ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL		
	DOCUMENTO OPERATIVO DE ENTORNO CUIDADOR HOGAR		
	Controlado no codificado	Versión:	1

Elaboró: Sindy Julieth Sánchez, María Camila Marín, Milena Useche Velásquez – Referentes Técnicos Entorno Hogar /Revisó: Marcela Martínez Contreras - Subdirectora de Acciones Colectivas, Diana Sofía Ríos Oliveros - Subdirectora de Determinantes en Salud. Diana Marcela Walteros – Subdirectora de Vigilancia en Salud Pública y Claudia Milena Cuéllar Segura - Subdirectora en Gestión y Evaluación de Políticas en Salud Pública / Aprobó: Patricia Eugenia Molano – Directora de Acciones Colectivas y María Belén Jaimes - Directora de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva.

DOCUMENTO OPERATIVO EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES DEL ENTORNO CUIDADOR HOGAR

VIGENCIA:
Octubre del 2024

Bogotá D.C

Elaboró: Sindy Julieth Sánchez, María Camila Marín, Milena Useche Velásquez – Referentes Técnicos Entorno Hogar /Revisó: Marcela Martínez Contreras - Subdirectora de Acciones Colectivas, Diana Sofía Ríos Oliveros - Subdirectora de Determinantes en Salud. Diana Marcela Walteros – Subdirectora de Vigilancia en Salud Pública y Claudia Milena Cuéllar Segura - Subdirectora en Gestión y Evaluación de Políticas en Salud Pública / Aprobó: Patricia Eugenia Molano – Directora de Acciones Colectivas y María Belén Jaimes - Directora de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva.

Contenido

INTRODUCCIÓN 10

1. Interacción integral e integrada Cuidado para la Salud Familiar. 10

Gestión Territorial 11

1.1. Producto 97. AVANZADA PARA EL ABORDAJE TERRITORIAL 11

Unidad de medida 12

1.1.1. Forma de reporte de ejecución del producto 12

1.1.2. Detalle de las actividades 12

1.1.2.1. Actividad 1. Alistamiento y definición de territorios para la avanzada 12

1.1.2.2. Actividad 2. Acercamiento al territorio y gestión con líderes comunitarios y actores intersectoriales 13

Tabla resumen del producto: 14

GESTIÓN FAMILIAR DEL RIESGO 14

CARACTERIZACIÓN FAMILIAR 14

1.2. Producto 92. ABORDAJE TERRITORIAL-. 15

1.2.1. Unidad de medida 15

1.2.2. Forma de reporte de ejecución del producto 15

1.2.3. Detalle de las actividades 16

1.2.3.1. Actividad 1. Atención inicial para la identificación de riesgos. 16

Descripción de Actividad 16

Acciones propias de la atención inicial para la identificación de riesgos 20

1.2.3.2. Actividad 2. Plan de Cuidado familiar en respuesta a necesidades en salud identificadas. 23

Descripción de Actividad 23

Tabla resumen del producto: 30

PLAN DE CUIDADO 32

Elaboró: Sindy Julieth Sánchez, María Camila Marín, Milena Useche Velásquez – Referentes Técnicos Entorno Hogar /Revisó: Marcela Martínez Contreras - Subdirectora de Acciones Colectivas, Diana Sofía Ríos Oliveros - Subdirectora de Determinantes en Salud. Diana Marcela Walteros – Subdirectora de Vigilancia en Salud Pública y Claudia Milena Cuéllar Segura - Subdirectora en Gestión y Evaluación de Políticas en Salud Pública / Aprobó: Patricia Eugenia Molano – Directora de Acciones Colectivas y María Belén Jaimes - Directora de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva.

1.1. Producto. PLAN DE CUIDADO TERRITORIAL_Comité de Cuidado. 32
1.1.1. Unidad de medida 32
1.1.2. Forma de reporte de ejecución del producto 32
1.1.3. Detalle de las actividades 32
1.1.3.1. Actividad 1. 32
Descripción de la actividad 32
1.2. Producto 93. PLAN DE CUIDADO FAMILIAR. 32
1.2.1. Unidad de medida 33
1.2.2. Forma de reporte de ejecución del producto 33
1.2.3. Detalle de las actividades 33
1.2.3.1. Actividad 1. Alistamiento para el seguimiento familiar. 33
Descripción de la actividad 33
1.2.3.2. Actividad 2. Caracterización Social y Ambiental (CSA). 42
Descripción de la actividad 42
1.2.3.3. Actividad 3. Concertación del Plan de Cuidado Familiar. 47
Descripción de la actividad 47
1.2.3.4. Actividad 4. Implementación y Seguimiento del Plan de Cuidado Familiar. 49
Descripción de la actividad 49
1.2.3.5. Actividad 5. Evaluación y cierre del Plan de Cuidado Familiar. 55
Descripción de la actividad 55
Tabla resumen del producto: 56
1.3. Producto 94. PLAN DE CUIDADO FAMILIAR CON ENFOQUE EN VIVIENDA SALUDABLE. .. 60
1.3.1. Unidad de medida 60
1.3.2. Forma de reporte de ejecución del producto 60
1.3.3. Detalle de las actividades 60

