS_Anticoncepcion_intrauterina.pdf

inmediatamente después de retirar la placenta y antes de cerrar el útero en caso de cesárea. Entre 48 horas y 4 semanas después del parto no es recomendable insertar un DIU-Cu (Categoría 3 CME). 4 o más semanas después del parto y amenorrea en mujer con lactancia, se puede insertar un DIU Cu si se está razonablemente seguro de que la mujer no está embarazada. No se necesita protección anticonceptiva adicional. Si la mujer no está en lactancia materna, se puede insertar un DIU-Cu si se puede determinar que la mujer no está embarazada. No se necesita protección anticonceptiva adicional.

- En el posaborto. Se puede insertar un DIU-Cu inmediatamente después de un aborto en el primer trimestre, (Categoría 1 CME), en abortos de segundo trimestre generalmente se puede insertar un DIU de Cu. No debe insertarse inmediatamente después de un aborto séptico (Categoría 4 CME).

Inicio del método: En mujeres con ciclos menstruales, se puede insertar un DIU-Cu dentro de los 12 días posteriores al inicio del sangrado menstrual, en la conveniencia de la mujer, no sólo durante la menstruación. Sin anticonceptivos adicionales. Más de 12 días desde el inicio del sangrado menstrual se puede insertar un DIU-Cu a conveniencia de la mujer si se está razonablemente seguro de que no está embarazada. No se necesita protección anticonceptiva adicional.

Vía de administración: El DIU-Cu, debe ser administrado en la cavidad uterina. El examen físico, debe incluir palpación bimanual, visualización del cuello uterino con espéculo en condiciones de asepsia, inserción sin contacto (técnica de “no tocar”). (No permitir que el DIU toque una superficie no esterilizada). Explicar a la usuaria cada etapa del procedimiento, las molestias que puede presentar y enseñarle el DIU que se va a insertar. En mujeres asintomáticas, no se requiere detección de rutina de microorganismos en el tracto genital inferior previa a la inserción. Se deben dar instrucciones a las usuarias luego de la aplicación. En casos de elevado riesgo de ITS, es recomendable esperar tener una prueba fiable que descarte la infección y si no se dispone de ella, tratar profilácticamente en poblaciones con alta prevalencia de ITS. El embarazo y la sepsis puerperal son contraindicación absoluta (CME4) para la inserción de un DIU-Cu.

Extracción: El DIU-Cu, puede ser retirado en cualquier momento del ciclo, siempre que la mujer lo desee, realizar indagación de las razones, para resolver mitos infundados; se debe retirar en caso de infección pélvica que no responde al tratamiento antibiótico, perforación uterina, cáncer cervical, o de endometrio, expulsión parcial, sangrados excesivos que pongan en riesgo la salud de la mujer, o al terminar su periodo de vida útil. En caso de menopausia, se recomienda retirarlo un año después. Se debe advertir que el retorno a la fertilidad es inmediato, por lo que debe usar otro método anticonceptivo u otro DIU, en caso de no desear un embarazo.

Efectos secundarios: En general, el DIU es bien tolerado por la mayoría de las usuarias. Los efectos colaterales son poco frecuente, generalmente limitados a los primeros meses posteriores a la inserción y pueden manifestarse como: dolor pélvico durante el período menstrual, aumento de la cantidad y duración del sangrado menstrual que puede manejarse con antiinflamarios no esteroideos.

Es importante informar a la usuaria que el DIU puede ser expulsado espontáneamente durante la menstruación, enseñar a revisar los hilos, y recomendar que acuda al servicio de salud si tiene los siguientes signos de alarma: Fiebre o escalofríos, dolor o sensibilidad pélvica, flujo vaginal purulento o sangrado vaginal anormal excesivo. Se debe recalcar la importancia de acudir a las consultas de control y el uso de condón para prevenir ITS.

Anticonceptivos hormonales combinados

Se refieren a los productos anticonceptivos reversibles de corta duración, que contienen un estrógeno combinado con un progestágeno. Las presentaciones y concentraciones que existen son las siguientes:

1. Anticonceptivos orales combinados (ACO)

Son los anticonceptivos que contienen un estrógeno y un progestágeno o progestina, en dosis variable, de acuerdo con los principios activos. Existen dos tipos de ACO, los monofásicos (son la mayoría), en los que el contenido de estrógeno y progestágeno es igual en todas las píldoras. Los más usados y evaluados, son los que contienen levonorgestrel 150 mcg y etinilestradiol 30mcg. Otros progestágenos usados además del levonorgestrel como el linestrenol, desogestrel, gestodeno, norgestimato, acetato de cormadinona, drosperinona (moléculas no incluidas en el plan de beneficios actual), y etinilestradiol. En más bajas dosis, tienen menor evaluación y los multifásicos, contienen distintas concentraciones de los esteroides durante los 21 días de administración y no hay evidencia que sean mejores, o más seguros que los monofásicos y son en general de mayor costo. Los ACO, en general son efectivos y depende del uso.

Mecanismo de acción: Protege contra el embarazo principalmente al inhibir la ovulación y ocasionar cambios en el moco cervical.

Entre los efectos benéficos descritos, se encuentra reducción importante del riesgo de cáncer de endometrio, y de ovario, del embarazo ectópico, reducción y regulación de sangrados uterinos, alivio de la dismenorrea y síntomas premenstruales; disminución de riesgo de presentar quistes de ovario funcionales entre otros.

Indicación: Según criterios médicos de elegibilidad de la OMS

- Antes del primer embarazo.
- En el período intergenésico.
- En postaborto inmediato. No se necesita protección anticonceptiva adicional.
- En posparto o pos cesárea en mujer lactante, se pueden iniciar anticonceptivos hormonales orales combinados 6 meses después del parto.
- En post parto o post cesárea en mujer no lactante, se pueden usar anticonceptivos orales combinados 21 días o más después del parto, en el caso de las mujeres sin otros factores de riesgo de tromboembolismo venoso.

Inicio del método: Dentro de los 5 días posteriores al inicio del sangrado menstrual. No necesita ninguna protección anticonceptiva adicional. Más de 5 días, desde el inicio del sangrado menstrual, se puede iniciar si se está

razonablemente seguro de que no está embarazada, se recomienda abstenerse de tener relaciones sexuales o usar protección anticonceptiva adicional (condón masculino o femenino o anticoncepción de emergencia) durante los próximos 7 días.

La mujer debe tomar la píldora vía oral, de preferencia a la misma hora todos los días, durante 21 días y comenzar un nuevo blíster 7 días después, periodo en el cual generalmente presentará sangrado uterino. Las presentaciones de 28 píldoras, 7 son placebo, y permiten la ingesta continua, lo que disminuye la posibilidad de olvido o retraso en el inicio de nuevo envase. Es importante que se dispense al menos 3 meses continuos de protección anticonceptiva, para que se no se postergue el inicio de nueva caja, se genere adherencia al método y se disminuya el riesgo de embarazo.

Efectos secundarios menores: algunas mujeres pueden presentar cefalea, náuseas, vómitos, mareo, aumento de peso, acné, mastalgia, edema, flujo vaginal inespecífico y tensión premenstrual. Puede presentarse cloasma, manchado intermenstrual, irritabilidad, disminución de la libido y ánimo depresivo.

Efectos secundarios severos: Enfermedades del sistema circulatorio: De muy rara presentación en mujeres jóvenes. En mujeres mayores de 40 años, el uso de ACO tiene asociación con mayor riesgo de enfermedades del sistema circulatorio, cuando se suman otros factores de riesgo, como hipertensión y uso de cigarrillo. Cáncer de Mama: Las usuarias de ACO con 30 o más mcg de etinilestradiol tienen un riesgo bajo pero estadísticamente significativo de aumento de riesgo de cáncer de mama (RR 1,2), que disminuye paulatinamente al suspender el uso.

2. Parche anticonceptivo combinado

Sistema anticonceptivo transdérmico, libera 20 mcg de etinilestradiol y 150 mcg de norelgestromin al día, El mecanismo de acción, indicación, inicio del método, efectividad y efectos secundarios es similar a los anticonceptivos orales combinados.

Vía de administración: Es dérmica, debe aplicarse en piel sana, intacta, limpia seca y sin vello, (glúteos, abdomen, porción superior externa del brazo o en la parte superior del torso). En un lugar que no roce la ropa apretada. Se coloca un parche semanal por 3 semanas, seguidas de 1 semana sin parche, en un lugar diferente, con las mismas indicaciones de uso que los anticonceptivos orales combinados.

3. Anillo vaginal combinado

Es un anillo flexible, que libera 15 mcg de etinil estradiol y 120 mcg de etonorgestrel al día. El mecanismo de acción, indicación, inicio del método, efectividad y efectos secundarios es similar a los anticonceptivos orales combinados, este método es el que contiene menor dosis de estrógenos y mejor control del ciclo menstrual.

Vía de administración: Es vaginal (doblar el anillo entre los dedos e introducir profundamente en la vagina). Se debe colocar un anillo para tres semanas de uso continuo, se debe retirar durante 7 días y se introduce nuevamente.

4. Anticonceptivos inyectables combinados (AIC)

Anticonceptivos que contienen una combinación de un estrógeno y un progestágeno. En Colombia se encuentran disponibles dos presentaciones: Acetofenido dihidroprogesterona y enantato de estradiol (Perlutal, Synovular) acetato de medroxiprogesterona y cipionato de estradiol (Cyclofem, Femelin o Novafem) y enantato de noretisterona y valeraniato de estradiol (Mesigyna, Nofertyl)

El mecanismo de acción, la indicación, la efectividad y los efectos adversos son similar a los anticonceptivos orales combinados excepto el sangrado menstrual, que suele ser más irregular.

Inicio del método: Dentro de los 7 días posteriores al inicio del sangrado menstrual, y no necesita protección anticonceptiva adicional. Más de 7 días después del sangrado puede administrarse si se está razonablemente seguro que la mujer no está embarazada. Se recomienda abstenerse de tener relaciones sexuales o usar protección anticonceptiva adicional (condón masculino o femenino) durante los próximos 7 días.

Vía de administración: Intramuscular profunda, con intervalos de cada cuatro semanas. El sangrado ocurre alrededor de 15 días después de la primera inyección. Se debe informar a la mujer que la fecha del sangrado no determina la fecha de la nueva inyección sino la fecha de la administración.

Anticoncepción de emergencia

La anticoncepción de emergencia (AE), o anticoncepción postcoital, son métodos de anticoncepción que pueden usarse para prevenir el embarazo en los primeros 5 días después del coito. Están diseñados para el uso de emergencia después de relaciones sexuales voluntarias sin uso de método anticonceptivo, fracaso o uso indebido de anticonceptivos (como píldoras olvidadas, ruptura o deslizamiento de condón, expulsión de DIU, relaciones sexuales en periodo fértil, falla del retiro), violación o sexo forzado.

Existen disponibles cuatro (4) métodos anticonceptivos de emergencia: el dispositivo intrauterino de cobre (Cu-DIU) para AE y tres tipos diferentes de píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE): acetato de ulipristal, levonorgestrel y combinadas de estrógeno-progestágeno:

1. **Los DIU de cobre (Cu-DIU) para la AE:** El Cu-DIU es un método AE efectivo que reduce el riesgo de embarazo en más del 99% si se inserta dentro de las 120 horas posteriores al coito, después de relaciones sexuales sin protección.

2. **Píldoras anticonceptivas de emergencia de Levonorgestrel:** Se recomienda dosis única 1,50 mg (dos comprimidos de 0,75 mg o uno de 1,50) causa menos náuseas y vómitos que las PAE combinadas.

3. **Acetato de ulipristal:** Se recomienda dosis única 1 tableta de 30mg. El acetato de ulipristal, puede ser más efectivo que las otras opciones entre las 72 horas y 120 horas después de la relación sexual sin protección. Causa menos náuseas y vómitos que las PAE combinadas. En caso de vómito dentro de las primeras 3 horas después de tomar la dosis de ulipristal se recomienda tomar otra dosis tan pronto sea posible. Después de administrar acetato de ulipristal la mujer puede iniciar cualquier método que contenga progestágeno al sexto día después de tomar el ulipristal.

4. **Píldoras anticonceptivas combinadas de estrógeno-progestágeno:** Se recomienda dosis dividida de 100 microgramos de etinilestradiol + 0,50 mg de levonorgestrel cada 12 horas.

Cualquiera de las cuatro opciones, son seguras de usar para la mayoría de las mujeres. La efectividad de cada método varía de acuerdo con las circunstancias individuales, incluyendo el tipo de AE elegido, el día del ciclo menstrual y el tiempo transcurrido entre la relación sexual sin protección y el inicio de las píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE). Cuando las PAE se usan dentro de las 120 horas la tasa estimada de embarazos es de 1,1% a 1,3% para levonorgestrel y alrededor de 3,2% es decir previene alrededor del 85% de los embarazos estimados. Además, la eficacia de las PAE puede reducirse con actos adicionales de coito sin protección en el mismo ciclo, el uso de otros medicamentos (por ejemplo, los inductores enzimáticos del citocromo P450 3A4 [CYP 3A4]) y un mayor peso corporal o índice de masa corporal (IMC) -7).

Indicación: Idealmente los tres tipos de PAE deben tomarse tan pronto como sea posible después del coito sin protección, dentro de las 120 horas. Son más efectivas en las primeras 72 horas, siguen siendo eficaces hasta las 120 horas, pero su eficacia va disminuyendo con el tiempo. Las más efectivas son las de acetato de ullipristal, seguidas de las de Levonorgestrel y finalmente las menos eficaces las combinadas.

El suministro de la Anticoncepción de Emergencia debe ser acompañado de una asesoría en anticoncepción de calidad para promover el uso correcto y consistente de un método regular, ajustado a las necesidades de la usuaria y debe estar disponible para entregar a todas las mujeres en edad fértil sexualmente activas tan pronto como sea posible después de relaciones sexuales sin protección. Después del uso de las PAE de levonogestrel y combinadas, se puede iniciar cualquier método anticonceptivo inmediatamente incluyendo el DIU-Cu. Si regresa después se puede iniciar cualquier método de acuerdo con sus indicaciones de uso, si se está razonablemente seguro que la mujer no está embarazada y realizar prueba de embarazo si no se produce sangrado durante las 3 semanas siguientes. Aunque el uso repetido no es aconsejable porque las PAE son menos efectivas que los métodos anticonceptivos de uso regular, por criterios médicos de elegibilidad no existen razones que impidan usarla nuevamente.

Métodos de días estándar

El Método de Días Estándar (MDE), es un método basado en el conocimiento de la fertilidad (FAB). Los métodos FAB, que también incluyen el método de ovulación, el método de dos días y el método sintotérmico, pueden usarse en combinación con métodos de abstinencia o barrera durante el tiempo fértil. Específicamente, con SDM, una mujer con un ciclo regular de 26-32 días de duración debe evitar relaciones sexuales sin protección en los días de ciclo 8-19.

Las mujeres con condiciones que hacen que el embarazo sea un riesgo inaceptable deben ser advertidas que la MDE para la prevención del embarazo puede no ser apropiada debido a las tasas relativamente más altas de fracaso de uso típico.

Para ayudar a determinar si las mujeres con ciertas condiciones o características médicas pueden usar con seguridad tenga en cuenta lo siguiente:

- Iniciación de MDE.
- Provisión inicial de MDE para mujeres cuyos ciclos menstruales están dentro del rango de 26-32 días se debe proveer otro método anticonceptivo para la protección en los días 8-19 si la mujer lo desea. Dar suministros por adelantado.
- Los usuarios de MDE que tienen relaciones sexuales sin protección entre los días 8-19, debe considerarse el uso de anticonceptivos de emergencia, si es apropiado.
- El uso de MDE en mujeres que tienen dos o más ciclos fuera del rango de 26-32 días, dentro de un año de uso debe advertirse a la mujer que el método puede no ser apropiado debido a un mayor riesgo de embarazo y recomendar otro método.
- La probabilidad de embarazo aumenta cuando el ciclo menstrual está fuera del intervalo de 26 a 32 días, incluso si se evita el coito sin protección entre los días 8-19.

Método de amenorrea por lactancia materna

Es un método anticonceptivo usado en los primeros seis (6) meses pos parto, por mujeres que están con lactancia exclusiva y en amenorrea. Es el único método considerado natural porque en el pos parto y durante el período de lactancia, la mujer tiene en forma natural un período de infertilidad que puede durar entre 2 meses y 2 años o más.

Indicación: siempre y cuando se garantice las siguientes condiciones:

- Amamantar exclusivamente.
- Estar en amenorrea hasta los seis (6) meses de edad del hijo.

En estas condiciones la tasa de fallas es de 2 embarazos por cada 100 mujeres.

Retiro (coito interrumpido)

Consiste en retirar el pene de la vagina antes de la eyaculación y eyacular fuera de esta, cerciorándose de que el semen no entre en contacto con los genitales externos. Esto se realiza con el fin de impedir que el esperma entre en la vagina. La efectividad de este método si se usa de manera perfecta es del 96%, (de forma correcta y sostenida), con el uso típico la efectividad es de 73% (Trussell, 2009). El retiro o coito interrumpido, es uno de los métodos menos eficaces, porque a veces es difícil determinar correctamente cuando hay que retirar el pene lo que puede provocar que se eyacule estando este aún dentro de la vagina y adicionalmente se pueden encontrar espermatozoides en el líquido pre eyaculatorio. No protege de ITS/VIH.

Condón masculino[25]

El condón masculino de látex es efectivo como método de doble protección para la prevención de embarazos y de ITS - VIH si se usa de manera continua, correcta y consistente. Su efectividad para prevenir embarazos no planeados si se realiza un uso perfecto es de 98%, y con el uso habitual disminuye la efectividad al 82% es decir, la tasa de falla de 18%. Está contraindicado en personas alérgicas al látex.

Indicación:

- Hombres y mujeres en edad fértil sexualmente activos de manera individual o en pareja, para prevenir embarazos no planeados.
- Parejas sexualmente activas con diagnóstico confirmado de VIH al menos en uno de sus miembros.
- Parejas sexualmente activas con diagnóstico confirmado de Hepatitis B o hepatitis C al menos en uno de sus miembros.
- Parejas sexualmente activas con diagnóstico y tratamiento de ITS.

Se suministrarán de acuerdo a lo indicado en la consulta de planificación familiar o de consejería. Para tal efecto deben estar disponibles en toda la red prestadora de servicios de salud.

Métodos permanentes quirúrgicos

El acceso a procedimientos de esterilización quirúrgica femenina y masculina, deben estar disponibles sin barreras de acceso y oportunos.

1. Esterilización quirúrgica masculina

Técnica realizada por profesional en medicina especialista en urología, previa consejería, elección informada, consentimiento informado, valoración del usuario y de acuerdo a los procedimientos seleccionados y criterios de elegibilidad. Se deben entregar instrucciones postoperatorias y proporcionar métodos de barrera durante los primeros tres meses post-procedimiento, por ser el tiempo requerido para que el recuento espermático sea negativo. El usuario debe recibir información y consejería clara y apropiada[26].

[25] Modificado por la Resolución 0276 de 2019.
[26] Debe firmarse el consentimiento informado (artículo 15, Ley 23 de 1981 del Código de Ética Médica).

2. Esterilización quirúrgica femenina

Técnica realizada por profesional en medicina especialista en ginecología, previa consejería, elección informada, consentimiento informado, valoración de la usuaria y de acuerdo a los procedimientos seleccionados y criterios de elegibilidad.

Indicación: El procedimiento se puede realizar en intervalo primeros siete (7) días del ciclo menstrual, postaborto, posparto o intra-cesárea. Puede ser por laparoscopia o mini laparotomía, en esta siempre deben utilizarse materiales de sutura absorbibles.

Es preciso entregar instrucciones posoperatorias, se recomendará evitar actividad sexual en primera semana post operatoria, e informar a la usuaria que la cirugía no protege contra las infecciones de transmisión sexual. Siempre enfatizar sobre la doble protección. Uso típico 0.5, uso perfecto 0.5% uso continuo 100%. (Cuadro 1).

13.5.2 Plan de cuidado

a. Aplicación de criterios de elegibilidad: una vez realizada la elección informada del método, se procederá a la aplicación de los criterios de elegibilidad de la OMS vigentes para verificar la elección del método, por parte de la persona. Se requiere el diligenciamiento completo de la historia de anticoncepción y el consentimiento informado según protocolo de la institución (Se debe registrar en la historia clínica la evaluación de criterios médicos de elegibilidad).

b. Descartar que la mujer está en gestación: para identificar la posibilidad de embarazo en la usuaria que está solicitando un método anticonceptivo proceda a indagar y verificar los criterios de la "Guía para evaluar si una mujer está o no en embarazo"[27], que a continuación se describen:

- No ha tenido relaciones sexuales desde la última menstruación normal.
- Ha utilizado correcta y consistentemente un método anticonceptivo confiable.
- Está dentro de los primeros 7 días después de la menstruación.
- Está dentro de las primeras 4 semanas post parto (mujeres no lactantes).
- Está dentro de los primeros 7 días después del aborto o aborto espontáneo.
- Está amamantando total o casi completamente, está en periodo de amenorrea, y menos de seis meses post parto.

Si la usuaria tiene por lo menos uno de los criterios mencionados anteriormente y está libre de signos o síntomas de embarazo, suministre el método seleccionado en cualquier momento del ciclo menstrual teniendo en cuenta los criterios de inicio de cada método. Y si no se puede descartar el embarazo, se recomienda esperar su menstruación o hacer prueba de embarazo. *(En caso de requerir prueba de embarazo, se recomienda la práctica de prueba rápida de manera inmediata, la cual debe estar disponible en la consulta).*

[27] Selected practice recommendations for contraceptives use. Third edition 2016, Wolrd Health Organization

c. Entrega y/o aplicación del método anticonceptivo: se debe hacer dentro de la consulta sin importar el momento del ciclo menstrual en el que se encuentre la usuaria, con base en los parámetros técnicos establecido para el manejo de anticonceptivos y estar disponibles en toda la red prestadora de servicios de salud. En el caso de adolescentes es deseable que el suministro no requiera su trámite en farmacia de manera que se garantice la confidencialidad.

"Todos los métodos deben estar disponibles en la consulta y en todos los niveles de atención"

13.5.3 Información en salud

Luego de entregar o iniciar el método anticonceptivo, se debe educar como mínimo en los aspectos que a continuación son señalados:

a. Signos de alarma frente al uso del método.
b. Manejo en casa de posibles efectos secundarios.
c. Recordar que los métodos anticonceptivos no protegen contra infecciones de trasmisión sexual, es necesario el uso de condón en toda relación sexual penetrativa como mecanismo de doble protección.
d. Uso de anticoncepción de emergencia si se presenta uno de los siguientes casos:
   - Relación sexual sin uso de un método anticonceptivo, especialmente en el período fértil.
   - Uso incorrecto de un método anticonceptivo.
   - Ruptura, filtración, deslizamiento o retención del condón masculino.
   - Desplazamiento o retiro temprano del condón masculino.
   - Expulsión total o parcial del dispositivo intrauterino.
   - Olvido de una o varias tabletas anticonceptivas.
   - En caso de violencia sexual, si la mujer no está usando un método anticonceptivo.
e. Dar cita de control de acuerdo al método elegido. Cuadro 2 y orientar a la usuaria que puede consultar antes si se presentan efectos secundarios o algún inconveniente.

Cuadro 2: Periodicidad de los controles según método anticonceptivo

METODO	PERIODICIDAD
Naturales	Cada año
Amenorrea de la lactancia	A los tres meses posparto
Hormonales	A los tres meses y luego cada año
Implante Sub dérmico	Al mes, a los tres meses y luego cada año
DIU de Intervalo	Al mes, seis meses y luego cada año
DIU Intracesárea o Postparto inmediato	En la consulta de puerperio, al tercer mes del posparto, y luego cada año
DIU Posaborto:	Al mes, tres meses y luego cada año
Esterilización quirúrgica masculina: (vasectomía)	A la semana y luego a los tres meses con recuento espermático. Posteriormente cada año por 2 años,
Esterilización quirúrgica	A la semana postquirúrgico y al año

femenina	
Nota: Se recomiendan estos intervalos, pero las visitas de control podrán realizarse según la usuaria o cuando el profesional de salud lo estime conveniente, y en esta se debe hacer una valoración de la satisfacción con el método, efectos secundarios y su manejo.	

Fuente: Wolrd Health Organization Criterios de Elegibilidad OMS 2015 y Selected practice recommendations for contraceptives use. Third edition 2016.

13.5.4 Atención en salud para la asesoría en anticoncepción - Control

El objetivo de esta atención es hacer seguimiento a mujeres, hombres y sus parejas que están usando algún método de anticoncepción, con el fin de identificar efectos secundarios, adherencia al método, reforzar señales de alarma y hacer provisión efectiva del método anticonceptivo, para dar continuidad al proceso de anticoncepción.

Esta consulta incluye:

a. Indagación de la satisfacción de la usuaria con el método, presencia de efectos secundarios y manejo del método en casa.
b. Brindar información que aclare las dudas de los usuarios frente al uso del método seleccionado, se recomienda los siguiente aspectos:
    - Identificación de signos de alarma frente al uso del método.
    - Recordar que los métodos anticonceptivos no protegen contra infecciones de trasmisión sexual y reiterar la necesidad del uso de condón en toda relación sexual penetrativa como mecanismo de doble protección.
c. Brindar información relacionada con el uso correcto de la anticoncepción de emergencia si se presenta uno de los siguientes casos:
    - Relación sexual sin uso de un método anticonceptivo, especialmente en el período fértil.
    - Uso incorrecto de un método anticonceptivo.
    - Ruptura, filtración, deslizamiento o retención del condón masculino, si no se está utilizando un método anticonceptivo.
    - Desplazamiento o retiro temprano del condón masculino, si no se está utilizando un método anticonceptivo.
    - Expulsión total o parcial del dispositivo intrauterino
d. Brindar orientaciones generales acerca de los próximos controles y corroborar que la información brindada a la usuaria queda plenamente clara, así mismo indicar fecha del próximo control.
e. Indicar periodicidad para el suministro o dispensación del método anticonceptivo.
   Para lo cual se recomienda:
    - **Anovulatorios orales e Inyectables mensuales:** Provisión cada tres meses para tres ciclos.
    - **Inyectable trimestral:** Provisión cada seis meses (dos dosis)
    - **Condones:** Provisión cada tres meses, 15 condones por mes.

13.6 Instrumentos, insumos y dispositivos

Sin perjuicio del cumplimiento de los estándares de habilitación para la consulta de anticoncepción, se debe contar con: historia clínica de la paciente incluida la anticoncepción, el consentimiento informado firmado y archivado en la historia clínica según protocolo de la institución.

Materiales e insumos: Todos los métodos anticonceptivos deben estar disponibles en el momento de la consulta de control, pruebas rápidas de embarazo, condón masculino y femenino, modelos para uso de condón masculino y femenino, material pedagógico para la información y educación en derechos sexuales y reproductivos. Al igual métodos anticonceptivos educación y reforzamiento en el método que está utilizando a la usuaria (preservativos, dispositivo intrauterino, anticonceptivo oral combinado, anticonceptivos inyectable mensual, anticonceptivo inyectable trimestral, anticonceptivos de emergencia, implante subdérmico).

Para la aplicación de algunos métodos como los Implantes subdérmicos, DIUs y esterilización quirúrgica masculina y femenina se requieren el consentimiento informado por escrito por parte de la mujer.

14. FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES EN POLVO

14.1 Objetivos

Realizar fortificación con micronutrientes en polvo en niños y niñas de 6 a 24 meses de edad con el fin de prevenir y reducir la anemia nutricional.

14.2 Población sujeto

Niños y niñas de 6 a 24 meses de edad

14.3 Atenciones incluidas

Fortificación con micronutrientes en polvo para todos los niños y niñas de 6 a 24 meses de edad.

14.4 Descripción del procedimiento

La fortificación con micronutrientes en polvo ayudan a prevenir y tratar la anemia y otras deficiencias de micronutrientes. Este procedimiento consiste en agregar a los alimentos sólidos o semisólidos tales como: purés de frutas, papa o verduras, arroz, pasta, carne, fríjoles preparados en casa, a manera de complemento, vitaminas y minerales contenidos en un sobre individual de 1 gramo en forma de polvo. El contenido del sobre debe mezclarse con las comidas ya servidas en el plato del niño o la niña, listos para su consumo.

Los niños y niñas que reciben la fortificación con micronutrientes deben continuar la lactancia materna acompañada de la alimentación complementaria adecuada para la edad, así como recibir diariamente una alimentación completa que incluya alimentos de todos los grupos y que permita fomentar hábitos alimentarios saludables.

Para el suministro de micronutrientes tenga en cuenta la siguiente información:

a. Composición:

MICRONUTRIENTES	CANTIDAD EN 1 GRAMO
Vitamina A	300 µg ER
Vitamina C	30 mg
Vitamina D	5.0 µg
Vitamina E	6 mg *a*-TE
Vitamina B1	0.5 mg
Vitamina B2	0.5 mg
Vitamina B6	0.5 mg
Vitamina B12	0.9 µg
Ácido fólico	160 µg
Niacina	6 mg
Hierro*	12.5 mg
Zinc**	5 mg

Cobre	0.3 mg
Yodo	90 µg
Selenio	17 µg

*En forma de fumarato de ferroso encapsulado, hierro aminoquelado o hierro protegido
** En forma de gluconato de zinc, zinc aminoquelado o zinc protegido

14.4.1 Descripción general del micronutriente en polvo

Nombre genérico del alimento o denominación común internacional	Micronutriente en Polvo
Vía de administración:	Oral
Concentración del producto por unidad de dosificación	1 gramo
Presentación del producto: Unidades por empaque primario	Sobres de 1 g. 30 sobres por caja (empaque secundario).
Período de vida útil	2 años. En el certificado de venta libre expedido por la autoridad sanitaria del país de origen se deberá especificar la vida útil del mismo.
Período de Vida Útil mínimo requerido al momento de recibir el micronutriente	Al momento del recibo del alimento en polvo en el almacén, la vida útil será mínimo 18 meses que equivalen al 75%.
Población destinataria del consumo	6 a 24 meses de edad.

14.4.2 Dosis y frecuencia de los micronutrientes en polvo

A cada niño y niña se le debe suministrar un (1) sobre al día durante 60 días continuos, incluyendo los festivos y fines de semana. Después de finalizado el esquema, se deja un receso de cuatro meses y luego el niño o niña vuelve a recibir la fortificación por 60 días continuos; es decir, entre los seis y los 23 meses de edad el niño o niña debe recibir y consumir 240 sobres en total.

La frecuencia de administración será a los 6, 12, 18, 24 meses de edad.

Dado que la presentación es en polvo empacado en sobres individuales de 1 gramo, no se generan riesgos por consumo excesivo, siendo un producto seguro para los niños y las niñas. Difícilmente se generarían intoxicaciones lo cual sucedería únicamente si se consumen cantidades superiores a 20 sobres por día.

14.4.3 Uso de los micronutrientes en polvo

Dada su presentación en polvo y en sobres individuales son de fácil y práctico manejo. Sin embargo, se sugiere recomendar a las madres y/o cuidadores los siguientes pasos para su uso:

- Lavarse muy bien las manos con agua y jabón antes de abrir el sobre con los micronutrientes.
- Preparar y servir los alimentos para el niño o niña, como habitualmente lo realiza. Cerciórese que el alimento se encuentra a la temperatura que usualmente lo consumen.
- Cortar o rasgar una esquina superior del sobre y vertir todo el contenido a una porción del alimento de consistencia sólida o semisólida (purés de frutas, papa o verduras, arroz, pasta, carne, fríjoles, etc.) la que más le guste al niño o niña y asegurarse de que ésta sea la que primero se come para garantizar el consumo completo del micronutriente.
- Ofrecer al niño o niña el contenido de un sobre por día en cualquiera de las comidas. Es importante no suministrar más de un sobre por día, dado que es la cantidad necesaria de minerales y vitaminas que requiere un niño o niña.
- No compartir el contenido del sobre de micronutrientes en polvo con otros miembros de la familia. Tampoco se debe compartir la comida en la que se han mezclado, pues si se hace no se logra el objetivo propuesto.
- Nunca deberán agregarse durante la preparación y cocción, ni cuando los alimentos estén muy calientes (la comida puede volverse de color oscuro y toma sabor metálico).
- Evitar agregarse a alimentos líquidos o bebidas (jugos, agua, leche, etc.), ya que no logra disolverse adecuadamente y el micronutriente quedará adherido a las paredes del recipiente sin que sea consumido por el niño o niña.

14.4.4 Criterios de contraindicación de uso

- Niños y niñas menores de 6 meses de edad y mayores de 24 meses de edad.
- Niños y niñas que estén recibiendo actualmente suplementos de micronutrientes.
- Niños y niñas que estén recibiendo tratamiento antimalárico. En caso de estar recibiendo este tratamiento, se recomienda terminarlo e iniciar el suministro de micronutrientes una semana después.
- Niños y niñas que presenten algún proceso infeccioso, en cuyo caso deberá recibir el tratamiento para este y luego iniciar el consumo de micronutriente.

15. ATENCIÓN A LA FAMILIA

La Atención integral en salud a las familias, implica garantizar su reconocimiento como sujeto, el acceso e integralidad en la atención, en el marco de un proceso que permita dinamizar, actualizar y gestionar acompañamiento y continuidad. Garantizar la continuidad implica además de las acciones promocionales, la conexión y remisión a procesos resolutivos y de acompañamiento permanente según situación.

La familia como sujeto de derecho y sujeto centro de la atención en salud,[28] recibirá atenciones que permitirán reconocer tanto capacidades y factores protectores que definan su acompañamiento y apoyo[29] así como en la identificación del riesgo de sus condiciones y situación familiar.[30]

De este modo, la atención a las familias, debe ser un proceso informado y concertado, considerando la decisión y compromiso de éstas, en su proceso de fortalecimiento y mejora de la salud familiar en un marco promocional. Esta atención integral a las familias, se debe realizar en alineación con la acción de la entidad territorial[31] en su competencia como autoridad territorial, desde la identificación de características poblacionales de las familias del territorio, así como desde la caracterización de la población afiliada que realiza EPS e IPS, a fin de que haya complementariedad entre las intervenciones.

En este reconocimiento como sujeto de derechos, la familia decide con quien accede a los procedimientos contemplados en la RPMS para la familia, pudiendo ser direccionada hacia aquella EAPB que tenga afiliada al mayor número de los integrantes de la familia. Siendo en todo caso de obligatorio cumplimiento el que todos los aseguradores oferten y brinden todas las intervenciones individuales a la familia establecidas.

De acuerdo con lo anterior, la familia es abordada en los siguientes procedimientos:

1. Atención en salud por momento de curso de vida (valoración del componente familiar).
2. Atención básica de orientación familiar.

[28] Las familias constituyen sujeto de atención integral en salud, junto con las personas y comunidades como se plantea en coherencia con la legislación vigente, la Política sectorial y el Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS-.
[29] La atención integral en salud a las familias, se debe apoyar desde estos lineamientos y en alineaciones con la política de apoyo y fortalecimiento a las familias, así como los demás lineamientos y orientaciones técnicas vigentes, expedidas por el Ministerio de Salud Y Protección Social en tal sentido.
[30] Apoyado en la aplicación del Apgar familiar que permite identificar percepción de disfuncionalidad familiar.
[31] Considerando el análisis situacional, los procesos de caracterización poblacional y recurriendo a fuentes secundarias sectoriales e intersectoriales o procesos de caracterización definidos según prioridades de su plan territorial en salud.

3. Educación para la salud dirigida a la familia.

Valoración del componente familiar

Esta atención está incluida en el procedimiento de atención en salud por momento de curso de vida o en el procedimiento de atención básica de orientación familiar cuando la familia demanda espontáneamente.

Teniendo en cuenta que se realiza como una actividad de las consultas de valoración integral en cada uno de los momentos del curso de vida, el talento humano corresponde al definido para éstas. En los casos en donde la familia demanda espontáneamente, será realizado por los perfiles de talento humano considerados en el procedimiento de atención básica de orientación familiar.

Descripción de la valoración del componente familiar

La valoración integral a la familia implica conocer la estructura, las relaciones y dinámicas que se determinan al interior de la familia; las condiciones individuales de cada uno de sus integrantes que afectan la familia como sistema abierto; las capacidades y recursos personales y familiares que inciden en la salud familiar.

Adicionalmente, la red de apoyo con la que cuenta. Todos los anteriores son factores de riesgo o protectores que afectan positiva o negativamente la salud familiar y su capacidad de respuesta y adaptación. La identificación del riesgo se apoya en la evaluación del grado de satisfacción de la funcionalidad familiar, principalmente mediante la aplicación del instrumento del Apgar familiar. Es recomendable que éste instrumento sea utilizado conjuntamente con otros instrumentos sugeridos en este anexo para la valoración familiar.

La valoración familiar se realiza mediante la indagación con: la persona y/o sus acompañantes familiares en el marco de las consultas de valoración integral en los diferentes momentos del curso de vida y también con dos o más integrantes del grupo familiar directamente en el caso de la atención básica de orientación familiar.[32]

Esta atención debe realizarse de acuerdo a las frecuencias establecidas para la atención en salud en cada momento del curso de vida o cuando el grupo familiar demande la atención básica de orientación familiar.

La información resultante de la valoración familiar, debe estar disponible de manera permanente, y cuando los integrantes de la misma, reciban cualquier tipo de atención en salud, de tal modo que pueda ser actualizada, ampliarse, verificarse o profundizarse. Es de anotar, que toda información derivada de la

[32] En el caso del abordaje directo a la familia, se deber realizar como mínimo con dos integrantes de la misma, incluyendo siempre un adulto. De manera especial, en contextos de zona rural y dispersa, se deben desplegar todas las medidas posibles para adelantarla en el entorno hogar a fin de poder conocer y verificar las condiciones de vida de la familia y facilitar la interacción con más integrantes. El reconocimiento de la situación de la familia deberá ser actualizado en la consulta de valoración de cualquiera de sus integrantes.

valoración familiar debe manejarse como perteneciente a la historia clínica y por tanto debe cumplir con todos los requisitos de protección de datos.

En la anamnesis de las consultas de valoración integral de las personas en los diferentes momentos del curso de vida y en la atención básica de orientación familiar se deben indagar por los siguientes aspectos que configuran el componente de la valoración familiar:

a. **Estructura y dinámica familiar** mediante la realización del Familiograma y Apgar familiar identificar:
    - Conformación de la familia y las relaciones entre sus integrantes a fin de identificar situaciones que repercutan en la salud y desarrollo.
    - Momento de curso vital de la familia (por ej. formación, extensión, contracción, disolución)
    - Vivencia de sucesos normativos y no normativos en la familia y sus integrantes y si se están afrontando de forma adecuada.

b. **Situaciones particulares en salud de la familia y sus integrantes.** Entre otras, discapacidad o personas que sufren patologías crónicas o enfermedades o huérfanas o terminales.

c. **Expectativas e Inquietudes de familia** respecto al cuidado de su salud y sobre el acceso a los servicios de salud para sus integrantes. Así mismo, indagar sobre sus visiones frente a condiciones que afectan su salud y la de su familia, en los entornos en donde se desarrolla, y sobre experiencias previas de atención.

Cuando la valoración familiar se realice en el procedimiento de atención básica de orientación familiar la indagación puede contemplar:

a. **Contexto sociocultural de la vida familiar y redes de apoyo**, como la pertenencia social y cultural que considere pertenencia étnica, que permita conocer las capacidades y recursos con los que cuenta la familia derivados de su relación con éstos y que redundan en sus posibilidades de desarrollo. Para lo cual se hará uso del Ecomapa.

b. **Condiciones generales de vida, acceso a satisfactores básicos y acceso a servicios de salud,** ocupación de los perceptores de ingresos en el hogar, suficiencia de los ingresos para satisfacción de necesidades básicas incluyendo alimentación, vivienda (material de pisos, techo y paredes, cantidad de habitaciones e indagación de hacinamiento, presencia de roedores, ubicación de la vivienda en zonas de riesgo –por ej.: inundación, deslizamiento entre otros); acceso a servicios públicos (agua potable, alcantarillado o en su defecto disposición de excretas luz eléctrica, gas o material con el que se cocina); composición básica de la dieta, oportunidades para el ocio y recreación; acceso a educación básica, secundaria y terciaria, y acceso a servicios sociales.

A partir de los hallazgos de la valoración del componente familiar y principalmente de los resultados de la aplicación del Apgar familiar[33] se debe clasificar el riesgo de las familias así:

- Riesgo alto: Menor a 9 puntos.
- Riesgo medio: 10 a 12 puntos.
- Riesgo bajo: 13-16 puntos.

Adicionalmente, según criterio del profesional que realiza la valoración por momento de curso de vida, se pueden considerar otros criterios que permitan definir el riesgo de las familias, por ejemplo se sugiere los siguientes criterios para la derivación a la atención básica de orientación familiar:

- Familias con vivencia de sucesos vitales y de los momentos vitales de la familia que puedan sobrepasar la capacidad de la familia para su afrontamiento y puedan afectar su salud.
- Familias en situaciones de vulnerabilidad social que pueden afectar la salud familiar, (por ej: familias con varios integrantes en condición de dependencia y un solo proveedor, familias en contexto de mayor exposición a violencias, consumo SPA, explotación sexual o económica, pandillismo, familias dedicadas al reciclaje, etc).
- Familias con algún integrante con discapacidad.
- Familias con redes de apoyo deficientes, o sostenimiento de relaciones sociales y comunitarias que generen riesgo o afectación de la salud familiar.
- Familias con prácticas del cuidado de salud críticas de varios de sus integrantes que ponen en riesgo o han afectado la salud de la familia.