Elaboró: Sindy Julieth Sánchez, María Camila Marín, Milena Useche Velásquez – Referentes Técnicos Entorno Hogar /Revisó: Marcela Martínez Contreras - Subdirectora de Acciones Colectivas, Diana Sofía Ríos Oliveros - Subdirectora de Determinantes en Salud. Diana Marcela Walteros – Subdirectora de Vigilancia en Salud Pública y Claudia Milena Cuéllar Segura - Subdirectora en Gestión y Evaluación de Políticas en Salud Pública / Aprobó: Patricia Eugenia Molano – Directora de Acciones Colectivas y María Belén Jaimes - Directora de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva.

Tabla resumen del producto: 62
1.4. Producto 95. PLAN DE CUIDADO FAMILIAR CON ENFOQUE EN SALUD MENTAL. 62
1.4.1. Unidad de medida 62
1.4.2. Forma de reporte de ejecución del producto 62
1.4.3. Detalle de las actividades 63
Tabla resumen del producto: 64
1.5. Producto 96. PLAN DE CUIDADO FAMILIAR EN ZONAS DE RURALIDAD CERCANA 64
Unidad de medida 65
1.5.1. Forma de reporte de ejecución del producto 65
1.5.2. Detalle de las actividades 65
Tabla resumen del producto: 68
1.1. Producto. PLAN DE CUIDADO INDIVIDUAL_Consulta por Medicina. 69
1.1.1. Unidad de medida 69
1.1.2. Forma de reporte de ejecución del producto 69
1.1.3. Detalle de las actividades 69
1.1.3.1. Actividad 1. 77
Descripción de la actividad 77
1.2. Producto. PLAN DE CUIDADO INDIVIDUAL_ Consulta por Enfermería. 78
1.2.1. Unidad de medida 78
1.2.2. Forma de reporte de ejecución del producto 78
1.2.3. Detalle de las actividades 78
1.2.3.1. Actividad 1. 78
Descripción de la actividad 78
1.3. Producto. PLAN DE CUIDADO INDIVIDUAL_ Consulta por Psicología. 78
1.3.1. Unidad de medida 78

1.3.2. Forma de reporte de ejecución del producto 78

1.3.3. Detalle de las actividades 78

1.3.3.1. Actividad 1. 78

Descripción de la actividad 78

1.4. Producto. PLAN DE CUIDADO INDIVIDUAL_ Consulta por Nutrición. 78

1.4.1. Unidad de medida 78

1.4.2. Forma de reporte de ejecución del producto 78

1.4.3. Detalle de las actividades 78

1.4.3.1. Actividad 1. 78

Descripción de la actividad 78

2. Interacción integral e integrada Estrategia de Abordaje Étnico Diferencial. 78

2.1. Producto 98. ESTRATEGIA DE INSUMOS ANCESTRALES EN COMUNIDADES ETNICAS DIFERENCIALES 80

Unidad de medida 80

2.1.1. Forma de reporte de ejecución del producto 80

2.1.2. Detalle de las actividades 80

2.1.2.1. Actividad 1. Planificación de la estrategia de insumos ancestrales. 80

2.1.2.2. Actividad 2. Implementación de la Estrategia de Insumos Ancestrales 81

Tabla resumen del producto: 82

2.2. Producto 99. PLAN DE CUIDADO FAMILIAR CON FAMILIAS ÉTNICAS NEGRAS Y AFROCOLOMBIANAS 86

Unidad de medida 86

2.2.1. Forma de reporte de ejecución del producto 87

2.2.2. Detalle de las actividades 87

2.2.3.1 Actividad 1. Formulación e implementación de Plan de Cuidado Diferencial en Familias de comunidades Negras y Afrocolombianas 87

Elaboró: Sindy Julieth Sánchez, María Camila Marín, Milena Useche Velásquez – Referentes Técnicos Entorno Hogar /Revisó: Marcela Martínez Contreras - Subdirectora de Acciones Colectivas, Diana Sofía Ríos Oliveros - Subdirectora de Determinantes en Salud. Diana Marcela Walteros – Subdirectora de Vigilancia en Salud Pública y Claudia Milena Cuéllar Segura - Subdirectora en Gestión y Evaluación de Políticas en Salud Pública / Aprobó: Patricia Eugenia Molano – Directora de Acciones Colectivas y María Belén Jaimes - Directora de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva.

Tabla resumen del producto: 93

2.3. **Producto 100.** ACCIONES COLECTIVAS DIFERENCIALES CON FAMILIAS ÉTNICAS DE COMUNIDADES NEGRAS Y AFROCOLOMBIANA 94

Unidad de medida 94

Forma de reporte de ejecución del producto 94

Detalle de las actividades 94

Tabla resumen del producto: 95

2.4. **Producto 101.** ACCIONES PROPIAS DE MEDICINA ANCESTRAL DE COMUNIDADES NEGRAS Y AFROCOLOMBIANAS 96

Unidad de medida 96

Forma de reporte de ejecución del producto 97

Detalle de las actividades 97

2.4.3.1 Actividad 1. Acciones Propias de medicina ancestral 97

Tabla resumen del producto: 98

2.5. **Producto 102 y 103** GESTIÓN DEL RIESGO EN FAMILIAS INDÍGENAS EMBERÁ UBICADOS EN CENTROS TRANSITORIOS 98

2.11.1 Unidad de medida 100

2.11.2 Forma de reporte de ejecución del producto 100

2.11.3. Detalle de las actividades 101

2.11.3.1 Actividad 1. Planeación, Seguimiento y Fortalecimiento de Capacidades 101

2.6. **Producto 104** GESTIÓN DEL RIESGO EN FAMILIAS INDÍGENAS WOUNAAN UBICADOS EN CENTROS TRANSITORIOS - SUBRED SUR 110

2.12.1 Unidad de medida 111

2.12.2 Forma de reporte de ejecución del producto 111

2.12.3. Detalle de las actividades 112

2.7. **Producto 105.** PLAN DE CUIDADO FAMILIAR DIFERENCIAL EN FAMILIAS ÉTNICAS, PALENQUERAS. 119

2.7.1 Unidad de medida 119

2.7.2 Forma de reporte de ejecución del producto 120

2.7.3 Detalle de las actividades: 120

2.7.3.1 Actividad 1. Plan de Cuidado Diferencial en Familias Palenqueras 120

Tabla resumen del producto: 125

2.8. **Producto 106.** ACCIONES COLECTIVAS DIFERENCIALES CON FAMILIAS ÉTNICAS PALENQUERAS. 126

2.8.1 Unidad de medida 126

2.8.2 Forma de reporte de ejecución del producto 126

2.8.3 Detalle de las actividades 126

2.8.3.1 Actividad 1. Proceso de diálogo y concertación comunitaria 126

2.8.3.1 Actividad 2. Acciones Colectivas Diferenciales 127

Tabla resumen del producto: 128

2.9. **Producto 107.** ACCIONES PROPIAS DE MEDICINA ANCESTRAL- PALENQUEROS. 128

2.9.1 Unidad de medida 129

2.9.2 Forma de reporte de ejecución del producto 129

2.9.3 Detalle de las actividades 129

2.9.3.1 Actividad 1. Acciones Propias de Medicina Ancestral 129

Tabla resumen del producto: 129

3. Interacción integral e integrada Gestión Estratégica Y Operativa Del Entorno Cuidador Hogar 130

3.1. PRODUCTO 108. EJECUCIÓN ESTRATÉGICA Y TÁCTICA DEL ENTORNO CUIDADOR HOGAR 130

3.1.1. Unidad de medida 130

3.1.2. Forma de reporte de ejecución del producto 131

3.1.3. Detalle de las actividades 131

3.1.3.1. Actividad 1. Gestión Estratégica a cargo del Referente del Entorno Hogar..... 131

Descripción de Actividad 131

Tabla resumen del producto: 138

3.2. PRODUCTO 109. EJECUCIÓN TÁCTICA Y OPERATIVA DEL ENTORNO CUIDADOR HOGAR 139

3.2.1. Unidad de medida 139

3.2.2. Forma de reporte de ejecución del producto 140

3.2.3. Detalle de las actividades 140

3.2.3.1. Actividad 1. Desarrollo del Plan Operativo en las diferentes acciones integradas del Entorno Hogar 140

Descripción de Actividad 140

Tabla resumen del producto: 144

3.3. PRODUCTO 110: SOPORTE OPERATIVO DE LAS ACCIONES DEL ENTORNO CUIDADOR HOGAR..... 145

3.3.1. Unidad de medida 146

3.3.2. Forma de reporte de ejecución del producto 146

3.3.3. Detalle de las actividades 146

3.3.3.1. Actividad 1. Proceso de Georreferenciación. 146

Descripción de Actividad 146

3.3.3.2. Actividad 2. Gestión de la información del Entorno Hogar 149

Descripción de Actividad 149

Tabla resumen del producto: 155

3.4. PRODUCTO 111: DEPURACIÓN Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN A NIVEL DISTRITAL, EN EL MARCO DE LA ARTICULACIÓN SECTORIAL E INTERSECTORIAL. 156