De acuerdo a la clasificación del riesgo de la familia se sugieren realizar las siguientes actividades:

a. **Familias valoradas en situación de bajo riesgo**: Información en salud, acorde con sus particularidades y, si es pertinente, serán canalizadas a servicios sociales.

b. **Familias de riesgo medio:** Deben ser derivadas a la consulta de orientación básica familiar.

c. **Familias identificadas en riesgo alto o en las que se detecte un evento que esté afectándolas** deben derivarse a las rutas de riesgo o de evento según sea el caso de acuerdo al análisis de la problemática familiar que presenten sin perjuicio de la canalización a los servicios sociales que resulten pertinentes.

Las familias pueden ser derivadas al procedimiento de educación para la salud grupal, acorde con intereses o necesidades identificados y concertados.

[33] La valoración del riesgo de la salud familiar, se considera a partir de la aplicación de los instrumentos como el APGAR Familiar, el familograma y el ecomapa. Considerando de manera privilegiada los resultados del APGAR familiar como orientador básico de la percepción de satisfacción del funcionamiento familiar, y por ende un indicador de potencial riesgo.

15.1 Atención básica de orientación familiar

15.1.1 Objetivos

- Ampliar la valoración de las capacidades y condiciones de funcionalidad de la familia, identificando factores protectores y de riesgo para la salud.
- Brindar orientaciones básicas acordes con la situación familiar particular, el estado de las relaciones y la salud familiar, que aporten a su dinámica y equilibrio en función del logro en salud.
- Definir las atenciones requeridas de acuerdo a las particularidades de la situación y lo concertado con las familias que harán parte del plan integral de cuidado primario.

15.1.2 Población sujeto

- Familias con situaciones o condiciones de riesgo medio para la salud, identificadas en las intervenciones/atenciones en salud individuales.
- Familias canalizadas desde las intervenciones del PIC.
- Familias que demandan espontáneamente en conjunto o por alguno de sus integrantes aduciendo alguna necesidad de orientación familiar.

15.1.3 Talento humano

Esta atención puede ser desarrollada por profesional en medicina o medicina familiar, psicología, trabajo social o enfermería.

15.1.4 Atenciones incluidas

Valorar la estructura y dinámica familiar como apoyo al desarrollo integral.
Valorar el contexto social y las redes de apoyo social y comunitarias.

15.1.5 Descripción del procedimiento

Esta consulta de atención básica de orientación familiar, implica un abordaje profesional que tiene como premisa el diálogo y la escucha activa con la familia a fin de brindar orientación, asesoría integral y apoyo en salud centrado en aspectos de la situación y dinámica familiar que permiten a los participantes de la atención , identificar posibilidades de fortalecimiento, resolución de conflictos, identificación de recursos, estrategias de afrontamiento y oportunidades de actuación que redunden en beneficio de su salud familiar.

Es necesario que asista preferiblemente el núcleo principal de la familia, como mínimo con dos integrantes, de preferencia con la presencia de un adulto[34], bien sea cuando la familia accede por demanda espontanea, o cuando es canalizada, o es derivada de una atención individual de una RIAS[35] u otra atención. Además, si es necesario evaluar otros aspectos o profundizar en el abordaje, se buscará la participación de otros integrantes. Esta consulta de atención básica de orientación familiar, comprende:

Análisis de las condiciones de la dinámica familiar

El propósito de este análisis es profundizar o ampliar la información de la conformación y dinámica de la familia, así como reconocer e identificar los siguientes aspectos para el análisis y abordaje de la salud familiar:

- Capacidades de desarrollo y cuidado de la salud para fortalecer en familias.
- Prácticas del cuidado familiar que pongan en riesgo la salud familiar o que requieran ser fortalecidas de acuerdo a la situación.
- Situaciones y dinámicas familiares afectadas por manejo de conflictos, estilos de comunicación. Por ej. Dificultad en la delimitación de roles y funciones, dependencia o desprendimiento excesivo, frustración de expectativas, lucha de poder y autoridad, conformación multigeneracional, presencia de integrantes en un momento vital como adolescencia, vejez con inadecuado manejo de relaciones, entre otros.
- Sucesos vitales y/o de los momentos del curso de vida de la familia que puedan requerir acompañamiento para su adecuada resolución. Por ej. en proceso de asunción de roles y tránsito entre la formación, consolidación, disolución de las familias y relaciones, o con escasos recursos y estrategias de afrontamiento de acontecimientos como pérdidas, separación, entre otros.
- Situaciones de vulnerabilidad social que demanden esfuerzos adicionales a la familia y sus miembros, incidiendo en factores que sostienen o afectan su salud. Por ej. Recursos, estrategias y estilos de afrontamiento de situaciones de presión social a las familias o algunos de sus integrantes como consumo SPA, pandillismo, actividades delictivas, exigencia social de consumo, diversas formas de violencia, entre otros.
- Situaciones de familias con algún integrante con discapacidad que requieran apoyo para promover dinámica armónica de sus relaciones.
- Situaciones que requieren atención resolutiva mediante intervención familiar (intervención en crisis, terapia familiar), como: disfunción familiar, sucesos o

[34] Respetando las orientaciones y recomendaciones que para cada momento de vida se expidan, como en el caso de la adolescencia, y en consideración de la autonomía y decisión de las personas. En el caso de primera infancia, infancia y adolescencia, se considera importante contar con la participación de los padres o aquellos responsables de su cuidado con los que convive. Cabe señalar en el caso de los adolescentes, que se debe privilegiar la consulta individual inicialmente, respetando la decisión del adolescente de permanecer solo en la misma o acompañado por uno de los padres y/o cuidadores. Pero, siempre se debe acompañar el proceso con el abordaje familiar en situaciones de alto riesgo para la seguridad misma del adolescente y/o su familia. En el caso de gestantes, se debe considerar la pareja con la que convive, si no tiene o no convive con ella o por decisión propia, o es menor de edad, los padres o referentes inmediatos. En el caso de adultos mayores y enfermos crónicos, el cuidador primario y otro familiar (preferiblemente padres o hermanos del enfermo). Cuando la consulta familiar es derivada de la consulta individual, el individuo que genera el caso índice, debe hacer un consentimiento informado de la participación de la familia en la consulta. Esto en el caso de jóvenes, adultos y adultos mayores.

[35] Ruta integral de promoción y mantenimiento de salud, rutas específicas y otras atenciones.

crisis no resueltas (normativas y no normativas), trastornos y problemas en salud mental, violencias entre otros.
- Identificación y valoración de cuidadores mediante la aplicación de la escala de Zarit para descartar sobrecarga del cuidador en familias con esta situación.

Orientación en salud familiar

Se debe orientar a la familia de acuerdo a la situación familiar, las capacidades, intereses, expectativas y riesgos identificados; que implica escucha activa y comprensiva, y dando orientaciones generales que aporten a la reflexión al interior de
la familia, y la adopción de relaciones de cuidado y transformación de conflictos, entre otros, lo cual debe superar la visión de información, sin que constituya una intervención resolutiva;[36] implica una atención que permite ampliar el análisis conjunto, centrado en el reconocimiento de causas, motivadores o disparadores de situaciones que inciden en la salud familiar, considerando condiciones y contextos particulares del funcionamiento familiar. Esta atención contribuye a la consolidación del plan integral de cuidado primario teniendo presente capacidades, factores protectores y riesgos.

15.1.6 Plan de cuidado

Como parte del plan integral de cuidado primario, se debe realizar la verificación o derivación a las siguientes intervenciones:

a. Atenciones del esquema de intervenciones en salud individuales de cada uno de los integrantes de la familia de acuerdo con el momento de curso de vida.
b. Educación en salud para la familia para el fortalecimiento y desarrollo de capacidades de la familia que se identifiquen como necesarias para trabajar, teniendo como uno de los ejes fundamentales, el cuidado y promoción de la salud.
c. Rutas Integrales de Atención en Salud de grupos de riesgo o servicios resolutivos.
d. Intervenciones del PIC de acuerdo con la oferta territorial.
e. Servicios sociales de acuerdo a la oferta territorial para apoyar a las familias con las situaciones priorizadas.

15.1.7 Instrumentos

Se debe contar con lo siguiente: Familiograma, Apgar familiar, Ecomapa, Escala de Zarit.

15.2 Educación para la salud dirigida a la familia

[36] Hace referencia a la intervención que se realiza ante situaciones de crisis mayor que requieren tratamiento especializado.

Este procedimiento se realiza de acuerdo con el procedimiento de educación para la salud.

16. EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN PARA LA SALUD

Es el proceso pedagógico (dialógico e intencionado) de construcción de conocimiento y aprendizaje que, mediante el diálogo de saberes, pretende construir o fortalecer el potencial de las personas, familias, comunidades y organizaciones para promover el cuidado de la salud, gestionar el riesgo en salud y transformar positivamente los entornos en los que se desenvuelven sus vidas.

Este proceso se manifiesta en la implementación de acciones educativas, diseñadas pedagógicamente, que generan la oportunidad para que las personas mejoren sus conocimientos en relación con la salud, desarrollen habilidades personales para el cuidado de la salud (propia, de los otros y del territorio) y reflexionen sobre las acciones colectivas a implementar para aportar a la transformación de condiciones de vida que tienen efectos adversos sobre la salud.

Su intencionalidad es la de aportar al desarrollo de la autorrealización, autogestión y autonomía individual y colectiva, como expresión de la garantía del derecho a la salud. Se trata de generar condiciones subjetivas para que las personas, mediante el conocimiento, el desarrollo de valores y de prácticas –saludables- puedan vivir la mejor vida posible o aportar a cambiar las condiciones para que ello sea factible.

En este sentido, se colige que la Educación para la salud está organizada desde la lógica de la salud (no desde la lógica de la enfermedad) y se verá reflejada en el desarrollo de capacidades personales, familiares y comunitarias para comprender y transformar la (su) realidad y por tanto para convertirse en agentes sociales de cambio.

Lo anterior, exige la implementación de procesos educativos con fundamento pedagógico que promuevan acciones de cuidado (incluido el autocuidado, pero no exclusivamente), el logro de las metas del país en materia de salud pública y de transformaciones psicológicas, sociales y culturales que se reflejen en los resultados en salud; teniendo en cuenta el marco conceptual y metodológico del documento *educación (y comunicación) para la salud en el marco de las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS*[37].

[37] Documento Educación (y comunicación) para la salud en el marco de las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS, define orientaciones pedagógicas, metodológicas y didácticas y se constituye en una herramienta para que los equipos técnicos de salud (tanto del Plan de Beneficios de Salud con cargo a la UPC como los que sean contratados mediante el Plan de Intervenciones Colectivas o de las Direcciones Territoriales de Salud que adelantan las respectivas acciones de Gestión de la Salud Pública), adelanten las acciones de Educación para la salud en el marco de las RIAS.

A continuación, se presentan las orientaciones operativas para el desarrollo de los procesos educativos a nivel individual, grupal, familiar y colectivo en cada uno de los momentos del curso de vida.

16.1 Objetivo

Desarrollar las capacidades de las personas, familias, comunidades y organizaciones para comprender las situaciones de vida y salud que contribuyan a su desarrollo mediante la construcción, apropiación e implementación de saberes y prácticas que aporten al mejoramiento de las condiciones de calidad de vida y salud (tanto individuales como colectivas, en sus contextos específicos) y contribuir, como agentes sociales de cambio, en la garantía del derecho a la salud.

Objetivos específicos por momento del curso de vida.

Primera infancia e infancia

a. Acompañar a padres y cuidadores en el fortalecimiento de sus capacidades para la crianza, el cuidado de la salud y protección que promuevan la salud y el desarrollo humano integral de niños(as) mediante un proceso de construcción colectiva de saberes y prácticas para el cuidado y protección propios, de sus familias y de los entornos.

Adolescencia

a. Reforzar las potencialidades de todos los adolescentes, en lo relacionado con su capacidad de agencia, autonomía y construcción de identidad.
b. Acompañar al adolescente en el reconocimiento, comprensión y reflexión sobre los procesos emergentes del momento vital relacionados con los cambios fisiológicos, psicológicos, proyecto de vida, la sana convivencia, la sexualidad y la reproducción.
c. Desarrollar o potenciar capacidades para el ejercicio de sus derechos con el fin que estos procesos contribuyan a su desarrollo integral y su calidad de vida presente y futura; así como para el cuidado de su salud.
d. Desarrollar capacidades en los padres y cuidadores que les permitan comprender y gestionar los cambios que suceden en la adolescencia, encontrar formas de renegociar las relaciones parento-filiales, resolver los problemas de forma productiva, apoyar el desarrollo de la autonomía e identidad y mantener un vínculo positivo y de apoyo emocional.

Juventud

a. Desarrollar capacidades en las y los jóvenes para transformar saberes y prácticas en pro de una vida saludable, relacionadas con el ejercicio de la sexualidad y reproducción libre e informada, la sana convivencia, la educación para el trabajo y el desarrollo humano en los diferentes escenarios durante el curso de vida, la capacidad política y la autonomía para agenciarse y relacionarse con otros/as.

Adultez

a. Desarrollar capacidades con los adultos para la promoción y mantenimiento de su salud, con la finalidad de aportar al goce efectivo del derecho a la salud mediante un proceso de construcción colectiva de saberes y prácticas.

Vejez

a. Desarrollar capacidades con las personas adultas mayores para la promoción y mantenimiento de su salud, con la finalidad de aportar al goce efectivo del derecho a la salud, mediante un proceso de construcción colectiva de saberes y prácticas.
b. Mantener conservadas, el mayor tiempo posible las habilidades intelectuales de atención, memoria, funciones ejecutivas, aprendizaje, razonamiento, percepción, cálculo, praxias, así como la autonomía en las personas adultas mayores, a través del entrenamiento cognitivo y emocional, el fortalecimiento de habilidades de afrontamiento del estrés, el fortalecimiento de lazos familiares y la promoción de la participación en redes sociales.

16.2 Población sujeto

En el marco de la garantía de derechos, las personas, familias y comunidades podrán ser sujeto de atención en cualquiera o varias de las modalidades de la educación para la salud (individual, grupal o colectiva[38]), buscando que haya complementariedad de las mismas, con el fin de lograr el mayor impacto en los resultados de salud esperados.

La **educación individual** va dirigida a un individuo (por ejemplo: adolescentes, padres y cuidadores de niños o adultos mayores, etc.), o a una familia (asumiendo a la familia como sujeto de la atención educativa, con la participación de dos o más de sus integrantes); cuando el profesional responsable de un determinado servicio de salud considere que cualquiera de los dos requiere[39]:

1. Comprender y apropiar ciertas prácticas de cuidado de su salud, para evitar mayores riesgos.
2. Privacidad en el manejo de la información por la condición o situación del afiliado.
3. Estrategias didácticas específicas e individualizadas para lograr el aprendizaje que se espera según los hallazgos de la consulta de valoración y condiciones particulares del individuo o familia (Ej. por discapacidad, pertenencia étnica, entre otras)[40].
4. Por solicitud del sujeto.

La **educación grupal** en la RPMS está dirigida a la siguiente población:

1. Grupos que comparten un mismo momento vital o el mismo riesgo y en los que pueden participar padres y/o cuidadores (este último caso para primera

[38] La educación individual y grupal estará a cargo de las EAPB, asegurando la cobertura para su población afiliada, como parte del Plan de Beneficios con cargo a la UPC. La educación colectiva estará a cargo de la Dirección Territorial de Salud, en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas.
[39] La educación individual puede complementar la información en salud que se realiza en la consulta de valoración teniendo en cuenta las orientaciones de EpS y las orientaciones de la tecnología de Información en Salud (ver repositorio institucional del MSPS), ya que cada uno tiene su propio alcance y especificidad metodológica.
[40] Aunque una persona haya sido atendida en sesión educativa individual, podrá participar de futuras sesiones grupales, si se requiere.

infancia, infancia, adolescencia y vejez o para cualquier momento vital en los casos en que el sujeto requiera acompañamiento de su cuidador).
2. Grupo de familias que comparten una condición o situación de salud.

La **educación colectiva** está dirigida a un conjunto de personas o familias que comparten una condición, situación, entorno (educativo, comunitario, hogar, laboral con énfasis en la informalidad o institucional) o territorio (por ejemplo: barrio, vereda, comuna); por ejemplo:

1. Colectivos que comparten una condición o situación o pertenencia étnica. Ejemplo: poblaciones afrodescendientes, población LGBTI, mujeres víctimas de ataques con ácido, personas con discapacidad, etc.
2. Colectivos de personas que viven en un determinado entorno o territorio. Ejemplo: pobladores de una vereda o conjunto de veredas, conjunto de familias de un barrio o un micro territorio, comunidad educativa, etc.
3. Colectivos que comparten un momento del curso de vida y se encuentran en un entorno o en un ámbito urbano, rural o disperso específico. Ejemplo: estudiantes de un colegio; niños y niñas de jardines infantiles, jóvenes que trabajen en una actividad económica informal, etc.

Nota: Las campañas informativas masivas hacen parte del proceso de información en salud y no constituyen educación para la salud. Idealmente deberían ser complementarias para afianzar los saberes.

16.3 Talento humano

Las sesiones educativas serán implementadas por uno o varios profesionales, técnicos y tecnólogos de las ciencias de la salud, salud ambiental y de las ciencias sociales y humanas, con el apoyo de auxiliares del equipo de salud con las competencias para desarrollar metodológica, pedagógica y técnicamente el proceso. En el caso del ciclo educativo de entrenamiento cognitivo y emocional para la vejez, deberá ser desarrollado por profesionales en gerontología, enfermería, psicología, medicina, nutrición y dietética, terapia ocupacional o psicopedagogía.

Las acciones de Educación y comunicación para la salud, dirigidas al fomento de la salud y el buen vivir y a la protección frente a las desarmonías de los pueblos indígenas, podrán ser desarrolladas por el personal de salud propio de dichos pueblos, las cuales se podrán adelantar en el marco de los ciclos de educación que se adelanten tanto en lo grupal (a cargo de las EPS) como en lo colectivo (a cargo de las Entidades Territoriales); este aspecto, será definido como resultado de la adaptación de las RIAS.

Es recomendable que para el diseño pedagógico y metodológico de la educación para la salud se cuente con el apoyo de un profesional en pedagogía, psicopedagogía o psicología educativa. En caso de que en la educación grupal participen varios profesionales, es conveniente que se cuente con una persona del equipo que lidere la organización e implementación del proceso (incluyendo el momento de la evaluación).

El talento humano encargado de estructurar y ejecutar los ciclos educativos debe contar con los siguientes conocimientos, competencias y experiencia general:

a. Capacidades para desarrollar procesos educativos, teniendo como referencia las orientaciones pedagógicas, metodológicas y didácticas del documento marco conceptual y metodológico de educación (y comunicación) para la salud en el marco de las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS.
b. Habilidades de comunicación efectiva en actividades individuales, familiares y comunitarias.
c. Capacidades de análisis de los determinantes sociales de la salud en los contextos específicos de trabajo con las personas, familias y comunidades.
d. Capacidad de empatía, respeto y confidencialidad.
e. Manejo para la intervención de grupos específicos en situación de vulnerabilidad (diversidad sexual, discapacidad, grupos étnicos, migrantes, infractores de ley, etc.).
f. Conocimiento del SGSSS y de la oferta de servicios de salud en cada uno de los planes de beneficios.
g. Conocimiento de la oferta de servicios sociales y comunitarios.

Adicional a lo anterior, y teniendo en cuenta los resultados esperados, capacidades a desarrollar y contenidos descritos más adelante en el presente documento, es clave que el talento humano cuente con los siguientes conocimientos específicos, según el momento del curso de vida de la población sujeto de las acciones de educación y comunicación para la salud:

Primera infancia: Derechos de los niños, desarrollo integral en la primera infancia, vínculo, apego seguro, crianza humana y puericultura, incluyendo prevención y manejo de enfermedades prevalentes de la infancia, reconocimiento de signos de alarma de enfermedades prevalentes de la infancia, consejería en lactancia materna y en alimentación complementaria, patrones de crecimiento vigentes para el país, tener conocimiento sobre las guías alimentarias para la población mayor de 2 años.