3.4.1. Unidad de medida 157

Avance mensual del plan de acción 157

3.4.2. Forma de reporte de ejecución del producto 157

Cumplimiento de las acciones programadas en el plan de acción 157

3.4.3. Detalle de las actividades 157

3.4.3.1. Actividad 1. Depuración, consolidación y análisis de información a nivel distrital. 157

Descripción de Actividad 157

Tabla resumen del producto: 158

4. Monitoreo y seguimiento 158

ASPECTOS TRANSVERSALES A TENER EN CUENTA 169

Referencias 174

CONTROL DE CAMBIOS 174

Elaboró: Sindy Julieth Sánchez, María Camila Marín, Milena Useche Velásquez – Referentes Técnicos Entorno Hogar /Revisó: Marcela Martínez Contreras - Subdirectora de Acciones Colectivas, Diana Sofía Ríos Oliveros - Subdirectora de Determinantes en Salud. Diana Marcela Walteros – Subdirectora de Vigilancia en Salud Pública y Claudia Milena Cuéllar Segura - Subdirectora en Gestión y Evaluación de Políticas en Salud Pública / Aprobó: Patricia Eugenia Molano – Directora de Acciones Colectivas y María Belén Jaimes - Directora de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva.

INTRODUCCIÓN

Momentos del procesos (Planeación, implementación, seguimiento)

1. Interacción integral e integrada Cuidado para la Salud Familiar.

La interacción integrada "Cuidado para la Salud Familiar" del entorno cuidado hogar, se encuentra enmarcada en la línea operativa de Entornos Cuidadores del Modelo Territorial de Salud de Bogotá. A través de la estrategia Familias Cuidadoras, se lleva a cabo el abordaje colectivo de aquellos núcleos familiares priorizados en la ciudad por sus características de riesgo, condiciones de vulnerabilidad y en general por sus determinantes sociales en salud, con el fin de desarrollar procesos de cuidado en esta red primaria, desde un enfoque diferencial, a partir del reconocimiento de los patrones culturales, sociales y ambientales que hacen parte del entorno y el contexto familiar.

El desarrollo de esta interacción contribuye a la implementación de planes de cuidado local, que son establecidos en las diferentes localidades del distrito, a partir del diagnóstico y reconocimiento local desde el análisis de condiciones de calidad de vida, salud y enfermedad, que orienta el accionar del equipo territorial de salud, conformado por los diferentes actores del sector (Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas, participación social, prestación de servicios, equipos de atención en casa, entre otros). Allí, la intervención desde el entorno hogar parte de *atenciones iniciales,* realizadas mediante un abordaje territorial, donde se priorizan las UPZ, UPR, barrios y veredas, acorde a criterios poblacionales, epidemiológicos, de riesgo multifactorial, entre otros aspectos que permiten la focalización de acciones para la intervención familiar y la respuesta integral desde los actores sectoriales e intersectoriales que se requieran para la acción integral a partir de la identificación de alertas en salud identificadas en los hogares que conforman el territorio priorizado.

Posteriormente, como resultado del abordaje territorial y teniendo en cuenta otras fuentes de información sectorial e intersectorial, se llevan a cabo *atenciones complementarias* que fortalecen las acciones de seguimiento familiar en aquellos núcleos donde se evidencian riesgos latentes para la salud y con quienes se emprenden planes de cuidado familiar, que permiten la trasformación de condiciones de riesgo a partir de un trabajo concertado entre los equipos interdisciplinarios del entorno hogar y la familia. De igual forma, los planes de cuidado familiar pueden ser emprendidos

por familias que, si bien no están en territorios priorizados, si cuentan con condiciones prioritarias en salud que requieren la intervención desde el entorno cuidador, como lo son eventos de interés en salud pública y factores determinantes que generan riesgo para la salud (Condiciones sociales, geográficas y determinantes proximales); en esta acción también se contempla la realización o actualización de la caracterización del entorno, la familia y sus integrantes, para identificar factores protectores y factores de riesgos individuales y colectivos (atención inicial), con el fin de concertar e implementar planes de cuidado familiar, como herramienta de generación de capacidades para mejorar condiciones y prácticas de vida saludables, incrementar el empoderamiento en medidas de cuidado para el bienestar de los integrantes de la familia (atención complementaria) y gestionar los riesgos identificados, a partir de acciones sectoriales e intersectoriales.

Es así, como desde el entorno cuidador hogar se busca el desarrollo de acciones conjuntas con las familias, los diferentes actores del sector salud y otros sectores de la administración distrital, dado que se establece el primer contacto de las familias con la institucionalidad, donde se identifican necesidades y expectativas para el bienestar, las cuales son gestionadas a partir del desarrollo de estrategias en el hogar, la derivación y activación de la oferta de servicios sectoriales e intersectoriales.

Gestión Territorial

6.1.1. Planeación del Territorio
6.1.2 Apropiación Territorial
6.1.3 Caracterización Territorial
Descripción a modo de contexto_ Referenciar actividades de todo el EBS.

1.1. Producto 97. AVANZADA PARA EL ABORDAJE TERRITORIAL

Incorpora acciones de gestión comunitaria e intersectorial para la socialización de las diferentes interacción integrales e integrales del entorno cuidador hogar, como parte de la gestión de espacios y autorizaciones para su desarrollo; incluye la gestión con actores comunitarios, sectoriales e intersectoriales, para contar con las garantías para el abordaje de residencias de propiedad horizontal, zonas inseguras y de alto rechazo, que han sido priorizadas por sus condiciones de salud para que sean emprendidas las acciones de abordaje familiar en los hogares que allí se encuentran.

Unidad de medida

Avance al plan de acción.

1.1.1. Forma de reporte de ejecución del producto

Corresponde al seguimiento mensual de las acciones programadas, relacionadas con la definición de territorios priorizados para gestión y acercamientos previos al abordaje.

Para el desarrollo de este producto se contará binas conformadas por perfil de técnico en salud y técnico 3, los cuales adelantaran todo el proceso de acercamiento, dialogo, concertación, articulación para la respuesta en territorios de difícil acceso por diferentes factores dados en las dinámicas propias de campo.

1.1.2. Detalle de las actividades

1.1.2.1. Actividad 1. Alistamiento y definición de territorios para la avanzada

Momento 1: Análisis y definición de territorios para la avanzada

De manera inicial la bina desarrollará, mesa de trabajo junto con el geógrafo y profesional de apoyo del entorno, quien deberá contar como insumo con: archivos planos del módulo GEO del aplicativo en línea, con los diferentes estados de respuesta, procesos de georreferenciación y priorización territorial, demás fuentes de información susceptibles a validación para obtener territorios sujetos de abordaje para la avanzada, entre los cuales se encuentra:

-Territorios con mayor número de rechazos por parte de las familias.

-Territorios donde se encuentran residencias de propiedad horizontal.

- Territorios con alto riesgo de inseguridad.

- Territorios con residencias en zonas de invasión y/o asentamientos informales.

Una vez obtenidos los datos relevantes y teniendo en cuenta las dinámicas del territorio, se proyectará plan de acción para el acercamiento a los territorios priorizados, insumos requeridos,

estrategia de socialización de las acciones a desarrollar en cada uno de los productos que se operan desde el entorno.

1.1.2.2. Actividad 2. Acercamiento al territorio y gestión con líderes comunitarios y actores intersectoriales

Posterior al proceso de planeación para el acercamiento a territorio, se direccionarán las acciones acordes al tipo de territorio priorizado:

Con la intención de poder realizar una lectura del territorio en campo, se llevará a cabo un primer acercamiento al territorio, con el fin de identificar, presencia de actores sectoriales e intersectoriales que se encuentren en el mismo, puntos de referencia de seguridad “estaciones de policía”, principales vías de acceso entre otras que permitan identificar situaciones de riesgo.

Posterior a ello se realizará la recolección de datos relacionados con líderes comunitarios, juntas de acción de comunal barrial, administradores de propiedad horizontal, números de contacto de cuadrantes disponibles, representantes administrativos de las instituciones identificadas en la zona, entre otros actores de importancia para el proceso de concertación.

Acorde a la información obtenida, se procederá a generar acciones de articulación con cada uno de estos actores, para lo cual como bina deberán adelantar procesos de dialogo, concertación, gestión de documentos requeridos para la apertura de los territorios. Para ello, la bina en un ejercicio de confianza con los demás actores y/o líderes comunitarios, deberán brindar información clara y oportuna de los diferentes productos que desde el entorno se ejecuta, los principales objetivos del abordaje, la población sujeta al abordaje, tiempos aproximados de dicho intervención, ya sea para abordaje territorial o cualquiera de los planes de cuidado familiar, perfiles con los cuales se dispone desde las subredes integradas de servicios de salud, en caso de contar con experiencias exitosas, darlas a conocer con el fin de disminuir porcentajes de discernimiento o impedimento del abordaje por otras causas.

Las binas deberán registrar en una matriz, las acciones emprendidas en cada territorio, resultados de la gestión, cronogramas de apertura e ingreso del equipo operativo, estrategias y actores de

apoyo y acompañamiento a la acción territorial, entre otros aspectos relevantes. Esta matriz surgirá de un proceso de construcción conjunta entre las subredes y la SDS al inicio de la vigencia, a fin de retomar aspectos operativo y experiencias propias del trabajo en campo.

Tabla resumen del producto:

Nombre de la actividad	***Periodicidad***	***Perfiles del talento humano***	***Entregables***
Alistamiento y definición de territorios para la avanzada	Mensualmente acorde a las dinámicas de la operación	Técnico 3 (Bachiller digitador) Técnico 1 (en áreas de la salud, ciencias sociales y humanas)	-Actas de mesas de trabajo realizadas con el geógrafo del entorno. -Plan de acción del acercamiento a los territorios priorizados, cargado en Drive distrital
Acercamiento al territorio y gestión con lideres comunitarios y actores intersectoriales	Mensualmente	Técnico 3 (Bachiller digitador) Técnico 1 (en áreas de la salud, ciencias sociales y humanas)	-Acta de acercamiento a territorios priorizados. -Directorio de actores sectoriales e intersectoriales identificados en los territorios priorizados para la avanzada. -Matriz de gestión de la avanzada para el abordaje territorial.