Para adelantar experiencias pedagógicas dirigidas a este grupo de población, el talento humano debe reconocer que el aprendizaje de los niños y niñas se da a través de sus actividades cotidianas caracterizadas por la exploración y el juego en donde el cuidado y la crianza juega un papel fundamental. Por lo anterior, en cualquier proceso de educación inicial es clave que el facilitador del proceso, reconozca y fortalezca las capacidades de los padres o cuidadores y familias para realizar el cuidado y acompañamiento al desarrollo de los niños y niñas.

Infancia: Derechos de los niños, desarrollo integral en la infancia, crianza humana, incluyendo el acompañamiento en el proceso de aprendizaje y la detección temprana de problemas en éste, vínculo, patrones de crecimiento vigentes para el país, tener conocimiento sobre las guías alimentarias para la población mayor de 2 años.

Para adelantar experiencias pedagógicas dirigidas a este grupo de población, el talento humano debe reconocer que el aprendizaje de los niños y niñas se da a través de sus actividades cotidianas caracterizadas por la exploración y el juego en donde el cuidado y la crianza juega un papel fundamental. Por lo anterior, en

cualquier proceso de educación inicial es clave que el facilitador del proceso, reconozca y fortalezca las capacidades de los padres o cuidadores y familias para realizar el cuidado y acompañamiento al desarrollo de los niños y niñas.

Adolescencia: Derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos, enfoque de curso de vida, habilidades para la vida, estrategias de afrontamiento de sucesos vitales, promoción de la salud mental, prevención del consumo de sustancias psicoactivas, conocimiento sobre las guías alimentarias para la población mayor de 2 años, patrones de crecimiento vigentes para el país, habilidades para la vida, promoción de estilos de vida saludables, promoción de la participación social, conocer sobre los signos y síntomas de los trastornos alimentarios y el efecto del consumo de bebidas energizantes.

El talento humano a cargo de diseñar, implementar, monitorear y evaluar acciones de educación para la salud en este grupo de edad, debe estar en capacidad de desarrollar las capacidades necesarias para enfrentar las demandas sociales que se presentan en este momento de la vida, particularmente: riesgos o alteraciones relacionados con el consumo de SPA, el inicio o mantenimiento de relaciones sexuales desligadas de sus propias necesidades, la vinculación a grupos o actividades asociadas a la violencia juvenil, la legitimación de la discriminación o violencia por razón de identidades no hegemónicas o de género, relaciones de pareja abusivas u otras prácticas deletéreas para la salud relacionadas con el consumo de alimentos o actividad física, entre otros; a fin de potenciar su desarrollo e impactar su susceptibilidad al riesgo.

Juventud: Experiencia de atención a los jóvenes y sus familias, en sus contextos[41]. Así mismo deberá contar con: capacidades para desarrollar procesos educativos con jóvenes relacionadas con derechos humanos, sexualidad, derechos sexuales, derechos reproductivos, anticoncepción, ITS-VIH-SIDA, maltrato y abuso, salud mental, prevención del suicidio, prevención del consumo de alcohol, tabaco y drogas, aspectos bioéticos y legales en la atención de jóvenes; capacidades para el fortalecimiento del liderazgo y la participación juvenil; tener conocimiento sobre las guías alimentarias para la población mayor de 2 años, patrones de crecimiento vigentes para el país, conocer sobre los signos y síntomas de los trastornos alimentarios y el efecto del consumo de bebidas energizantes.

Adultez: Experiencia en atención en salud y educación de población adulta. Conocer el enfoque de curso de vida, considerando las características y potencialidades de este momento del desarrollo, reconocer los efectos acumulativos (positivos y negativos) para la salud a lo largo de la vida, reconocer la influencia de los sucesos vitales sobre el estado de salud y la importancia de las vidas interconectadas en el desarrollo de los adultos. Reconocer la detección temprana de factores de riesgo, realizar prevención de enfermedades crónicas y de uso de sustancias psicoactivas, realizar promoción de derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos, envejecimiento saludable y activo, alimentación y nutrición saludable y segura, seguridad laboral, salud mental, habilidades para la vida, promover el cuidado de sí, de los otros y de la naturaleza

[41] Las acciones de los servicios de salud pueden ser poco eficaces porque no afectan los contextos en los que crecen y viven los/as jóvenes, particularmente en esta etapa las intervenciones que afecten a los grupos de referencia (pares y familia) pueden tener mayores resultados.

y promover la participación social y las redes de apoyo social y comunitario.Tener conocimiento sobre las guías alimentarias para la población mayor de 2 años y peso saludable.

Vejez: Ciclo de entrenamiento cognitivo y emocional: Andragogía con entrenamiento específico en diseño, planeación y ejecución de programas y estrategias de estimulación cognitiva y emocional para adultos mayores.

Ciclo de promoción y mantenimiento de la salud: Derechos humanos y libertades fundamentales de las personas adultas mayores; enfoque de curso de vida considerando los efectos acumulativos de las acciones en salud realizadas en momentos vitales anteriores y su impacto en la vejez; envejecimiento activo (proceso de optimización de las oportunidades en salud, entornos físicos, familiares, sociales, económicos y políticos que favorezcan el envejecimiento activo y la independencia, participación y seguridad de las personas adultas mayores); el mantenimiento de la funcionalidad y la calidad de vida de las personas adultas mayores como principales indicadores de salud y bienestar; uso de tecnologías que incidan en la prevención de la dependencia y la fragilidad; estrategias que impulsen la solidaridad e intercambio intergeneracional que guíen las acciones dirigidas a la población adulta mayor; el abordaje de los determinantes sociales de la salud con énfasis en el género y la cultura incidentes en el proceso de envejecer activamente en las distintas comunidades; conocimientos actualizados en la normatividad vigente y con competencias comunicativas para la atención integral en salud a las personas adultas mayores. tener conocimiento sobre las guías alimentarias para la población mayor de dos (2) años, peso saludable, identificar el tipo de alimentos más tolerados, la consistencia apropiada, formas de preparación que se adapte a este grupo de edad y a la cultura.

Familias: Estrategias para la orientación y consejería familiar para promover el desarrollo y cuidado de la familia y el fortalecimiento de vínculos afectivos, el apego, la disciplina positiva, la convivencia y la transformación positiva del entorno.

16.4 Descripción del procedimiento

16.4.1 Duración e intervalo de las sesiones

Educación individual (a cargo de las EAPB): Cada sesión educativa individual, así como la grupal para una familia tendrá una duración de 20 a 30 minutos.

Educación grupal (a cargo de las EAPB): Las sesiones educativas grupales estarán integradas en dos (2) ciclos por momento de curso de vida (cada ciclo tendrá mínimo tres (3) sesiones y máximo seis (6) – desarrollando cada ciclo entre uno (1) y tres (3) meses. Duración entre 90 y 120 minutos.

En total, una persona debería asistir a mínimo 12 ciclos educativos en el curso de su vida. En la familia se realizará como mínimo un ciclo cuando se defina en función de los hallazgos de la valoración.

La EAPB tendrá una oferta permanente de ciclos educativos para garantizar la cobertura a todos sus afiliados, por momento de curso de vida.

Educación colectiva (en el marco del Plan de salud pública de intervenciones colectivas):

Mínimo dos (2) ciclos al año por grupo poblacional o colectivo priorizado en los entornos para desarrollar el proceso. Cada ciclo está compuesto de 9 a 12 sesiones con el mismo grupo, a fin de favorecer el logro de un resultado concreto –acorde con el PTS-, el número de sesiones y contenidos deberá ser previamente definido y acordado con los participantes.

En zona rural dispersa, se realizará mínimo un (1) ciclo al año por grupo poblacional o colectivo priorizado en los entornos. En zona rural y urbana, se realizará como mínimo dos (2) ciclos al año. (Si el área rural es de difícil acceso o queda a más de cuatro (4) horas de la cabecera municipal se podrá desarrollar un (1) ciclo al año)

Cada sesión de educación colectiva tendrá una duración de 2 a 3 horas.

16.4.2 Consideraciones generales de operación y complementariedad

a. Realizar las sesiones educativas en los entornos que garanticen la mejor cobertura[42].
b. No duplicar acciones con la misma población o en el mismo entorno. Esto implica generar espacios de concertación entre las respectivas Direcciones Territoriales de Salud y las EAPB, de tal manera que se establezcan procesos de complementariedad tanto en relación con los territorios y poblaciones que se abordan, como en relación con las capacidades a desarrollar.
c. Considerar la realización de las sesiones en jornada extracurricular, extra laboral o los fines de semana (en la medida de lo posible, concertarlo con las comunidades o grupos de participantes).
d. Considerar opciones de virtualidad, con supervisión, dadas las dificultades para la movilización, o bien, dadas las características socio psicológicas de ciertos grupos, por ejemplo, los adolescentes.
e. Construir material didáctico apropiado para cada tipo de población y disponer de lugares amplios, donde se puedan mover las sillas, se cuente con mesas de trabajo, sea iluminado, sin ruidos que interrumpan las acciones, con suficiente ventilación y luz natural, entre otros aspectos.
f. Para el desarrollo metodológico de los ciclos educativos grupales dirigidos a niños y niñas, se sugiere contemplar la participación de padres y cuidadores en compañía de los niños(as), especialmente cuando no han ingresado a la educación inicial, de manera que, durante los contenidos que impliquen el diálogo con adultos, se pueda disponer de un apoyo para su cuidado y que los contenidos que implican un desarrollo práctico involucren al niño(a) facilitando la apropiación mediante la experiencia vivencial.

[42] Los prestadores identificarán la cantidad de personas y familias afiliadas que comparten un determinado territorio o entorno, para implementar las sesiones educativas en aquellos lugares donde se logre mayor cobertura y se facilite el acceso de los participantes en el proceso (modalidad extramural). De esta forma, adicionalmente, se logra adherencia al mismo y se reducen barreras de acceso a los procedimientos definidos en la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud.

g. La definición de las condiciones para el desarrollo de las sesiones (lugar, contenidos, tiempos, etc) deberan ser concertados con la población sujeto.

16.5 Resultados, capacidades y contenidos a desarrollar mediante educación para la salud

La RPMS sugiere por momento de curso de vida los contenidos a desarrollar para alcanzar los resultados. En este sentido, las Direcciones Territoriales de Salud y las EAPB, diseñarán e implementarán los respectivos ciclos pedagógicos y sesiones educativas teniendo en cuenta lo establecido a continuación y las temáticas que sean más pertinentes según la caracterización poblacional de los afiliados a las EAPB o de acuerdo con las tensiones identificadas en el proceso de planeación territorial en salud y conforme a las orientaciones pedagógicas, metodológicas y didácticas contenidas en el documento de marco conceptual y metodológico de educación (y comunicación) para la salud en el marco de las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS.

Para la planeación de las sesiones ejecutadas a nivel grupal y colectivo, se podrán seleccionar algunos de los contenidos propuestos en este procedimiento; ahora bien, no es imperativo desarrollarlos todos, sino que se debe seleccionar aquellos que tengan mayor potencial movilizador de la capacidad a desarrollar, y los que se requieran abordar con mayor énfasis, según los hallazgos de las consultas o los intereses y necesidades manifestados por los individuos, familias, trabajadores informales o comunidades.

En conclusión, las capacidades y los contenidos de los ciclos de educación para la salud pueden ser ajustados de acuerdo con i) la identificación de capacidades a ser fortalecidas con las personas o familias, ii) Las necesidades de salud identificadas, y iii) las inquietudes de los grupos con los que se trabajará y iv) las orientaciones pedagógicas, metodológicas y didácticas contenidas en el documento de marco conceptual y metodológico de educación (y comunicación) para la salud en el marco de las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS.

16.5.1 Resultados, capacidades a desarrollar y contenidos sugeridos para la primera infancia

Resultados de salud esperados

- Padres, madres y cuidadores con conocimientos, actitudes y prácticas que le permiten promover un adecuado estado nutricional y prevenir las enfermedades relacionadas con el régimen alimentario en niños y niñas.
- Niños y niñas alimentados exclusivamente con lactancia materna hasta los 6 meses.
- Niñas y niños con hábitos alimentarios saludables.

Capacidades a trabajar con los padres, madres y cuidadores

- Conocen la importancia y aspectos claves para el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva que les permitan amamantar de forma exclusiva en los primeros seis meses.
- Conocen cómo suministrar una alimentación saludable de acuerdo con la edad de los niños y sus requerimientos nutricionales.
- Conocen la forma de iniciar y continuar la alimentación complementaria, lo que les permite hacerlo de forma adecuada.
- Conocen cómo garantizar una alimentación saludable con lactancia materna de forma complementaria hasta los dos años y cómo administrar los micronutrientes que les permite alimentar al niño de forma balanceada, de acuerdo con sus requerimientos nutricionales, la disponibilidad de alimentos y las costumbres alimentarias.
- Conocen cómo realizar el destete cuando así lo desee la madre y los requerimientos del niño lo permitan.
- Reconocen los contenidos de los rótulos (etiquetas) y saben qué alimentos pueden o no suministrar, de acuerdo con la edad de los niños.
- Saben cómo es posible mejorar la alimentación de sus hijos y su familia, seleccionando alimentos con mayor valor nutricional.
- Padres y cuidadores reconocen los factores que favorecen la práctica de hábitos alimentarios saludables de sus hijos, lo que les permite la adquisición y preparación de alimentos sanos e inocuos.

Contenidos de las sesiones educativas

Menores de 6 meses	6 a 11 meses	12 a 23 meses	2 a 3 años	3 a 5 años
Promoción de hábitos y rutinas alimentarios saludables (horario, uso de cubiertos, no uso de biberón, inicio de alimentación del niño o niña a partir de los 12 meses y el papel de la alimentación en familia y comunidad como una actividad que crea vínculos afectivos, entre otros).				
Conocimiento sobre crecimiento e incremento de peso adecuado (gráficas de crecimiento).				
El papel de la lactancia materna en la construcción del vínculo afectivo. Resolución de dudas sobre la lactancia (p ej técnica y frecuencia para amamantar, reconocimiento del hambre y saciarse del niño,				

extracción, transporte y almacenamiento de la leche materna, cuidado adecuado de las mamas y alimentación de la madre durante la lactancia).				
Recomendaciones de la importancia de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, para promover el vínculo afectivo, el neurodesarrollo adecuado; el desarrollo de cara y de funciones como deglución, masticación y la digestión; proteger el niño de alergias y entero infecciones y del aparato respiratorio; favorecer el inter relacionamiento con las personas; prevenir el sobrepeso, la obesidad, cáncer del sistema hematopoyético, etc.	La importancia de introducción y evolución adecuada de la alimentación complementaria de acuerdo con la disponibilidad de alimentos y costumbres alimentarias; que provea las calorías y nutrientes necesarios y favorezca los procesos de masticación, deglución, y desarrollo motor y promueva el adecuado neurodesarrollo. Importancia del mantenimiento de la lactancia materna. Alimentación perceptiva.	Continuidad de la lactancia materna como un factor protector y nutricional. Orientación sobre suplementación con micronutrientes.		
Orientaciones para el inicio adecuado de la alimentación complementaria de acuerdo a la disponibilidad de alimentos y costumbres alimentarias. Condiciones de higiene en el almacenamiento y preparación de los	Alimentación saludable de acuerdo a la disponibilidad de alimentos y costumbres alimentarias, lactancia complementaria y suplementación con micronutrientes. Rutinas en la alimentación y el inicio de alimentación sola del niño.	La alimentación adecuada y como espacio de interacción con la familia	Resolución de dudas sobre la alimentación y orientación para la preparación de loncheras saludables	

alimentos.	Orientación sobre el destete.			
	• Alimentación variada y saludable apoyándose en las guías alimentarias, cuando aplique (grupos de alimentos, tamaños y número de porciones recomendados para la población menor de cinco años), con diferentes consistencias y sabores, de acuerdo a su edad, la disponibilidad de alimentos de la región y costumbres alimentarias.			
	• Beneficios del control médico periódico a fin de valorar prácticas de consumo de alimentos y establecer el estado nutricional de las personas, entre otros • Conocer y controlar los riesgos asociados al consumo de: 1) alimentos ricos en sal, grasas saturadas, grasas trans, y con azúcares añadidos. 2) bebidas energizantes y productos procesados y ultra procesados. • Técnicas de almacenamiento y elaboración de alimentos que permitan la inocuidad de los alimentos y la conservación de sus propiedades nutricionales. • Resolver las inquietudes frente a mitos y creencias sobre el consumo de alimentos y bebidas. • Lectura e interpretación del rotulado nutricional de los alimentos envasados para consumo humano.			

Resultados de salud esperados

- Padres y cuidadores con prácticas para el cuidado de la salud y crianza promotora de la salud y del desarrollo de niñas y niños.
- Personas que se desarrollan adecuadamente desde el punto de vista físico motor, socio-emocional y cognitivo.

Capacidades a trabajar con los padres, madres y cuidadores

- Comprenden la importancia del vínculo afectivo y del apego seguro en la crianza para el desarrollo integral, lo que les permite establecer una vinculación afectiva y comunicación asertiva entre ambos padres y la familia con el niño/a.
- Conocen los derechos de los niños, con énfasis en el derecho a la salud, para su exigibilidad.
- Padres y cuidadores crean un clima de buen trato con los niños y al interior de la familia, y previenen el maltrato a los niños.
- Comprenden la importancia y los aspectos clave de la crianza para favorecer el desarrollo y promover la salud y los contrastan con sus creencias sobre ésta, a partir de su experiencia cuando eran niños o con sus hijos anteriores.
- Acompañan el desarrollo de su hijo a través de una crianza favorecedora del desarrollo integral y promotora de la salud.
- Conocen las necesidades cotidianas y formas de comunicación del bebé, lo que les permite establecer sus rutinas de cuidado y hábitos de forma segura.
- Son amorosos seguros y pacientes para asegurar los cuidados básicos al bebé.
- Reconocen la importancia del rol compartido en la crianza entre cuidadores que les permite definir tareas compartidas.
- Reconocen los cambios esperados en el desarrollo según la edad, que les permite realizar las acciones clave para acompañarlo y buscar ayuda cuando lo consideren necesario.
- Conocen algunos aspectos clave para prepararse como familia y preparar al niño al ingreso a la educación inicial y escolar.
- Reconocen los riesgos de los entornos cotidianos para el desarrollo, lo que le permite implementar las medidas para garantizar entornos seguros y protectores.

Capacidades a trabajar con los niños y niñas de 3 a 5 años				
• Reconoce su cuerpo y comienza a apropiar mensajes claves para el cuidado del mismo.				
Contenidos de las sesiones educativas				
Menores de 6 meses	**6 a 11 meses**	**12 a 23 meses**	**2 a 3 años**	**3 a 5 años**
Reconocimiento de cambios esperados en el desarrollo del niño o niña según la edad y desarrollo de autoestima, autonomía, creatividad, felicidad, solidaridad, salud y resiliencia.				
Importancia del vínculo afectivo y del apego seguro en el cuidado y desarrollo del niño por parte de ambos padres y cuidadores y la familia.				
Reflexión sobre las creencias relacionadas con las pautas crianza y su relación con las metas de desarrollo.				
El papel de la exploración del mundo por parte del niño en el desarrollo. Estrategias para estimular el desarrollo integral en el rango de edad, con énfasis en comunicación asertiva y desarrollo psicomotor.	El papel del juego en el desarrollo. Estrategias para estimular el desarrollo integral en el rango de edad con énfasis en desarrollo psicomotor, autorregulación, exploración independiente, inicio del establecimiento de límites y disciplina –manejo de rabietas o pataletas-, enseñanza con el ejemplo, manejo de conflictos familiares.	El papel de la lectura en el desarrollo. Estrategias para estimular el desarrollo integral en el rango de edad con énfasis en: desarrollo psicomotor, comunicación de gustos e intereses, lenguaje, interacción social, manejo de la variación del comportamiento mediante establecimiento de límites sin castigo –manejo de rabietas y pataletas.	Estrategias para estimular el desarrollo integral en el rango de edad con énfasis en desarrollo psicomotor, exploración repetitiva y perfeccionista, autoconfianza, imitación, estímulo a elecciones independientes, aprendizaje de reglas básicas para la interacción familiar, lenguaje, comunicación e interacción social con sus pares, preparación para el ingreso a la educación inicial.	Estrategias para estimular el desarrollo integral en el rango de edad con énfasis en destrezas motoras -coordinación, estabilidad, equilibrio-, curiosidad, imaginación y manejo de temores, reconocimiento de sentimientos propios y de otros, estímulo y aprendizaje de reglas para la interacción social y con sus pares de forma asertiva, propiciar la toma de elecciones, lenguaje y comunicación, exploración sexual, preparación para la transición al colegio.
Necesidades básicas de cuidado del bebé. Manejo del llanto que genere apego seguro Resolución de dudas sobre el establecimiento de rutinas de cuidado y	Acompañar la instauración de las rutinas: Quedarse dormido solo, limpieza de la boca y dientes, no exposición a pantallas.	Acompañar la instauración y mantenimiento de las rutinas: baño diario, cepillado de dientes, lavado de manos, horarios establecidos para las rutinas (sueño, comida), restricción al uso de pantallas con supervisión,	Resolución de dudas para mantener las rutinas trabajadas.	Acompañar el mantenimiento de las rutinas que el niño comienza a realizar independiente (comer, bañarse, vestirse y cepillar los dientes, lavado de manos, limpieza genital con supervisión) y resolver

hábitos con seguridad: sueño seguro, cambio de pañal-lavado de manos, el baño, cuidado bucal, la alimentación; modulación del estado de ánimo, fotoprotección. Establecimiento de roles en la crianza de los cuidadores y redes de soporte.		juego y actividad física incluyendo al aire libre, sonarse, entrenamiento para control de esfínteres y uso de la bacinilla.		dudas para mantener las demás.
				Contenido dirigido a las niñas y niños: Reconocimiento del cuerpo, el respeto al mismo y a su privacidad. Mensajes claves sobre los hábitos para el cuidado del mismo por parte del niño (baño, lavado de manos, cepillado de dientes, comer sanamente).

Resultados de salud esperados

- Padres, madres y cuidadores con capacidades para identificar signos de alarma o complicaciones en el estado de salud de sus hijos/as

Capacidades a trabajar con los padres, madres y cuidadores

- Conocen y ponen en práctica las medidas de prevención para las enfermedades o problemas de salud más frecuentes en los niños y en caso de presentarse saben cuándo buscar atención en salud así como hacer un manejo adecuado en casa.
- Actúan con seguridad y tranquilidad frente al manejo adecuado de enfermedades del niño.

Contenidos de las sesiones educativas

Menores de 6 meses	6 a 11 meses	12 a 23 meses	2 a 3 años	3 a 5 años
• Medidas claves para la prevención de enfermedades en el primer año (p ej infecciones		• Resolución de dudas sobre las medidas claves para la prevención de enfermedades, signos de alarma para la búsqueda de atención en salud y		

respiratorias, diarrea, muerte súbita del lactante, broncoaspiración, transmitidas por alimentos, transmitidas por vectores) incluyendo la importancia de las vacunas y controles. • Uso del termómetro • Reconocimiento de signos de alarma para la búsqueda de atención en salud y acciones para el manejo adecuado en casa de gripa, diarrea, fiebre y problemas comunes (constipación, sarpullido o brotes).	acciones para el manejo en casa adecuado en casa de enfermedades o problemas comunes. • Signos de sospecha de maltrato y abuso sexual.

16.5.2 Resultados, capacidades a desarrollar y contenidos sugeridos para la infancia

Resultados de salud esperados
• Padres y cuidadores con conocimientos, actitudes y prácticas que le permiten promover un adecuado estado nutricional y prevenir las enfermedades relacionadas con el régimen alimentario en niños y niñas. • Niñas y niños con hábitos alimentarios saludables. • Individuos con conocimientos, actitudes y prácticas que le permiten promover un adecuado estado nutricional y prevenir las enfermedades relacionadas con el régimen alimentario.
Capacidades a trabajar con los padres y cuidadores
• Conocen cómo puede suministrar una alimentación saludable de acuerdo con la edad de los niños y sus requerimientos nutricionales. • Reconocen los contenidos de los rótulos (etiquetas) y saben qué alimentos puede o no suministrar, de acuerdo con la edad de los niños. • Saben que es posible mejorar la alimentación de sus hijos y su familia, seleccionando alimentos con mayor valor nutricional. • Comprenden las gráficas de crecimiento y la importancia del control de crecimiento y desarrollo.
Capacidades a trabajar con los niños
• Desarrolla rutinas de consumo de alimentos en familia, e interactúa con los demás integrantes. • Los niños conocen cuáles son los alimentos saludables y están familiarizados con su consumo y formas de presentación. • Los niños y las niñas eligen los alimentos saludables y están familiarizados con su consumo y formas de presentación. • Los niños reconocen los alimentos no saludables y conocen los riesgos del consumo. • Los niños y las niñas participan en la selección de los alimentos a consumir.

<table>
<tr><th colspan="2">Contenidos de las sesiones educativas</th></tr>
<tr><th>Niños(as) de 6 a 8 años</th><th>Niños(as) de 9 a 11 años</th></tr>
<tr><td colspan="2">

Promoción de hábitos y rutinas alimentarios saludables (horario, uso de cubiertos, desayuno, el papel de la alimentación en familia y comunidad como una actividad que crea vínculos afectivos, entre otros).
Alimentación variada y saludable apoyándose en las guías alimentarias (grupos de alimentos, tamaños y número de porciones recomendados según edad), con diferentes consistencias y sabores, de acuerdo a su edad, la disponibilidad de alimentos de la región y costumbres alimentarias.
Beneficios del control médico periódico a fin de valorar prácticas de consumo de alimentos y establecer el estado nutricional de las personas, entre otros.
Conocer y controlar los riesgos asociados al consumo de: 1) alimentos ricos en sal, grasas saturadas, grasas trans, y con azúcares añadidos. 2) bebidas energizantes y productos procesados y ultra procesados. 3) suplementos dietarios no formulados por el personal competente en salud (médico-nutricionista).
Técnicas de almacenamiento y elaboración de alimentos que permitan la inocuidad de los alimentos y la conservación de sus propiedades nutricionales.
Resolver las inquietudes frente a mitos y creencias sobre el consumo de alimentos y bebidas.
Lectura e interpretación del rotulado nutricional de los alimentos envasados para consumo humano.
Comprensión de las gráficas de crecimiento y la importancia del control de crecimiento y desarrollo.

</td></tr>
<tr><th colspan="2">Resultados de salud esperados</th></tr>
<tr><td colspan="2">

Padres y cuidadores con prácticas para el cuidado de la salud y crianza promotora de la salud y del desarrollo de niñas y niños.

</td></tr>
<tr><th colspan="2">Capacidades a trabajar con los padres y cuidadores</th></tr>
<tr><td colspan="2">

Comprenden las pautas de crianza (comportamientos, actitudes y prácticas) que promueven el desarrollo del niño según su edad y sucesos vitales (incluyendo la transición a la adolescencia).
Aceptan el proceso de crecimiento y desarrollo del niño o niña lo que les permite afianzar prácticas de crianza que promueven su desarrollo.
Aceptan los cambios que se producirán con la adolescencia a nivel individual y familiar.
Valoran los resultados de sus pautas de crianza aprendidas mediante el proceso educativo en salud.
Comprenden los elementos para la prevención de accidentes, violencias y abuso sexual, lo que les permite garantizar entornos seguros, protectores y promotores del desarrollo integral.
Discriminan los riesgos de accidentes, lesiones y violencias que enfrentan los niños en su transición a la adolescencia y conocen las medidas que deben tomarse para protegerlos.
Valoran la seguridad y protección de los entornos en los que permanecen.
Disfrutan una relación que les permite comunicarse profundamente con sus hijos.
Conocen los derechos de los niños a la atención en salud.
Conocen las rutas intersectoriales de protección de los derechos de los niños.

</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th colspan="2">Capacidades a trabajar con los niños</th></tr>
<tr><td colspan="2">

Comprenden los cambios relacionados con la pubertad.
Conocen y afianzan nuevas medidas para prevenir accidentes y violencias.
Toman medidas para fortalecer la seguridad de sus entornos de vida.
Valoran la seguridad y protección de los entornos en los que permanecen.
Disfrutan una relación que les permite comunicarse profundamente con sus padres.
Comunican las situaciones en las que se han sentido agredidos física, psicológica o sexualmente.
Conocen sus derechos y la posibilidad de exigirlos ante la familia, la sociedad y el Estado.
Se consideran a sí mismos como sujetos titulares de derechos lo que les permite exigirlos y solicitar el restablecimiento de los mismos cuando son vulnerados.

</td></tr>
<tr><th colspan="2">Contenidos de las sesiones educativas</th></tr>
<tr><td colspan="2">

El niño según la edad y las características del desarrollo integral: Nuevas habilidades del niño (motrices, adaptativas, comunicativas, psicológicas, etc.), Interacciones sociales del niño.
Patrones de crianza que promueven y fortalecen el desarrollo integral del niño.
Expresión positiva de emociones y manejo de estrés
Estilos de comunicación al interior de la familia, que fomenten la expresión de ideas, emociones y posturas de forma constructiva.

</td></tr>
<tr><th>Niños(as) de 6 a 8 años</th><th>Niños(as) de 9 a 11 años</th></tr>
<tr><td>

Preparación sobre el inicio de la pubertad (inicio de estirón de crecimiento, menstruación y eyaculación). Que conozcan que esta situación puede darse tempranamente en la vida y puede presentarse al final de la infancia (es preparativo).
Acciones para garantizar entornos seguros y protectores: Prevención de accidentes (uso de protectores para las prácticas deportivas, medidas para la movilidad segura de los niños, uso supervisado de computadores y redes sociales, evitar contacto con armas).
Prevención y reconocimiento de síntomas de violencias y de abuso sexual.
Medidas para evitar exposición y consumo de sustancias psicoactivas.
Derechos de los niños, con énfasis en lo relacionado con la atención en salud.

</td><td>

Transición a la adolescencia (refuerza lo del ciclo de 6 a 8 años).
Acompañamiento en proyecto de vida, sexualidad (Desarrollo puberal, menstruación, eyaculación, autonomía en la vivencia de la sexualidad libre e informada, explicación sobre los cambios fisiológicos, psicológicos y sociales del desarrollo puberal; identidad de género, postergación del inicio de relaciones sexuales, responsabilidades de la maternidad y paternidad).

</td></tr>
</table>

Capacidades a trabajar con los padres y cuidadores

- Comprenden las prácticas y medidas más importantes para que los niños disfruten del mejor nivel posible de salud, lo que les permite ofrecer oportunidades para su desarrollo y acompañar a los niños en el aprendizaje de los hábitos y estilos de vida saludable.
- Aprecian y practican hábitos y estilos de vida saludables ellos mismos y los promueven en los niños.

Capacidades a trabajar con los niños

- Consolidan su aprendizaje y práctica de hábitos y estilos de vida saludable.
- Reconocen la importancia de la actividad física en su desarrollo y la practican.
- Mantienen rutinas y hábitos de cuidado de todo su cuerpo (incluyendo el cuidado de su boca) como una expresión de su autoconcepto positivo.

Contenidos de las sesiones educativas

Niños(as) de 6 a 8 años	Niños(as) de 9 a 11 años
Pautas de crianza para acompañar el establecimiento o mantenimiento de hábitos y prácticas saludables: Control de esfínteres, alimentación apropiada y balanceada para el crecimiento y peso saludable, actividad física y deportes organizados, uso de pantallas y dispositivos de audio, aprendizaje de hábitos de higiene corporal y de higiene oral que realice el niño de forma independiente, foto protección, ergonomía postural, uso periódico de los servicios de salud, autoconcepto y autovaloración (expresado en auto cuidado).	Pautas de crianza para mantener los hábitos y prácticas saludables en la transición a la adolescencia: alimentación apropiada y balanceada para el crecimiento y peso saludable, actividad física y deportes organizados, preocupaciones sobre peso e imagen corporal (auto imagen), uso de pantallas a esta edad, mantenimiento de hábitos de higiene corporal y de higiene oral, foto protección, uso periódico de los servicios de salud (valoración de los mismos para su cuidado).

- Beneficios del uso de medidas para reducir la exposición a radiación solar ultravioleta, a través de medidas físicas (sombrero y ropa adecuada), y químicas (protectores solares, labiales con protector solar)
- Reconocimiento de valores y creencias del niño frente a la salud.

Capacidades a trabajar con los padres y cuidadores

- Conocen los derechos de los niños y comprenden su rol de corresponsables en la garantía y la exigibilidad de los mismos.
- Reflexionan sobre sus patrones de crianza a la luz de los derechos de los niños.
- Aprecian e incorporan los derechos de los niños en sus patrones de crianza y sus prácticas de cuidado.
- Son corresponsables en la garantía de los derechos del niño y en su exigibilidad incluyendo la transición infancia-adolescencia.

Capacidades a trabajar con los niños

- Los niños conocen sus derechos y la posibilidad de exigirlos ante la familia, la sociedad y el Estado.

- Se consideran a sí mismos como sujetos titulares de derechos, lo que les permite exigirlos y solicitar el restablecimiento de los mismos cuando son vulnerados.
- Conocen formas de prevención y detección temprana del abuso.

Niños(as) de 6 a 8 años	Niños(as) de 9 a 11 años

- Protección integral de la niñez: ¿Por qué son importantes los derechos?, ¿Cuáles son los derechos?, ¿Cómo se garantizan los derechos de los niños en todos sus entornos de vida?, ¿Cuáles son las vulneraciones de los derechos de los niños?, ¿Cómo se exigen?, ¿Cómo se restablecen?, ¿Quiénes son los responsables de garantizarlos?
- Derechos de los niños a la atención en salud.
- Prevención y detección temprana del abuso.

Resultados de salud esperados

- Niñas y niños que afrontan adecuadamente los sucesos vitales

Capacidades a trabajar con los padres y cuidadores

- Escuchan activa y empáticamente a los niños y niñas.
- Reconocen los cambios que indican sufrimiento emocional en los niños.
- Comprenden las capacidades que requieren los niños para afrontar adecuadamente los sucesos vitales y les ayudan a desarrollarlas

Capacidades a trabajar con los niños

- Comprenden las situaciones críticas (sucesos vitales) que les suceden y comprenden que tienen recursos propios para afrontarlos adecuadamente

Contenidos de las sesiones educativas

Niños(as) de 6 a 8 años	Niños(as) de 9 a 11 años

- Comprensión de los eventos vitales y su influencia en la salud presente y futura.
- Auto percepción del estrés y manejo adecuado de situaciones estresantes (flexibilidad psicológica, adaptación a los cambios, afianzamiento de valores que promueven el desarrollo, re significación de las situaciones, capacidad para superar y transformar las experiencias doloras y sobreponerse a ellas).
- Reconocimiento de síntomas depresivos y conductas de riesgo.
- Fortalecimiento de los auto esquemas positivos (autoestima, autoconcepto, autovaloración; desarrollar capacidad de ver lo positivo, aceptar que el cambio es parte de la vida).
- Fortalecimiento de la comunicación y los vínculos familiares.
- Fortalecimiento de las redes de apoyo social y comunitarias (tener amigos, ayudar a los demás, preocuparse por los otros, cuidarse y cuidar con los otros, fijarse metas).

Resultados de salud esperados

- Personas con adecuado estado de salud bucal sin daño o pérdida de dentición por enfermedades prevenibles.

Capacidades a trabajar con los padres, madres, cuidadores

- Conocen los factores que favorecen la salud bucal de los niños/as desde el nacimiento (y el desarrollo de funciones como deglución, masticación, fonación, socialización, entre otros), lo que les permite realizar un cuidado adecuado de la salud bucal en la vida cotidiana.
- Conocen los cambios de la cavidad bucal a través de los momentos del curso de vida y los factores que desde el nacimiento, contribuyen a la presencia de enfermedades bucales, que les permite identificar oportunamente las necesidades de atención odontológica y acompañar o realizar adecuadamente las prácticas de salud bucal.
- Conoce los derechos para la atención en salud bucal.

Contenidos de las sesiones educativas

Niños(as) de 6 a 8 años	Niños(as) de 9 a 11 años
• Procedimientos e intervenciones de odontología para la detección temprana, protección específica y demás, a los que tienen derecho la persona acorde con su afiliación al sistema de salud, edad o necesidades particulares y los mecanismos para acceder efectivamente a los mismos (en concordancia con las RIAS: consulta odontológica, valoración del riesgo y de estructuras dentomaxilofaciales, aplicaciones de barniz de flúor, sellantes, profilaxis e higiene en consulta odontológica). • Adecuadas prácticas de higiene bucal, incluye; beneficios del uso de elementos de higiene bucal y como hacer buen uso de los mismos. (Cepillos uni-dedales, cremas dentales con flúor, enjuagues bucales, otros aditamentos de higiene, uso limitado de cantidades de crema, frecuencia y técnicas de cepillado, no compartir cepillos). • Riesgos del consumo de alimentos no saludables (excesos de azúcares, grasas trans, otros en alimentos procesados). • Signos y síntomas que alertan la presencia de enfermedades bucales (dentales y de los demás tejidos) y sus consecuencias: dolor, malestar, abscesos, inflamaciones, baja autoestima, alteraciones de los procesos de alimentación, complicaciones de enfermedades generales presentes, pérdida dental, otros. • Beneficios del reconocimiento, auto reconocimiento y auto examen de los tejidos en boca, para identificar enfermedades bucales, que generan riesgo ante la presencia de condiciones sistémicas o en etapas como la gestación y que conllevan a complicaciones (bajo peso al nacer, preeclampsia, parto pre término, enfermedades cardiovasculares, lesiones en paciente diabético y con EPOC, entre otros). • Riesgos de hábitos como onicofagia, morder objetos, entre otros y su relación con la autoestima y el manejo adecuado del estrés. • Beneficios del uso de elementos de protección bucal, durante prácticas deportivas y otras actividades de riesgo de trauma en cara y boca.	

16.5.3 Resultados, capacidades a desarrollar y contenidos sugeridos para la adolescencia, la juventud y adultez

Resultados de salud esperados
• Personas con adecuado estado nutricional de acuerdo a su edad
Capacidad a trabajar con los adolescentes, jóvenes y adultos
• Conoce cómo puede tener una alimentación saludable de acuerdo a su estado de salud, y requerimientos nutricionales. • Reconoce los contenidos de los rótulos (etiquetas) y sabe qué alimentos puede o no consumir, de acuerdo con su condición de salud. • Siente que es posible mejorar la propia alimentación, seleccionando alimentos con mayor valor nutricional. • Desarrolla rutinas de consumo de alimentos en familia, de forma participativa con los demás integrantes. • Comprende la importancia de conocer su peso y mantener una alimentación saludable como factor protector de la salud. • Conocen los riesgos asociados al consumo de: 1) alimentos ricos en sal, grasas saturadas, grasas trans, y con azucares añadidos; 2) bebidas energizantes y productos procesados y ultra procesados.
Contenidos de las sesiones educativas
• Promoción de hábitos y rutinas alimentarios saludables (horario, uso de cubiertos, desayuno, el papel de la alimentación en familia y comunidad como una actividad que crea vínculos afectivos, entre otros). • Alimentación variada y saludable apoyándose en las guías alimentarias (grupos de alimentos, tamaños y número de porciones recomendados según edad), con diferentes consistencias y sabores, de acuerdo a su edad, la disponibilidad de alimentos de la región y costumbres alimentarias. • Beneficios del control médico periódico a fin de valorar prácticas de consumo de alimentos y establecer el estado nutricional de las personas, entre otros. • Conocer y controlar los riesgos asociados al consumo de: 1) alimentos ricos en sal, grasas saturadas, grasas trans, y con azúcares añadidos. 2) bebidas energizantes y productos procesados y ultra procesados. 3) suplementos dietarios no formulados por el personal competente en salud (médico-nutricionista). • Técnicas de almacenamiento y elaboración de alimentos que permitan la inocuidad de los alimentos y la conservación de sus propiedades nutricionales. • Resolver las inquietudes frente a mitos y creencias sobre el consumo de alimentos y bebidas. • Lectura e interpretación del rotulado nutricional de los alimentos envasados para consumo humano. • Opciones de elecciones de preparaciones y platos saludables cuando se consume la alimentación fuera de casa. • Concepto de peso saludable y estrategias para reconocimiento del mismo.