GESTIÓN FAMILIAR DEL RIESGO

CARACTERIZACIÓN FAMILIAR

1.2. Producto 92. ABORDAJE TERRITORIAL-.

Hace referencia a la atención inicial para las familias prioritarias por características poblacionales y territoriales, la cual comprende la identificación oportuna de los riesgos, que orienta la gestión de respuestas efectivas ante las necesidades y alertas en salud de sus integrantes; lo anterior, a partir de acciones promocionales y de gestión de riesgos en salud que permitan la eliminación de barreras de acceso y la activación a rutas integrales de servicios de salud y las que se requieran a nivel intersectorial.

Este abordaje, se lleva a cabo a partir de la priorización de diferentes territorios en el distrito, a partir de un análisis multivariado que integra criterios de vulnerabilidad, información epidemiológica, así como el desarrollo conjunto y articulación con diferentes estrategias desarrolladas a nivel sectorial e intersectorial en el marco del Plan de Gobierno y el Sistema distrital de Cuidado (SIDICU) donde se encuentra la estrategia Tropa Social, Manzanas del Cuidado, entre otras que se emprendan e informen desde la SDS.

1.2.1. Unidad de medida

Familia. Corresponde a cada una de las familias intervenidas en los territorios y por criterios priorizados para el abordaje territorial.

1.2.2. Forma de reporte de ejecución del producto

El reporte del producto se realiza con una periodicidad mensual, donde se deben relacionar el número de familias que fueron intervenidas durante el mes, con el desarrollo de las tres actividades que integra el producto.

Para el caso de los perfiles que participan en jornadas de intensificación requeridas desde la Secretaría Distrital de Salud, se reportarán 2 unidades cuando se trate de media jornada y 4 cuando sea jornada completa, por cada auxiliar de enfermería que participe.

1.2.3. Detalle de las actividades

1.2.3.1. Actividad 1. Atención inicial para la identificación de riesgos.

Descripción de Actividad

Para esta actividad, hay un equipo formado por auxiliares de enfermería, que adelantan el abordaje de territorios definidos según criterios de priorización poblacional y focalización de sectores de alta vulnerabilidad en la ciudad. La priorización territorial es desarrollada por los geógrafos del entorno, en un trabajo conjunto con Equipos de Atención en Casa (EAC)[1], a partir del direccionamiento dado desde nivel central, donde se realiza la adscripción de cada auxiliar de enfermería a uno de los territorios priorizados.

Este proceso de adscripción, se realiza también a los profesionales de EAC, de manera que en cada uno de los territorios, se cuente tanto con un perfil del entorno cuidador hogar como con un profesional de EAC adscrito, para la coordinación y respuesta integral a las necesidades y expectativas en salud identificadas en las familias abordadas.

Los auxiliares de enfermería deberán adelantar los procesos de abordaje y seguimiento, a la población adscrita, a partir de la identificación de necesidades, principales determinantes sociales en salud, procesos protectores y deteriorantes; de este modo, a medida que se avanza en el abordaje del territorio, se contará con el conocimiento pleno de las prioridades de las familias adscritas, para poder generar acciones complementarias activando profesionales del entorno cuidado hogar, otras acciones del PSPIC, profesionales de apoyo de los EAC y otros a nivel sectorial e intersectorial.

Las acciones desarrolladas por los auxiliares de enfermería serán acorde a la orientación brindada por los profesionales de apoyo a la gestión operativa del entorno, quienes a su vez estarán en articulación permanente con los perfiles de gestión de EAC, para la planeación de las acciones y distribución del talento humano para la asignación e implementación de dos estrategias:

1. ***Barrido casa a casa***

[1] Equipos conformados por profesionales de enfermería y medicina, quienes desarrollan acciones de atención individual resolutiva en las familias que son identificadas y derivadas por los equipos del entorno cuidador hogar, principalmente de Abordaje Territorial

Cada perfil, a partir de la asignación territorial, tendrá adscritas un número de familias, convertidos en la población sujeta de intervención del auxiliar y de otros equipos que puedan complementar la respuesta a la familia, de manera que, a partir de un proceso conjunto, mancomunado e integral, se desarrollen y viabilicen atenciones en salud colectiva e individual requeridas para garantizar el cuidado de la salud y bienestar de las familias, a partir de la gestión y reducción de riesgos, y el desarrollo de capacidades para el cuidado.

El auxiliar de enfermería deberá realizar el reconocimiento y a apropiación del territorio asignado, para el reconocimiento de las características de la población que allí habita y que ha sido adscrita para su intervención. El territorio asignado debe contar con el barrido casa a casa, acorde a cronograma y orientación brindada por los profesionales del componente geográfico, de manera que se tenga pleno control y conocimiento de las familias abordadas, avance de intervención tanto de los predios, como de las familias e identificación de los casos prioritarios para intervención individual por parte de los EAC.