Resultados de salud esperados • Personas con prácticas para el cuidado de su salud
Capacidad a trabajar con los adolescentes, jóvenes y adultos
• Construye su propia identidad, actitudes y comportamientos a partir del análisis crítico de los contextos, desnaturalizando normas y modelos sociales y problematizándolos desde un enfoque de derechos, para elegir sus propias opciones en la vida. • Comprenden los cambios esperados en el momento de vida que atraviesa y la cultura del envejecimiento activo y saludable, lo que les permite generar hábitos y prácticas de cuidado para el mantenimiento de su salud y la prevención de condiciones crónicas • Toma decisiones constructivas respecto de su propia vida, tendiendo a ser más autónomo, a enfrentar presiones e influencias negativas, a actuar consecuentemente con su identidad, con iniciativa y responsabilidad ante su propia vida.
Contenidos de las sesiones educativas
• Análisis de las formas que comúnmente emplean las personas para tomar decisiones para ver sus pro y sus contra. • Identificación y clarificación de los pasos para tomar decisiones adecuadamente, teniendo como base la propia identidad y proyecto de vida. • Reflexión sobre los conflictos éticos, racionales y emocionales que pueden involucrarse al tomar una decisión. • Identificación de las condiciones, prácticas culturales, presiones de pares o pareja que pueden limitar el ejercicio de toma de decisiones. • Entrenamiento y desarrollo de habilidades para el análisis de alternativas, ventajas, desventajas, toma de decisiones. • Cambios psicosociales y físicos que suceden en cada momento del curso de vida y las oportunidades para aprovechar las potencialidades del momento vital, convirtiendo las dificultades en opciones de desarrollo. • Beneficios de las prácticas de bienestar y cuidado de la salud y su relación con riesgos para la salud: salud bucal, visual y auditiva; ergonomía visual y postural; higiene del sueño; foto protección; no consumo de sustancias psicoactivas; consumo responsable de bebidas alcohólicas; actividad física, práctica deportiva, ocio activo, juego, recreación y deporte; manejo seguro de medicamentos; actividades que estimulen las capacidades cognitivas. • Importancia de realizar los exámenes de tamizaje definidos por momento de curso de vida • Prácticas para la realización del auto examen de mama en hombres y mujeres y auto examen de testículo. • Cultura del envejecimiento activo y saludable. • Beneficios del uso de medidas para reducir la exposición a radiación solar ultravioleta, a través de medidas físicas (sombrero y ropa adecuada), y químicas (protectores solares, labiales con protector solar)
Resultados de salud esperados • Personas con adecuado estado de salud bucal sin daño o pérdida de dentición por enfermedades prevenibles
Capacidad a trabajar con los adolescentes, jóvenes y adultos
• Conocen los cambios de la cavidad bucal a través de los momentos del curso de vida y los factores que desde el nacimiento, contribuyen a la salud bucal y a la presencia de enfermedades bucales, que les permite identificar oportunamente las necesidades de atención

odontológica y acompañar o realizar adecuadamente las prácticas de salud bucal.
- Conoce los derechos para la atención en salud bucal.

Contenidos de las sesiones educativas

- Procedimientos e intervenciones de odontología para la detección temprana, protección específica y demás, a los que tienen derecho la persona acorde con su afiliación al sistema de salud, edad o necesidades particulares y los mecanismos para acceder efectivamente a los mismos (en concordancia con las RIAS: consulta odontológica, valoración del riesgo y de estructuras dentomaxilofaciales, aplicaciones de barniz de flúor, sellantes, profilaxis e higiene en consulta odontológica)
- Adecuadas prácticas de higiene bucal, incluye; beneficios del uso de elementos de higiene bucal y como hacer buen uso de los mismos. (Cepillos uni-dedales, cremas dentales con flúor, enjuagues bucales, otros aditamentos de higiene, uso limitado de cantidades de crema, frecuencia y técnicas de cepillado, no compartir cepillos).
- Riesgos del consumo de alimentos no saludables (excesos de azúcares, grasas trans, otros en alimentos procesados).
- Signos y síntomas que alertan la presencia de enfermedades bucales (dentales y de los demás tejidos) y sus consecuencias: dolor, malestar, abscesos, inflamaciones, baja autoestima, alteraciones de los procesos de alimentación, complicaciones de enfermedades generales presentes, pérdida dental, otros.
- Beneficios del reconocimiento auto reconocimiento y auto examen de los tejidos en boca, para identificar enfermedades bucales, que generan riesgo ante la presencia de condiciones sistémicas o en etapas como la gestación y que conllevan a complicaciones (bajo peso al nacer, preeclampsia, parto pre término, enfermedades cardiovasculares, lesiones en paciente diabético y con EPOC, entre otros).
- Riesgos de hábitos como onicofagia, morder objetos, entre otros y su relación con la autoestima y el manejo adecuado del estrés
- Beneficios del uso de elementos de protección bucal, durante prácticas deportivas y otras actividades de riesgo de trauma en cara y boca.
- Riesgos por inicio y consumo de tabaco y alcohol.
- Recomendaciones de cuidados e higiene de dispositivos en boca, como piercing, aparatología de ortodoncia o prótesis dentales.

Resultados de salud esperados

- Personas que ejercen sus derechos sexuales y reproductivos

Capacidad a trabajar con los adolescentes, jóvenes y adultos

- Reconocen y aceptan su cuerpo y construyen su identidad y orientación de género y sexo.
- Identifican sus posibilidades de dar y recibir afecto, lo que les permite reconocer su necesidad de sentir y vivir el placer de las relaciones humanas, sin estigmatización por sus preferencias.
- Construyen relaciones equitativas y solidarias entre géneros, lo que les permite su inserción social desde una ética basada en la equidad y el respeto.
- Revisan sus creencias sobre la sexualidad y la reproducción de acuerdo con el enfoque de derechos.
- Establece rutinas de cuidado físicas y psicológicas en relación con la expresión de su sexualidad.
- Mantienen un ejercicio libre, responsable y placentero de su sexualidad y reproducción.
- Usan métodos de anticonceptivos de forma efectiva para evitar gestaciones no deseadas y evitar contraer o transmitir ITS.

- Conocen e identifican los beneficios del uso de métodos anticonceptivos y adquieren elementos para tomar la decisión de iniciar su uso cuando lo estimen necesario.

Contenidos de las sesiones educativas

- Reconocimiento de los discursos que hay alrededor de la sexualidad, los derechos sexuales y reproductivo y del cuerpo: “normalidad, belleza, orientación sexual, identidad de género” y la posibilidad de recrearlos desde la diversidad.
- Trascender la imagen como valor social central que puede limitar el desarrollo de otras cualidades humanas.
- Identificación del cuerpo y la sexualidad como el primer territorio en el que se es sujeto, incluye identificar sus propias necesidades e intereses en torno a lo erótico para evitar ser objeto de intereses de otras personas.
- Discursos alrededor de la sexualidad y promoción de los derechos sexuales y derechos reproductivos como marco ético de la vivencia de la sexualidad.
- Construcciones sociales de género que legitiman la desigualdad de oportunidades entre hombres, mujeres y personas transgénero, así como entre las diferentes orientaciones sexuales.
- Manifestaciones de estas construcciones de género en lo afectivo, lo erótico, las expectativas que se tienen sobre sí mismo/a o en situaciones como la violencia contra la mujer o el embarazo temprano, promoviendo identidades de género más sanas y flexibles que trasciendan dichas normas sociales.
- Análisis crítico de los mensajes hiper-sexualizados que se promueven en mensajes publicitarios y contextos sociales y que convierten la experiencia sexual en algo desarticulado de su bienestar, sus motivaciones, intereses y necesidades.
- Entrenamiento en la toma de decisiones alrededor de asuntos relativos a la sexualidad, como tener relaciones sexuales, escoger las(los) compañeros sexuales, decidir si se contrae matrimonio, se convive con la pareja o si permanece sola/o, sobre el uso del preservativo, entre otros.
- Generalidades sobre los derechos sexuales y reproductivos.
- Mito de la maternidad y paternidad como única vía de realización personal; re significación en hombres y mujeres y relaciones equitativas y solidarias entre géneros.
- Promoción de prueba voluntaria para VIH.
- Derecho a la interrupción voluntaria del embarazo.
- Fortalecimiento del rol femenino y del rol masculino para la construcción de nuevas formas de expresión.
- Uso regular de métodos de protección (condón masculino o femenino) para el inicio de relaciones sexuales., como mecanismo de prevención de ITS.
- Métodos anticonceptivos, beneficios, indicaciones y forma de uso.
- Brindar información sobre medidas preventivas frente al VPH, haciendo énfasis en la eficacia y seguridad de la vacuna contra el VPH.
- Entrenamiento en la toma de decisiones alrededor de asuntos relativos a la sexualidad, como tener relaciones sexuales, escoger las(los) compañeros sexuales, decidir si se contrae matrimonio, se convive con la pareja o si permanece sola/o, sobre el uso del preservativo, entre otros.

Resultados de salud esperados

- Personas con habilidades sociales y emocionales para la promoción de la salud mental.

Capacidad a trabajar con los adolescentes, jóvenes y adultos

- Reconoce y verbaliza las propias emociones con el fin de dirigirlas de forma eficaz y adquirir autonomía afectiva y emocional.

Contenidos de las sesiones educativas

- Importancia del mundo emocional como necesidad humana (establecimiento de vínculos con otras personas que son imprescindibles para la supervivencia y para la estabilidad emocional).
- Sintonización con el mundo interior, implica saber desde su autobiografía, qué le causa miedo, rabia, dolor, cómo interviene, por ejemplo, la educación de género en lo afectivo.
- Identificación de la manera en que los sentimientos podrían estar siendo proyectados a otras personas o situaciones que revivan en su vida ese momento de su pasado que limiten tener confianza en otros, o al contrario buscar siempre su aprobación limitando su autonomía.
- Importancia de reflexionar y concluir asuntos, buscar la armonía interior, perdonar lo pasado y reconciliarse con aquellos dolores que siguen vigentes.
- Identificación de emociones y sentimientos y las diversas formas de expresarlos.
- Maneras apropiadas de responder ante situaciones que le producen rabia o miedo evitando causarse daño a si mismo, a las demás personas y a su entorno.

En relación con los Derechos sexuales/Derechos Reproductivos:

- Reconocimiento del amor y el enamoramiento como parte de los procesos normales de la adolescencia y forma de expresión de la necesidad de vinculación afectiva en el tránsito evolutivo de las figuras de apego. Implica reconocer las propias necesidades afectivas y desarrollar las habilidades sociales necesarias para satisfacerlas.
- Identificación de cómo la vinculación afectiva previa y las normas sociales de género, en gran medida, determinan los estilos de relación de pareja.
- Desarrollar recursos que permitan evitar relaciones basadas en la dependencia – dominación, en las que sea posible satisfacer las necesidades afectivas y eróticas.
- Formas de orientación del deseo y la afectividad, generar actitudes encaminadas hacia el respeto a la diversidad de opciones sexuales.

Si se trabaja alrededor de la convivencia:

- Entrenamiento en la toma de decisiones alrededor de asuntos relativos a: forma de establecer relaciones con pares y adultos, participar en situaciones de violencia, consumo de SPA u otras relacionadas.

Resultados de salud esperados

- Personas con prácticas que favorecen el establecimiento de relaciones sanas y constructivas

Capacidad a trabajar con los adolescentes, jóvenes y adultos

Interactúa con las demás personas de forma asertiva y empática lo que le permite establecer, mantener o terminar vínculos.

Contenidos de las sesiones educativas

- Análisis del significado de la empatía y entrenamiento en cómo ponerla en práctica permanentemente para fortalecerla.
- Reconocimiento y comprensión de las emociones y sentimientos de otras personas.
- Identificación de la red de interacciones y vínculos que actualmente tiene cada uno y qué le aportan a sus relaciones.
- Importancia de una adecuada comunicación en las relaciones interpersonales y desarrollo de capacidades para comunicar lo que se piensa, siente y quiere, de manera asertiva, así como de afrontar barreras y obstáculos que surgen en los procesos de comunicación entre las personas.

Si se trabaja alrededor de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos:

- Reconocimiento de la sexualidad como una forma de expresión, comunicación y relación con otros/as.
- Empatía como capacidad de interpretar adecuadamente las necesidades del otro y como forma de prevenir acosos y agresiones en el aspecto sexual.
- Reconocimiento de las relaciones afectivas basadas en la explotación, la manipulación o la violencia, estableciendo como límite el respeto de la dignidad y libertad humanas.
- Ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos de una manera firme, sin hacerse ni hacer daño a las demás personas o al entorno.

Si se trabaja alrededor de la convivencia:

- Promover la comunicación dentro de la pareja y la familia, y en su entorno social, fomentando relaciones equitativas, independientemente del sexo y la edad.
- Relaciones significativas que apoyan su bienestar emocional.

Capacidad a trabajar con los adolescentes, jóvenes y adultos

- Incorpora herramientas constructivas, creativas y pacíficas para afrontar dificultades y conflictos cotidianos, como una forma de promover una cultura de la paz.
- Estimula su pensamiento creativo como forma de responder de manera adaptativa y flexible a las situaciones que se presentan en la vida cotidiana.

Contenidos de las sesiones educativas

- Conceptualización sobre lo que es un conflicto y los elementos presentes en los conflictos interpersonales.
- Formas inadecuadas de afrontar los conflictos incluyendo los prejuicios, particularmente la indeseabilidad de la violencia como forma de resolución de conflictos.
- Estrategias y pasos recomendados para la solución de los conflictos de forma pacífica, creativa y constructiva.
- Desarrollo de habilidades personales para generar e implementar ideas nuevas, aumentando así la capacidad creativa.
- Entrenamiento en llevar a la práctica estas estrategias en conflictos comunes en la vida cotidiana de los adolescentes.
- Reconocimiento de las estrategias y rutas para actuar en casos de violencia de pares, acoso, violencia de pareja, sexual u otra.

Capacidad a trabajar con los adolescentes, jóvenes y adultos

- Construyen relaciones equitativas y solidarias entre géneros.
- Cuentan con herramientas que les permiten defender sus convicciones y construcciones identitarias con respeto a la diferencia, dirimiendo los conflictos que esto ocasiona sin el uso de la violencia.
- Construyen mecanismos de autorregulación y de mutua regulación de la vida social.
- Conocen y practican habilidades para la vida

Contenidos de las sesiones educativas

- Autorregulación y mutua regulación sin daño, como mecanismos que permite el cambio y/o fortalecimiento de normas sociales favorecedoras de la convivencia.
- Resolución pacífica de conflictos, establecimiento de acuerdos en el marco de la legalidad, confianza interpersonal y respeto mutuo.
- Transformación de prejuicios y estereotipos negativos hacia poblaciones específicas.
- Identificación, abordaje y apropiación de espacios protectores para los adolescentes, jóvenes y adultos.
- Habilidades para la vida comprende el trabajo sobre un conjunto de 10 habilidades sociales, emocionales y cognitivas [43]cada una de ellas puede trabajarse en una o más sesiones de aprendizaje y cada habilidad puede involucrar uno o varios contenidos temáticos, lo cual dependerá de las necesidades de la población a abordar.

Resultados de salud esperados

- Personas con capacidades para afrontar los diferentes sucesos vitales

Capacidad a trabajar con los adolescentes, jóvenes y adultos

- Comprenden las situaciones críticas (sucesos vitales) que les suceden e identifican recursos propios para afrontarlos adecuadamente.
- Comprenden las transformaciones de su proceso vital y se adaptan a los cambios de forma positiva, aprendiendo de su propia experiencia.
- Reconocen las formas de afrontamiento y adaptación frente a los puntos de inflexión, trayectorias y transiciones en el marco del curso de vida.

[43] Ver propuesta Módulo de Habilidades para la Vida. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. (2009)

Contenidos de las sesiones educativas
• Identificación y comprensión de los sucesos vitales normativos y no normativos que puedan afectar el proceso de desarrollo y su influencia en la salud presente y futura y herramientas para afrontamiento de los mismos. • Auto percepción del estrés y manejo adecuado de situaciones estresantes (flexibilidad psicológica, adaptación a los cambios, afianzamiento de valores que promueven el desarrollo, re significación de las situaciones, capacidad para superar y transformar las experiencias doloras y sobreponerse a ellas). • Reconocimiento de síntomas depresivos y conductas de riesgo. • Fortalecimiento de los auto esquemas positivos (autoestima, autoconcepto, autovaloración; desarrollar capacidad de ver lo positivo, aceptar que el cambio es parte de la vida). • Fortalecimiento de la comunicación y los vínculos familiares. • Fortalecimiento de las redes de apoyo social y comunitario (tener amigos, ayudar a los demás, preocuparse por los otros, cuidarse y cuidar con los otros, fijarse metas). • Preparación para el afrontamiento ante sucesos vitales normativos (vinculación a la educación superior y/o vida productiva, gestación, consolidación de pareja, entre otros) y no normativos. • Expresión positiva de las emociones y manejo de estrés, manejo adecuado de duelos afectivos.

16.5.4 Resultados, capacidades a desarrollar y contenidos sugeridos para la vejez

Para la educación grupal en este momento del curso de vida, se contemplarán dos tipos de ciclos educativos, los cuales se describen a continuación:

Ciclo de entrenamiento cognitivo y emocional

A pesar de algunos cambios típicos de la vejez (como el debilitamiento de la visión y la audición, la disminución de la sensibilidad, el enlentecimiento para el aprendizaje y la capacidad de reacción, las dificultades para mantener la concentración y la retentiva) que afectan directamente el funcionamiento cotidiano, el estado de ánimo y la conducta de la personas adultas mayores sanas y con patologías crónicas, son funciones que se pueden mantener conservadas si se entrenan continuamente (Pontificia Universidad Católica de Chile, 2012), como parte de la atención integral de la vejez, se contempla un ciclo de educación[44] de entrenamiento cognitivo y emocional para todos las personas mayores, que debe considerar las condiciones fisicas, psicológicas y culturales de cada persona.

Este ciclo educativo debe ser desarollado por lo menos una vez durante la vejez; integrando a los cuidadores en este proceso, en la medida de lo posible, de manera tal que puedan reforzar los contenidos y capacidades del ciclo educativo en las actividades de la vida cotidiana.

El desarrollo del ciclo de entrenamiento cognitivo y emocional contempla las siguientes capacidades y contenidos temáticos, los cuales podrán ser ajustados en su orden, conforme a los hallazgos de la valoración, abordando primero los de mayor necesidad en cada persona, pero se debe garantizar el abordaje de la totalidad de los mismos durante el ciclo[45].

Objetivo

Mantener conservadas, el mayor tiempo posible las habilidades intelectuales de atención, memoria, funciones ejecutivas, aprendizaje, razonamiento, percepción, cálculo, praxias, así como la autonomía en las personas adultas mayores, a través del entrenamiento cognitivo y emocional, el fortalecimiento de habilidades de afrontamiento del estrés, el fortalecimiento de lazos familiares y la promoción de la participación en redes sociales.

[44] Estos aprendizajes deben continuarse y fortalecerse en las sesiones de educación colectiva, mediante la interacción con pares, familias y comunidades.
[45] La orientación más específica para el desarrollo de los contenidos se puede consultar en las herramientas que dispondrá el Ministerio de Salud y Protección Social para tal fin.

Resultados de salud esperados • Personas adultas mayores que conservan las capacidades cognitivas.
Capacidad a trabajar con las personas adultas • Mantiene un desempeño autónomo y funcional que le permite tomar decisiones de forma independiente. • Refuerza y mantiene sus capacidades cognitivas y del lenguaje (atención, concentración, razonamiento, control atencional, memoria, comunicación, expresión, compresión y vocabulario, interpretación de significados e información –percibida por diversos sentidos-, capacidad práxica y visoconstructiva, mecánica de la escritura y cálculo simple) .
Contenidos de las sesiones educativas **Ejercicios para mejorar y mantener la concentración y atención.** • Entrenamiento de las funciones ejecutivas: planificación temporal de la propia conducta, capacidad de secuenciar y organizar información, supresión de datos irrelevantes, comprensión de lenguaje abstracto y razonamiento sobre información visual. • Lenguaje y comunicación oral: denominación de objetos, significado de palabras, sonido y fonología de palabras, sinonimia y antonimia, uso de verbos y ordenamiento de palabras, etc. • Memoria: recuerdo de información verbal, visual, gráfica, historias, acontecimientos, etc. • Percepción: reconocimiento de caracteristicas importantes de los estímulos visuales como forma, color, tamaño, contorno, ubicación, bordes, etc. • Lectoescritura y visoconstrucción: dibujo de objetos y significados, ejercicios de conteo, ejercicios con pautas de escritura.

Ciclo de promoción y mantenimiento de la salud

Objetivo

Desarrollar capacidades con las personas adultas mayores para la promoción y mantenimiento de su salud, con la finalidad de aportar al goce efectivo del derecho a la salud mediante un proceso de construcción colectiva de saberes y prácticas.

Resultados de salud esperados • Personas adultas mayores que conservan la independencia funcional. • Personas adultas mayores saludables, que se desarrollan adecuadamente desde el punto de vista físico-motor, socio-emocional y cognitivo, teniendo en cuenta su singularidad y diversidad.