En este proceso, se contará con la relación de predios a cargo y el control de las familias ya abordadas por el equipo en las vigencias anteriores (Un año atrás), para: 1. Hacer énfasis en las familias y predios no abordados, así como aquellos que en acercamiento previos fueron fallidos o rechazaron la intervención, 2. Alimentar el proceso de apropiación territorial y familiar, de la población adscrita, reconociendo aquellos hogares donde ya se conoce la ocurrencia de eventos de interés en salud pública o presencia de población prioritaria y de riesgo, para el seguimiento y control.

Finalmente, se precisa que se cuenta con un equipo de avanzada, a cargo de la articulación con líderes comunitarios, actores sectoriales e intersectoriales que faciliten el abordaje de territorios identificados con situaciones de inseguridad que puedan limitar el accionar de los perfiles, predios de propiedad horizontal donde se debe adelantar gestión para garantizar autorizaciones de ingreso, territorios con un porcentaje alto de rechazos donde se emprenderán acciones de gestión y socialización de la acción integrada para viabilizar las intervenciones de los auxiliares de enfermería, entre otras situaciones que requieran procesos de gestión y movilización.

Articulación con los equipos de cuidado diferencial indígena

En el marco de la atención diferencial en población indígena se ha establecido un proceso de acciones de atención diferencial desde la practicas propias de usos y costumbres en salud de los diferentes pueblos indígenas que se encuentran en la ciudad en cumplimiento a compromiso de una acción afirmativa, en tal sentido se evidencia la necesidad de generar un proceso de articulación para garantizar la identificación de dichas comunidades y el abordaje correspondiente.

Por consiguiente, se estable que, durante el barrido casa a casa se identifiquen familias con pertenencia étnica indígena, de los pueblos indígenas: Muisca suba, Muisca bosa, Kichwa, Inga, Pijao, Wounaan, Pasto, Yanacona, Misak, Uitoto, Cametsa, Nasa, Tubu y Eperara, estos no serán abordados y deberán ser reportados en matriz de remisión dispuesta por la Secretaria Distrital de Salud, asegurando la siguiente información: Nombre de quien atiende, dirección de la vivienda y si es posible obtener número de contacto para que puedan ser abordados por parte de los equipos de cuidado diferencial indígena.

Aquellas familias que no pertenezcan a estos 14 pueblos indígenas mencionados anteriormente recibirán abordaje por el auxiliar de enfermería previa aprobación de las familias.

2. Ruteo para la búsqueda de casos específicos de poblaciones de riesgo

La estrategia de ruteo, está dirigida al abordaje de casos que son priorizados a partir de diferentes procesos sectoriales o intersectoriales, donde se adelanta la identificación de familias que requieren la atención en el entorno cuidador hogar; para ello, el equipo del componente geográfico y gestión del entorno, realizarán la depuración, georreferenciación y asignación de casos al perfil que corresponda acorde a la adscripción territorial.

Sin embargo, teniendo en cuenta que no se cuenta con la adscripción territorial en el 100% del territorio distrital, los auxiliares de enfermería deberán tener una asignación de un territorio principal, en el cual realizarán la estrategia de barrido casa a casa, y adicionalmente, uno o varios territorios a cargo, para la respuesta de casos de ruteo de familias que puedan estar ubicadas, en territorios no priorizados, pero que por activación de otros actores del sector salud o a nivel intersectorial requieren abordaje porque se ha identificado algún riesgo o necesidad en salud; es por ello, que el acercamiento de los

auxiliares de enfermería está orientado a la confirmación de necesidades en salud, caracterización familiar y derivación a los actores sectoriales e intersectoriales que corresponda para la respuesta a necesidades identificadas. Dentro de las fuentes de estos casos se encuentra:

- Casos remitidos para el abordaje de profesionales de plan de cuidado familiar, que no cuentan con caracterización social y ambiental, donde el auxiliar de enfermería realiza la atención inicial y posteriormente el profesional responsable del caso adelanta la actualización, concertación e implementación del plan de cuidado. Esta acción se puede realizar de manera conjunta por los dos perfiles auxiliar de enfermería y profesional a cargo del caso.
- Estrategia Territorial Integral Social (ETIS)-Tropa Social.
- Botón de alerta de gestantes y lactantes de la plataforma Bogotá Cuidadora.
- Casos no adherentes remitidos por actores del sistema de salud, con necesidad de contacto en casa para la gestión y acercamiento a los servicios de salud intramural.
- Otras activaciones que se puedan generar desde el sector salud o en alianza estratégica de trabajo conjunto con otros sectores.

La información de los usuarios remitidos por estas fuentes es depurada y completada a partir de un ejercicio de cruce de diferentes registros de información para garantizar la mayor efectividad posible. Tras verificar los datos, se establece contacto telefónico con las familias para confirmar necesidades de atención, datos de ubicación y concertar el acercamiento presencial al domicilio por parte de los auxiliares de enfermería (En casos con contacto telefónico efectivo o no, siempre y cuando se cuente con información de dirección de residencia). Esta primera acción de gestión de información y contacto telefónico la realiza el equipo de soporte del entorno.