Capacidad a trabajar con las personas adultas mayores
• Comprende y resuelve sus inquietudes sobre los cambios biopsicosociales que se experimentan en la vejez. • Comprende las transformaciones que debe hacer en su estilo y modo de vida para lograr el mayor bienestar posible durante la vejez • Comprende las pautas de cuidado ergonómico que requiere incorporar en sus rutinas personales y laborales, lo que le permite ponerlas en práctica. • Se siente comprometido con la implementación de las acciones para el cuidado de su salud que requiere en su vida para lograr bienestar. • Siente satisfacción de incluir una rutina de actividad física consciente, todos los días de su vida. • Implementa acciones de cuidado de su propio ser, de acuerdo con los cambios que está experimentando y de acuerdo con su proyecto de vida. • Mantiene hábitos de consumo responsable de medicamentos.
Contenidos de las sesiones educativas
• Cambios esperados en el proceso de envejecimiento (fisiológicos, psicológicas, cognitivos, sexuales, emocionales y sociales). • Cultura del envejecimiento activo y saludable. • Beneficios de prácticas de cuidado de la salud y pautas para realizarlas de forma segura e independiente, de acuerdo con las posibilidades del adulto mayor y su entorno: higiene corporal, cuidado bucal incluyendo prótesis, alimentación saludable, foto protección, higiene del sueño, actividad física, deporte, recreación y ocio, cuidado de la visión y la audición; pautas de cuidado ergonómicas en las rutinas personales y laborales. • Fortalecimiento de autoestima, de la capacidad de tomar decisiones que promuevan su salud y bienestar de forma autónoma (respetando los derechos de los demás). • Adecuación de entornos para prevenir accidentes (ej. tapetes, dispositivos de apoyo en escaleras y baño, antideslizantes, uso de bastón o caminador de apoyo, etc.). • Importancia de los exámenes de tamizaje de riesgo cardiovascular y metabólico y cánceres. • Auto examen de mama en hombres y mujeres. Auto examen de testículo.
Resultados de salud esperados
• Personas con adecuado estado nutricional de acuerdo a su edad
Capacidad a trabajar con las personas adultas mayores
• Conoce cómo puede tener una alimentación saludable de acuerdo a su estado de salud, y requerimientos nutricionales. • Reconoce los contenidos de los rótulos (etiquetas) y sabe qué alimentos puede o no consumir, de acuerdo con su condición de salud. • Siente que es posible mejorar la propia alimentación, seleccionando alimentos con mayor valor nutricional. • Desarrolla rutinas de consumo de alimentos en familia, de forma participativa con los demás integrantes. • Comprende la importancia de conocer su peso y mantener una alimentación saludable como factor protector de la salud.

- Conocen los riesgos asociados al consumo de: 1) alimentos ricos en sal, grasas saturadas, grasas trans, y con azucares añadidos; 2) bebidas energizantes y productos procesados y ultra procesados.

Contenidos de las sesiones educativas

- Promoción de hábitos y rutinas alimentarios saludables (horario, uso de cubiertos, desayuno, el papel de la alimentación en familia y comunidad como una actividad que crea vínculos afectivos, entre otros).
- Alimentación variada y saludable apoyándose en las guías alimentarias (grupos de alimentos, tamaños y número de porciones recomendados según edad), con diferentes consistencias y sabores, de acuerdo a su edad, la disponibilidad de alimentos de la región y costumbres alimentarias.
- Beneficios del control médico periódico a fin de valorar prácticas de consumo de alimentos y establecer el estado nutricional de las personas, entre otros.
- Conocer y controlar los riesgos asociados al consumo de: 1) alimentos ricos en sal, grasas saturadas, grasas trans, y con azúcares añadidos. 2) bebidas energizantes y productos procesados y ultra procesados. 3) suplementos dietarios no formulados por el personal competente en salud (médico-nutricionista).
- Técnicas de almacenamiento y elaboración de alimentos que permitan la inocuidad de los alimentos y la conservación de sus propiedades nutricionales
- Resolver las inquietudes frente a mitos y creencias sobre el consumo de alimentos y bebidas.
- Lectura e interpretación del rotulado nutricional de los alimentos envasados para consumo humano.
- Opciones de elecciones de preparaciones y platos saludables cuando se consume la alimentación fuera de casa.
- Concepto de peso saludable y estrategias para reconocimiento del mismo.

Resultados de salud esperados

- Personas adultas mayores y sus familias con capacidades para afrontar los diferentes sucesos vitales.

Capacidad a trabajar con las personas adultas mayores

- Reconoce los sucesos vitales durante la vejez y las estrategias para su afrontamiento, de forma que le permitan fortalecer sus habilidades para actuar con resiliencia.
- Reconoce que tiene fortalezas psicológicas y cómo pueden utilizarlas en momentos de transformaciones (sucesos) normativas o no normativas.
- Identifica las oportunidades de mejora que le plantean la situaciones familiares o laborales para el mantenimiento de su bienestar.

Contenidos de las sesiones educativas

- Comprensión de los eventos vitales y su influencia en la salud presente y futura y herramientas para afrontamiento de los mismos.
- Autopercepción del estrés y manejo adecuado de situaciones estresantes (flexibilidad psicológica, adaptación a los cambios, afianzamiento de valores que promueven el desarrollo, re significación de las situaciones, capacidad para superar y transformar las

experiencias doloras y sobreponerse a ellas).
- Reconocimiento de síntomas depresivos y conductas de riesgo.
- Fortalecimiento de los auto esquemas positivos (autoestima, autoconcepto, autovaloración; desarrollar capacidad de ver lo positivo, aceptar que el cambio es parte de la vida).

Resultados de salud esperados

- Personas adultas mayores con prácticas y dinámicas que favorecen el establecimiento de relaciones sanas y constructivas.

Capacidad a trabajar con las personas adultas mayores

- Construyen relaciones equitativas y solidarias entre géneros.
- Cuentan con herramientas que les permiten defender sus convicciones y construcciones identitarias con respeto a la diferencia, dirimiendo los conflictos que esto ocasiona sin el uso de la violencia.
- Construyen mecanismos de autorregulación y de mutua regulación de la vida social.
- Conocen y practican habilidades para la vida.

Contenidos de las sesiones educativas

- Reconocimiento de emociones propias y de las emociones derivadas de la adaptación al proceso de desarrollo a lo largo del curso de vida: conciencia y atención emocional.
- Habilidades para la vida.

Resultados de salud esperados

- Personas adultas mayores que ejercen sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos

Capacidad a trabajar con las personas adultas mayores

- Revisa sus creencias sobre la vivencia de la sexualidad y la reproducción.
- Establece rutinas de cuidado físicas y psicológicas que le permiten sentirse cómodo y expresar su sexualidad de forma satisfactoria.
- Expresa sanamente el afecto hacia otras personas y comparte sentimientos.

Contenidos de las sesiones educativas

- Fortalecimiento de la autoestima y autonomía para el ejercicio de la sexualidad: Reconocimiento y valoración del propio cuerpo y sus cambios y el mantenimiento de una sexualidad satisfactoria, Expresión de afecto y emociones, Ética del cuidado, Relaciones equitativas y respetuosas con la pareja, Toma de decisiones sobre la sexualidad y reproducción (elección de(los) compañeros sexuales, sobre el estado civil, anticoncepción y protección contra ITS, deseo de hijos).
- Resolución de dudas sobre las ITS y medidas para su prevención.
- Cuidado de su imagen exterior.
- Uso de métodos de anticonceptivos como forma efectiva para evitar gestaciones no deseadas y evitar contraer o transmitir ITS.

Resultados de salud esperados • Personas con adecuado estado de salud bucal sin daño o pérdida de dentición por enfermedades prevenibles.
Capacidad a trabajar con las personas adultas mayores • Conocen los cambios de la cavidad bucal a través de los momentos del curso de vida y los factores que desde el nacimiento, contribuyen a la salud bucal y a la presencia de enfermedades bucales, que les permite identificar oportunamente las necesidades de atención odontológica y acompañar o realizar adecuadamente las prácticas de salud bucal. • Conoce los derechos para la atención en salud bucal.
Contenidos de las sesiones educativas • Procedimientos e intervenciones de odontología para la detección temprana, protección específica y demás, a los que tienen derecho la persona acorde con su afiliación al sistema de salud, edad o necesidades particulares y los mecanismos para acceder efectivamente a los mismos (en concordancia con las RIAS: consulta odontológica, valoración del riesgo y de estructuras dentomaxilofaciales, aplicaciones de barniz de flúor, sellantes, profilaxis e higiene en consulta odontológica) • Adecuadas prácticas de higiene bucal, incluye; beneficios del uso de elementos de higiene bucal y como hacer buen uso de los mismos. (Cepillos uni-dedales, cremas dentales con flúor, enjuagues bucales, otros aditamentos de higiene, uso limitado de cantidades de crema, frecuencia y técnicas de cepillado, no compartir cepillos). • Riesgos del consumo de alimentos no saludables (excesos de azúcares, grasas trans, otros en alimentos procesados). • Signos y síntomas que alertan la presencia de enfermedades bucales (dentales y de los demás tejidos) y sus consecuencias: dolor, malestar, abscesos, inflamaciones, baja autoestima, alteraciones de los procesos de alimentación, complicaciones de enfermedades generales presentes, pérdida dental, otros. • Beneficios del reconocimiento en los niños y auto reconocimiento y auto examen de los tejidos en boca, para identificar enfermedades bucales, que generan riesgo ante la presencia de condiciones sistémicas o en etapas como la gestación y que conllevan a complicaciones (bajo peso al nacer, preeclampsia, parto pre término, enfermedades cardiovasculares, lesiones en paciente diabético y con EPOC, entre otros). • Riesgos de hábitos como onicofagia, morder objetos, entre otros y su relación con la autoestima y el manejo adecuado del estrés • Beneficios del uso de elementos de protección bucal, durante prácticas deportivas y otras actividades de riesgo de trauma en cara y boca. • Riesgos por inicio y consumo de tabaco y alcohol • Recomendaciones de cuidados e higiene de dispositivos en boca, como piercing, aparatología de ortodoncia o prótesis dentales.

16.5.5 Resultados, capacidades a desarrollar y contenidos sugeridos dirigidos a la familia

En el caso de la educación individual y la grupal para una familia, los contenidos dependerán de los resultados de la valoración integral de la situación de salud y clasificación del riesgo familiar, así como, de las capacidades con que cuenta cada persona y su familia relacionadas con el cuidado de la salud. Las sesiones de educación dirigidos a las familias deberán priorizar el desarrollo de la (s) capacidad(es) que tengan mayor incidencia en el logro de resultados en salud.

Objetivo

Desarrollar las capacidades de la(s) familia(s) relacionadas con la generación y fortalecimiento de vínculos afectivos, de condiciones que promuevan la convivencia y el cuidado mutuo y de redes de apoyo familiar y social, como aporte al logro de la salud familiar y de sus integrantes.

Resultados de salud esperados • Familias con reconocimiento de su dinámica familiar
Capacidades a trabajar con las familias • Reconocen su dinámica familiar y estilos de funcionamiento.
Contenidos de las sesiones educativas • Curso de vida de las familias-momentos del desarrollo familiar. • Interacción familiar, roles y acontecimientos familiares cotidianos. • La familia como sistema y derecho a pertenecer y ser parte de él, en el marco del respeto mutuo, el equilibrio entre dar y recibir, el agradecimiento y la consideración. • Reconocimiento de factores protectores y de riesgo en casos particulares (social, cultural, condiciones de discapacidad, enfermedad, etc.).
Resultados de salud esperados • Familias con vínculos afectivos fortalecidos
Capacidades a trabajar con las familias • Identifican la importancia de los vínculos afectivos en el desarrollo de los integrantes de la familia y promueven su fortalecimiento. • Identifican sus posibilidades y capacidad de autonomía como grupo familiar. • Identifican sus posibilidades para la construcción de proyectos de vida.

Contenidos de las sesiones educativas • Vínculos afectivos y su importancia como soporte en el desarrollo de los sujetos y en el desarrollo familiar (en familias gestantes y con niños, niñas y adolescentes, haciendo especial énfasis en el involucramiento parental). • Habilidades para la vida. • Normas, límites y autoridad positiva. • Cuidado de sí y cuidado mutuo.
Resultados de salud esperados • Familias con capacidades para afrontar los diferentes sucesos vitales
Capacidades a trabajar con las familias • Comprenden las situaciones críticas (sucesos vitales) que les suceden e identifican recursos propios para afrontarlos adecuadamente. • Comprenden las transformaciones de su proceso vital y se adaptan a los cambios de forma positiva, aprendiendo de su propia experiencia. • Reconocen las formas de afrontamiento y adaptación frente a los puntos de inflexión, trayectorias y transiciones en el marco del curso de vida familiar. • Reconocen sus recursos y posibilidades de afrontamiento, adaptación y transformación de situaciones adversas y/o condiciones que inciden en su estabilidad y salud familiar
Contenidos de las sesiones educativas • Identificación y comprensión de los sucesos vitales normativos y no normativos que puedan afectar el proceso de desarrollo y su influencia en la salud de los miembros de la familia presente y futura y herramientas para afrontamiento de los mismos. • Auto percepción del estrés y manejo adecuado de situaciones estresantes (flexibilidad psicológica, adaptación a los cambios, afianzamiento de valores que promueven el desarrollo, re significación de las situaciones, capacidad para superar y transformar las experiencias doloras y sobreponerse a ellas). • Reconocimiento de síntomas depresivos y conductas de riesgo. • Fortalecimiento de los auto esquemas positivos (autoestima, autoconcepto, autovaloración; desarrollar capacidad de ver lo positivo, aceptar que el cambio es parte de la vida). • Fortalecimiento de la comunicación y los vínculos familiares. • Fortalecimiento de las redes de apoyo social (tener amigos, ayudar a los demás, preocuparse por los otros, cuidarse y cuidar con los otros, fijarse metas). • Preparación para el afrontamiento ante sucesos vitales normativos (vinculación a la educación superior y/o vida productiva, gestación, consolidación de pareja, entre otros) y no normativos. • Expresión positiva de las emociones y manejo de estrés, manejo adecuado de duelos afectivos.
Resultados de salud esperados • Familias con prácticas de cuidado familiar saludables

Capacidades a trabajar con las familias
• Reconocen la responsabilidad relacional en pro de la salud familiar. • Reconocen y construyen saberes y prácticas orientadas a lograr el cuidado en salud familiar. • Promueven el cuidado familiar.
Contenidos de las sesiones educativas
• Promoción de la salud mental en la familia. • Promoción de la alimentación saludable, segura y culturalmente aceptada en familia, en un ambiente agradable (incluye compartir los momentos de la alimentación). • Promoción de la participación de todos los miembros de la familia en las decisiones familiares. • Promoción de actividad física, recreación, juego y actividades artísticas y culturales en familia. • Prevención del consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas en la familia. • Promoción de derechos sexuales y derechos reproductivos, incluida la equidad de género.
Resultados de salud esperados
• Familias que viven y promueven la sana convivencia
Capacidades a trabajar con las familias
• Valoran la vida en familia y su relación con la comunidad. • Manejan elementos básicos y adecuados de resolución de conflictos, acorde con sus características como familia. • Valoran la construcción de paz en escenarios cotidianos del hogar y relaciones sociales y comunitarias.
Contenidos de las sesiones educativas
• Relaciones solidarias y equitativas entre géneros. • Respeto por la diversidad y la diferencia. • Relaciones intrafamiliares e intergeneracionales favorables. • Autorregulación y mutua regulación de las formas de interacción cotidiana.
Resultados de salud esperados
• Familias que reconocen y practican los derechos en salud
Capacidades a trabajar con las familias
• Se sienten empoderadas y actúan en defensa de sus derechos, a partir de su reconocimiento y promoción.
Contenidos de las sesiones educativas
• Promoción y reconocimiento de los derechos y los mecanismos de exigibilidad; con énfasis en el derecho a la salud. • Promoción de la prestación de servicios en salud, acordes con la edad y necesidades de los miembros de la familia.

16.5.6 Resultados, capacidades a desarrollar y contenidos de la educación y comunicación para la salud en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC

Se propone que las sesiones se realicen con conjuntos de personas que habitan un entorno, bien sea 1) para el conjunto de personas que se encuentran en un entorno, indistintamente del momento de curso de vida, por ejemplo en un barrio, una vereda, una comuna, una institución educativa, etc.; o 2) con colectivos que comparten una condición o situación (ejemplo: retornados a un territorio, víctimas de violencia, población indígena), o 3) con colectivos que comparten un momento del curso de vida (ejemplo: niños y niñas de un jardín infantil, población privada de la libertad, personas adultas mayores de un barrio, etc.). En cualquiera de los casos, el proceso de educación para la salud en el marco del PIC deberá responder a las necesidades o condiciones identificadas en el territorio y las prioridades establecidas en el Plan Territorial de Salud.

Resultados de salud esperados
• Personas que se desarrollan adecuadamente desde el punto de vista físico-motor, socio-emocional y cognitivo, teniendo en cuenta su singularidad y diversidad
Capacidades a trabajar
• Reconocen y aceptan los cambios propios de su desarrollo, lo que les permite generar hábitos y prácticas de cuidado para el mantenimiento de su salud, la prevención de condiciones crónicas y el fortalecimiento de su proyecto de vida. • Aceptan, de forma respetuosa consigo misma, los cambios biopsicosociales que está experimentando y que hacen parte del curso de la vida (autoestima, valoración corporal, claridad emocional respecto de su proyecto de vida). • Comprenden las transformaciones que deben hacer en su estilo y modo de vida para lograr el mayor bienestar posible durante la adultez y en la vejez.
Contenidos de las sesiones educativas
• Características del desarrollo según el momento de vida (cambios fisiológicas; psicológicos, cognitivos, sexuales emocionales y sociales) de acuerdo con el contexto social y cultural. • Reconocimiento y aceptación de cambios fisiológicos, psicológicos, cognitivos y sociales propios de cada momento del curso de vida. • Herramientas, técnicas, estrategias o ejercicios para promover o mantener un adecuado desarrollo físico – motor, cognitivo, social, emocional y auditivo – comunicativo. • Fortalecimiento del proyecto de vida.
Resultados de salud esperado
• Personas con adecuado estado nutricional de acuerdo a su edad

Capacidades a trabajar
• Conoce cómo puede tener una alimentación saludable de acuerdo a su estado de salud, y requerimientos nutricionales. • Establecen prácticas de alimentación saludable de acuerdo con sus necesidades nutricionales teniendo en cuenta el contexto cultural y a la disponibilidad de alimentos. • Reconoce los contenidos de los rótulos (etiquetas) y sabe qué alimentos puede o no consumir, de acuerdo con su condición de salud. • Siente que es posible mejorar la propia alimentación, seleccionando alimentos con mayor valor nutricional. • Desarrolla rutinas de consumo de alimentos en familia, de forma participativa con los demás integrantes. • Comprende la importancia de conocer su peso y mantener una alimentación saludable como factor protector de la salud. • Conocen los riesgos asociados al consumo de: 1) alimentos ricos en sal, grasas saturadas, grasas trans, y con azucares añadidos; 2) bebidas energizantes y productos procesados y ultra procesados. • Valoran las prácticas alimentarias y generan estrategias comunitarias para promover una alimentación saludable, desde su identidad cultural.
Contenidos de las sesiones educativas
• Promoción de hábitos y rutinas alimentarios saludables (horario, uso de cubiertos, desayuno, el papel de la alimentación en familia y comunidad como una actividad que crea vínculos afectivos, entre otros). • Alimentación variada y saludable apoyándose en las guías alimentarias (grupos de alimentos, tamaños y número de porciones recomendados según edad), con diferentes consistencias y sabores, de acuerdo a su edad, uso de minutas y apoyo para la elaboración de loncheras saludables de acuerdo a la disponibilidad de alimentos de la región y costumbres alimentarias. • Significado de la seguridad alimentaria y nutricional, alimentación saludable, peso saludable. • Estrategias para garantizar la seguridad alimentaria y nutricional (diversificación de la producción de alimentos, producción de alimentos sin tóxicos, comercialización promoviendo los mercados locales, compra colectiva de alimentos, huertas caseras, tiendas escolares saludables, entre otras). • Orientaciones para establecer espacios para la extracción, almacenamiento y consumo de leche materna. • Reflexión sobre las prácticas de alimentación actuales versus la alimentación saludable. • Conocer y controlar los riesgos asociados al consumo de: 1) alimentos ricos en sal, grasas saturadas, grasas trans, y con azúcares añadidos. 2) bebidas energizantes y productos procesados y ultra procesados. 3) suplementos dietarios no formulados por el personal competente en salud (médico-nutricionista). • Técnicas de almacenamiento y elaboración de alimentos que permitan la inocuidad de los alimentos y la conservación de sus propiedades nutricionales.
Resultados de salud esperados
• Personas con prácticas para el cuidado y protección de los entornos
Capacidades a trabajar
• Establecen medidas protectoras en los entornos donde desarrollan sus vidas, para prevenir o mitigar posibles riesgos ambientales. • Se sienten parte del medio (ambiente) lo que les permite cuidarlo y cuidarse.

- Adoptan prácticas ergonómicas que les permiten mejorar su salud

Contenidos de las sesiones educativas

- Riesgos sanitarios por contaminación ambiental (agua, aire, etc.) y medidas para prevenirlos o mitigarlos (ej.: espacios libres de humo).
- Tratamiento y cuidado del agua. Incluye la educación para el desarrollo y utilización de soluciones alternativas de abastecimiento de agua segura, tratamiento de agua a nivel domiciliario y su almacenamiento seguro, cuando no se cuente con sistemas de tratamiento o de agua entubada en contextos rurales o periurbanos.
- Disposición de excretas.
- Prácticas de uso y almacenamiento seguro de sustancias y productos químicos en los diferentes escenarios de la vida cotidiana que mejoren las condiciones de calidad de vida y salud, incluyendo viviendas con uso compartido.
- Manejo integral de residuos y prácticas de consumo consciente y responsable (aprovechamiento de residuos, reciclaje, disminución de huella ecológica, muros o techos verdes, huertas comunitarias, etc.).
- Prácticas y hábitos higiénicos, limpieza y desinfección en sitios cerrados donde habitan las personas.
- Filosofía del Buen Vivir: armonía con todo lo que existe –acción humana en equilibrio con la vida.
- Sentido de pertenencia, prevención de accidentes (por ejemplo, en el hogar, seguridad vial, entre otros) y uso, aprovechamiento y cuidado del espacio público.
- Estrategias de prevención y mitigación de emergencias y desastres.
- Medidas de adaptación frente a eventos relacionados con variabilidad y cambio climático y protección de los efectos nocivos del cambio climático (protección solar, consumo de líquidos, disminución de exposición a rayos UV).
- Tenencia responsable de animales de compañía.
- Medidas de control y prevención de zoonosis y vectores.
- Cuidado y protección de la naturaleza y consumo responsable de los recursos.
- Estrategias de prevención y mitigación frente a las emergencias y desastres.
- Preparación, manipulación y almacenamiento de alimentos para prevención de enfermedades zoonóticas.
- Promoción de la estrategia de movilidad saludable, segura y sostenible (uso de zonas o infraestructura segura como puentes y pasos peatonales; reconocimiento y apropiación de las señales de tránsito); medidas para la reducción de los riesgos que se generan en el espacio público, implementación de buenas prácticas (utilización de elementos de protección personal, mantenimiento de medios de transporte).
- Protección de la salud relacionada con la ocupación u oficio, cuando desarrollan una actividad económica informal incluye recomendaciones ergonómicas en las labores que se realizan en cada entorno.
- Prácticas de cuidado de si, del otro y del ambiente cuando se comparte la vivienda con una actividad económica.
- Prácticas para el cuidado, modificación y protección del entorno laboral con énfasis en la informalidad y protección del ambiente.
- Conocimiento e implementación de tecnologías de producción limpia, consumo responsable, buenas prácticas operativas, entre otras de acuerdo con la actividad económica informal desarrollada.

Resultados de salud esperados

- Personas, familias y comunidades empoderadas para la exigibilidad y ejercicio del derecho a la vida y la salud.

Capacidades a trabajar
• Conocen sus deberes y sus derechos, se consideran a sí mismos como sujetos titulares de derechos, lo que les permite exigirlos y solicitar el restablecimiento de los mismos cuando son vulnerados. • Analizan las problemáticas de salud y calidad de vida por las que atraviesan en los entornos donde transcurre su vida. • Analizan, a la luz de los derechos, la realidad social, cultural, económica y política de su territorio, para proponer acciones que mejoren la calidad de vida y salud de sus habitantes. • Construyen agendas sociales por la salud y la calidad de vida y las posicionan en las agendas institucionales (estatales). • Implementan soluciones comunitarias para aportar a la disminución de inequidades en salud y aumentar el impacto positivo de las intervenciones sectoriales.
Contenidos de las sesiones educativas
• Estructura y arquitectura institucional del país. • Derechos humanos, con énfasis en deberes y derechos en salud. • Información técnica y normativa sectorial de salud (reconocimiento de los servicios de salud y atributos de calidad de la atención en salud). • Mecanismos de participación ciudadana y mecanismos de protección y exigibilidad de derechos. • Producción de información comunitaria en salud. • Participación ciudadana en la gestión de la política pública de salud (con énfasis en planeación participativa) y participación comunitaria. • Elaboración de proyectos. • Pensamiento divergente (capacidad para descubrir o construir más de una respuesta posible a una problemática identificada). • Abogacía y movilización social.
Resultados de salud esperados
• Personas que ejercen sus derechos sexuales y reproductivos
Capacidades a trabajar
• Revisan sus creencias sobre la sexualidad y la reproducción de acuerdo con el enfoque de derechos. • Establece rutinas de cuidado físicas y psicológicas en relación con la expresión de su sexualidad. • Mantienen un ejercicio libre, responsable y placentero de su sexualidad y reproducción. • Expresa sanamente el afecto hacia otras personas y comparte sentimientos. • Conocen e identifican los beneficios del uso de métodos anticonceptivos y adquieren elementos para tomar la decisión de iniciar su uso cuando lo estimen necesario. • Construye su propia identidad, actitudes y comportamientos a partir del análisis crítico de los contextos, desnaturalizando normas y modelos sociales y problematizándolos desde un enfoque de derechos, para elegir sus propias opciones en la vida.
Contenidos de las sesiones educativas

- Fortalecimiento de la autoestima y autonomía para el ejercicio de la sexualidad
- Reconocimiento y valoración del propio cuerpo y sus cambios y el mantenimiento de una sexualidad satisfactoria, expresión de afecto y emociones, ética del cuidado, relaciones equitativas y respetuosas con la pareja, toma de decisiones sobre la sexualidad y reproducción (elección de(los) compañeros sexuales, sobre el estado civil, anticoncepción y protección contra ITS, deseo de hijos).
- Identificación del cuerpo y la sexualidad como el primer territorio en el que se es sujeto, incluye identificar sus propias necesidades e intereses en torno a lo erótico para evitar ser objeto de intereses de otras personas.
- Reconocimiento de los discursos que hay en relación con el cuerpo “normalidad, belleza, orientación sexual, identidad de género” y la posibilidad de recrearlos desde la diversidad.
- Trascender la imagen como valor social central que puede limitar el desarrollo de otras cualidades humanas
- Vivencia de la sexualidad, incluyendo temas como afecto, expresión de emociones, sentimientos y ética del cuidado; derecho a una vida libre de violencias; re significación en hombres y mujeres del mito de la maternidad y paternidad como única vía de realización personal; decidir sobre el inicio de las relaciones sexuales y a escoger las y/o los compañeros sexuales; si se contrae matrimonio, se convive con la pareja o si permanece sola/o; expresión libre y autónoma de la orientación sexual; construcción de relaciones equitativas y solidarias entre géneros; respeto por la diversidad y el reconocimiento positivo a personas con identidades de género y orientaciones sexuales diversas (LGBTI); visibilización de masculinidades y feminidades que se alejan de lo tradicional, fomentando su reconocimiento positivo, respeto e inclusión.
- Derecho a la interrupción voluntaria del embarazo y prevención de infecciones de transmisión sexual.
- Resolución de dudas sobre las ITS y medidas para su prevención.
- Reconocimiento positivo de personas con identidades de género y orientaciones sexuales diversas, con identidades étnicas, raciales, religiosas y con condiciones o situaciones diferentes (discapacidad, habitabilidad en calle, víctimas, entre otros).
- Construcciones sociales de género que legitiman la desigualdad de oportunidades entre hombres, mujeres y personas transgénero, así como entre las diferentes orientaciones sexuales.
- Manifestaciones de estas construcciones de género en lo afectivo, lo erótico, las expectativas que se tienen sobre sí mismo/a o en situaciones como la violencia contra la mujer o el embarazo temprano, promoviendo identidades de género más sanas y flexibles que trasciendan dichas normas sociales.
- Análisis crítico de los mensajes hiper-sexualizados que se promueven en mensajes publicitarios y contextos sociales y que convierten la experiencia sexual en algo desarticulado de su bienestar, sus motivaciones, intereses y necesidades.

Resultados de salud esperados

- Personas con capacidades para afrontar los diferentes sucesos vitales

Capacidades a trabajar

- Comprenden las formas en que los sucesos vitales inciden sobre su salud física y mental, para afrontarlos de manera adecuada y productiva.
- Reconocen su propio patrón de emociones, sentimientos y valores para establecer las modificaciones afectivas que les permitan relacionarse consigo mismos e interrelacionarse armoniosa y sanamente.
- Reconocen sus recursos y posibilidades de afrontamiento, adaptación y transformación de situaciones adversas y/o condiciones que

inciden en su estabilidad y salud familiar.
- Participa en la constitución de redes de apoyo social a personas que comparten situaciones similares a la suya.
- Reconoce los sucesos vitales durante la vejez y las estrategias para su afrontamiento, de forma que le permitan fortalecer sus habilidades para actuar con resiliencia.
- Reconoce que tiene fortalezas psicológicas y cómo pueden utilizarlas en momentos de transformaciones (sucesos) normativas o no normativas.
- Identifica las oportunidades de mejora que le plantean la situaciones familiares/laborales/… para el mantenimiento de su bienestar

Contenidos de las sesiones educativas

- Identificación y comprensión de los sucesos vitales normativos y no normativos que puedan afectar el proceso de desarrollo y su influencia en la salud presente y futura y herramientas para afrontamiento de los mismos.
- Auto percepción del estrés y manejo adecuado de situaciones estresantes (flexibilidad psicológica, adaptación a los cambios, afianzamiento de valores que promueven el desarrollo, re significación de las situaciones, capacidad para superar y transformar las experiencias doloras y sobreponerse a ellas).
- Fortalecimiento de los auto esquemas positivos (autoestima, autoconcepto, autovaloración; desarrollar capacidad de ver lo positivo, aceptar que el cambio es parte de la vida).
- Habilidades para la vida: incluido asertividad y escucha activa
- Fortalecimiento de la comunicación y los vínculos familiares.
- Estrategias de reducción del Impacto de hechos estresantes (ej. víctimas del conflicto armado, víctimas de violencia sexual, desempleo, violencia escolar, divorcio, pérdidas materiales o de redes de apoyo social, desastres naturales etc.) y reconocimiento de síntomas depresivos y conductas de riesgo.
- Primeros auxilios psicológicos para intervenir con personas en crisis emocional.
- Autoconocimiento y autovaloración.
- Diferencia y relación entre dolor y sufrimiento.
- Fortalecimiento de las redes de apoyo social (tener amigos, ayudar a los demás, preocuparse por los otros, cuidarse y cuidar con los otros, fijarse metas).
- Preparación para el afrontamiento ante sucesos vitales normativos (vinculación a la educación superior y/o vida productiva, gestación, consolidación de pareja, entre otros) y no normativos.
- Expresión positiva de las emociones y manejo de estrés, manejo adecuado de duelos afectivos.

Resultados de salud esperados

- Personas con prácticas que favorecen el establecimiento de relaciones sanas y constructivas

Capacidades a trabajar

- Construyen relaciones equitativas y solidarias entre géneros.
- Cuentan con herramientas que les permiten defender sus convicciones y construcciones identitarias con respeto a la diferencia, dirimiendo los conflictos que esto ocasiona sin el uso de la violencia.
- Construyen mecanismos de autorregulación y de mutua regulación de la vida social.

- Conocen y practican habilidades para la vida.
- Se aprecian a sí mismos y aprecian a los demás y a la naturaleza, lo que les permite reconocer la dignidad de todo lo que existe.
- Actúan con base en el respeto, la solidaridad y la cooperación como forma de relacionarse con los demás.
- Se comunican empáticamente, con genuinidad, valorándose a sí mismos y a los demás.

Contenidos de las sesiones educativas

- Autorregulación y mutua regulación sin daño, como mecanismos que permitan el cambio y/o fortalecimiento de normas sociales favorecedoras de la convivencia.
- Reconocimiento de emociones propias y de las emociones derivadas de la adaptación al proceso de desarrollo a lo largo del curso de vida: conciencia y atención emocional.
- Transformación de prejuicios y estereotipos negativos hacia poblaciones específicas.
- Resolución pacífica de conflictos, así como el establecimiento de acuerdos en el marco de la legalidad, confianza interpersonal y el respeto mutuo.
- Habilidades para la vida.
- Análisis crítico sobre el ejercicio abusivo del poder, la violencia, el uso de sustancias psicoactivas u otros comportamientos negativos como forma de reconocimiento social en los grupos sociales y particularmente de adolescentes.
- Análisis crítico de las normas sociales que legitiman desigualdades sociales.
- Reconocimiento de las diferencias, fortalezas y limitaciones de las personas.
- Realización de una lectura objetiva de sí mismo, su ser, carácter, fortalezas, debilidades, intereses y motivaciones.
- Construcción de relaciones equitativas y solidarias entre géneros.
- Comunicación asertiva, empatía, cooperación.
- Sentido de pertenencia (a su familia, su comunidad, su territorio).

Resultados de salud esperados

- Personas con prácticas para el cuidado de su salud

Capacidades a trabajar

- Comprende las características frente a los cambios fisiológicos, psicológicos, cognitivos y sociales para definir acciones de cuidado del otro y de sí mismo pertinentes al momento de vida.
- Conocen la importancia de hábitos y prácticas clave para el mantenimiento de la salud, el envejecimiento activo y saludable, lo que les permite motivarse a iniciarlas o mantenerlas.
- Desarrollan prácticas para detectar tempranamente alteraciones en su salud: auto examen de mama en hombres y mujeres; auto examen de testículo, entre otros).
- Diseñan e implementan una rutina propia de actividades para fortalecer sus capacidades y aptitudes cognitivas.
- Construyen criterios propios y prácticas concretas para actuar con libertad en la búsqueda de la salud y la calidad de vida, tanto individual como colectiva.

Contenidos de las sesiones educativas

- Análisis de las formas que comúnmente emplean las personas para tomar decisiones para ver sus pro y sus contra.
- Identificación y clarificación de los pasos para tomar decisiones adecuadamente, teniendo como base la propia identidad y proyecto de vida.
- Reflexión sobre los conflictos éticos, racionales y emocionales que pueden involucrarse al tomar una decisión.
- Identificación de las condiciones, prácticas culturales, presiones de pares o pareja que pueden limitar el ejercicio de toma de decisiones.
- Entrenamiento y desarrollo de habilidades para el análisis de alternativas, ventajas, desventajas, toma de decisiones.
- Prácticas para el cuidado de la salud y crianza promotora de la salud y el desarrollo de niñas y niños.
- Cambios psicosociales y físicos que suceden en cada momento del curso de vida y las oportunidades para aprovechar las potencialidades del momento vital, convirtiendo las dificultades en opciones de desarrollo.
- Beneficios de las prácticas de bienestar y cuidado de la salud y su relación con riesgos para la salud: salud bucal, visual y auditiva; ergonomía visual y postural; higiene del sueño; foto protección; no consumo de sustancias psicoactivas; consumo responsable de bebidas alcohólicas; actividad física, práctica deportiva, ocio activo, juego, recreación y deporte; manejo seguro de medicamentos; actividades que estimulen las capacidades cognitivas.
- Importancia de realizar los exámenes de tamizaje dispuestos en la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la salud.
- Prácticas para la realización del auto examen de mama en hombres y mujeres y auto examen de testículo.
- Cultura del envejecimiento activo y saludable.
- Beneficios del uso de medidas para reducir la exposición a radiación solar ultravioleta, a través de medidas físicas (sombrero y ropa adecuada), y químicas (protectores solares, labiales con protector solar).
- Análisis y debate de manera crítica de los mensajes publicitarios o sociales que permitan: problematizarlos, en un marco de análisis científico y ético (derechos humanos) y aprendizaje de alternativas para evitar asumir automáticamente mensajes.

Resultados de salud esperados

- Trabajadores con prácticas de cuidado de su salud en el trabajo

Capacidades a trabajar

- Conocen los principales riesgos para la salud derivados de la ocupación u oficio y del entorno laboral y medidas para prevenirlos.
- Implementan prácticas laborales saludables y seguras.
- Discriminan y reconocen la explicación científica de las pautas de cuidado ergonómicas que requieren incorporar en sus rutinas personales y laborales.
- Actúa de forma asertiva en las relaciones laborales, para mejorar la salud mental propia y de los demás.

Contenidos de las sesiones educativas

- Prácticas para el cuidado y prevención de accidentes y enfermedades relacionadas con la ocupación u oficio (pausas activas, ergonomía, protección visual y auditiva, bioseguridad, etc.).
- Conocimiento de los peligros y de los mecanismos o acciones para reducir los riesgos relacionados con las condiciones de trabajo en la informalidad.

- Prácticas para promover la salud mental y las relaciones armónicas con los compañeros de trabajo.
- Promoción de prácticas para el mejoramiento de las condiciones sanitarias, ambientales y sociales del entorno.
- Prácticas para promover la salud mental y las relaciones armónicas con los compañeros de trabajo.

NOTA: En los escenarios de trabajo formal, la responsabilidad será de las ARL.

Resultados de salud esperados

- Cuidadores que desarrollan prácticas de cuidado de su salud

Capacidades a trabajar

- Reconocen el valor de su labor como cuidadores.
- Mantienen una actitud positiva en el trato hacia la persona sujeto de cuidado, así como a su propio ser.
- Comprenden las características tanto del sujeto de cuidado como de sus propias características, para definir acciones de cuidado y autocuidado pertinentes al momento de vida de las dos partes.
- Manifiestan de forma asertiva, las necesidades de su propio cuidado.
- Implementan las acciones de cuidado sin generar dependencia ni en el sujeto de cuidado, ni en el cuidador.
- En la familia / hogar:
- Reconocen y despliegan recursos y estrategias propias para el cuidado de sus cuidadores.
- Reconocen el valor del cuidado en un marco relacional de apoyo y de convivencia.
- Comunidades que apoyan y favorecen las relaciones armoniosas y saludables entre cuidadores y personas a su cuidado.
- Comunidades que gestionan entornos favorables para los cuidadores y las personas a su cuidado.

Contenidos de las sesiones educativas

- Miedos que afrontan los cuidadores (financieros, al fracaso, a la debilidad, al resentimiento, a tomar decisiones equivocadas, vergüenza, a la muerte).
- Concepciones y prácticas que favorezcan la salud mental de los cuidadores primarios y sus familias e identificación de estrés y sobrecarga del cuidador (física, emocional, económica).
- Medidas para evitar la sobrecarga (higiene del sueño, cuidado de su propia salud, alimentación saludable, evitar el aislamiento, actividades de ocio, pedir y aceptar ayuda, manejo de expectativas, entre otros).
- Derechos de los cuidadores (mantener su intimidad, expresión asertiva de sentimientos, recibir consideración, afecto, apoyo y reconocimiento por su labor, rechazar intentos de manipulación de la persona a quien cuida o de otros).
- Servicios de apoyo, información, formación, ayuda en la gestión de medios, movilización de redes e intervención en caso de identificación de riesgos y/o cansancio en el desempeño del rol de cuidador.
- Estrategias para el manejo de situaciones difíciles (reforzar conocimientos y hacer seguimiento).
- Dinámicas familiares saludables para cuidadores.
- Constituir o fortalecer redes comunitarias de personas cuidadoras y cuidadas.

Resultados de salud esperados • Personas, familias y comunidades que cuentan con redes de apoyo comunitarias y sociales para la promoción de la salud
Capacidades a trabajar • Integrantes de las comunidades se asocian para constituir redes de apoyo sociales y comunitarias que les permiten desarrollar estrategias de cuidado mutuo. • Integrantes de las comunidades mantienen un contacto social constante, desarrollan amistades y participan en actividades grupales propuestas por la red. • Integrantes de las comunidades valoran la importancia de hacer parte de redes de apoyo social con personas de su entorno. • Participa en la constitución de redes de apoyo social a personas que comparten situaciones similares a la suya. • Mantiene un contacto social constante, tiene amistades y participa en actividades grupales regularmente. • Valora la importancia de hacer parte de redes de apoyo social con personas que comparten situaciones similares a la suya. • Establecen relaciones de apoyo reconocidas, estables y sostenibles, con redes sociales y comunitarias.
Contenidos de las sesiones educativas • Fortalecimiento de la comunicación y los vínculos familiares y comunitarios. • Fortalecimiento de las redes de apoyo social y comunitario (tener amigos, ayudar a los demás, preocuparse por los otros, cuidarse y cuidar con los otros, fijarse metas). • El rol de cada uno de los integrantes de la red frente a la promoción de la salud en su comunidad. • Promoción de encuentros inter generacionales que promuevan el reconocimiento de la propia cultura, fortalecimiento de vínculos afectivos en las familias y de prácticas protectoras. • Estrategias de apoyo emocional e informativo (redes de amigos, de vecinos, de familias, etc.). • Prácticas simbólicas-culturales para construir procesos de unidad y apoyo mutuo (Confianza, solidaridad, reciprocidad, afecto, escucha, reconocimiento, compañía, valoración social de las personas y el grupo social, intercambio de experiencias)