Adicional a las dos estrategias clave mencionadas anteriormente, los auxiliares de enfermería del producto de abordaje territorial, participarán en acciones territoriales como:

- Abordaje de territorios de influencia que se encuentran a los alrededores de oferta de servicios como las Manzanas del cuidado, recorridos establecidos en el marco de jornadas sectoriales y distritales, abordaje de pagadiarios de población migrante e indígena, entre otros referidos por la SDS.

- Recorridos por territorios priorizados por condiciones de riesgo en la ciudad, emergencias sanitarias y/o ambientales declaradas, jornadas de intensificación, entre otros despliegues informados por la SDS.
- Abordaje en zonas de ruralidad cercana para el reconocimiento de las familias que habitan dichos territorios y la necesidad de emprender acciones complementarias por el equipo a cargo. Para este caso, se contará con una auxiliar de enfermería por subred que cuenta con zonas de ruralidad cercana, quien realizará 3 visitas efectivas al día, las cuales se reportarán como 4 unidades en la ejecución del informe de gestión, dado que en dichas zonas se requiere contar con mayor tiempo para el desplazamiento por las condiciones de alta dispersión poblacional. Esta acción se mantendrá en cada una de las subredes, hasta que se haya alcanzado el abordaje del 100% del territorio rural a cargo y las familias allí residentes, teniendo en cuenta los ejercicios de planeación y organización geográfica, así como la revisión de familias abordadas, lo referido por la comunidad y el conocimiento de nuevas necesidades de abordaje en familias que sean referidas a los equipos de Plan de Cuidado Familiar en la Ruralidad, que están de manera permanente en dichos territorios y conocen casos que requieran la intervención.

En los casos, en que en estos abordajes no sea posible realizar el despliegue de las acciones propias del equipo de abordaje territorial (Caracterización, derivación), sino que su enfoque sea de divulgación de mensajes clave, intensificación de campañas promocionales y preventivas, u otra acción prevista desde la SDS, el equipo no realizará la acción rutinaria, sino las actividades informadas por correo electrónico institucional por las referentes de nivel central, empleando los medios de verificación allí indicados; estas acciones se realizarán en jornadas de medio día o día completo, por lo que se reportarán en informe de ejecución haciendo la equivalencia al abordaje familiar que regularmente se adelanta en dicho lapso de tiempo (2 o 4 unidades), según lo especificado en la comunicación de nivel central.

Acciones propias de la atención inicial para la identificación de riesgos:

Dentro de las acciones propias del auxiliar de enfermería se encuentra la caracterización social y ambiental, las condiciones generales de la familia y las alertas en salud de los diferentes integrantes que la conforma, a través de la atención inicial; el auxiliar debe indagar todos los aspectos relacionados en los formularios de captura de información relacionados con la caracterización

familiar y de los tamizajes dispuestos, según las características de los integrantes de la familia, de manera que se logre realizar la confirmación o descarte de riesgos en la salud, principalmente en las poblaciones prioritarias, adelantando las siguientes acciones:

- Caracterización en el contexto familiar, para la identificación de riesgos en la familia, así como los servicios sociales y acciones de soporte familiar con los que cuenta.
- Reconocer en la vivienda Unidades de Trabajo Informal, establecimientos a puerta cerrada, puntos comerciales, entre otros.
- Niños, niñas y adolescentes en trabajo infantil.
- Identificación de poblaciones de riesgo: Gestantes, menores de 5 años, personas con riesgos en salud mental, personas con condiciones crónicas, entre otras condiciones de riesgo para la salud, teniendo en cuenta las dificultades de acceso a servicios de salud y falta de continuidad o apropiación de pautas de cuidado; con dichas poblaciones prioritarias o de riesgo, se debe verificar la adherencia a programas de control por grupo de riesgo, a planes de manejo en casa, tratamientos farmacológicos y no farmacológicos acorde a la condición o prioridad en salud.
- Informar a las familias sobre actividades de Protección Específica y Detección temprana, acorde a las frecuencias de uso e incentivar a la familia a completar las actividades acorde a los momentos de curso de vida de cada integrante.
- Identificar signos de alarma en mujeres gestantes, menores de 5 años, así como los específicos para la condición crónica de los usuarios identificados.
- Aplicación de tamizajes para la identificación de riesgos:
    - Aplicación de tamizaje de APGAR al 100% de las familias.
    - Toma de las medidas antropométricas de peso y talla al 100% de los integrantes presentes en la vivienda en el momento de la visita. Para el casi de los niños y niñas menores de 5 años, se deben tener en cuenta los postulados técnicos establecidos en la Resolución 2465 de 2016 para su clasificación nutricional, (Ver manual de implementación Resolución 2465 de 2016, manual de antropometría).
    - Tablas de estratificación de riesgo cardiovascular de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en personas con hipertensión arterial, diabetes mellitus y EPOC.
    - Tamizaje FINDRISK a todas las personas con hipertensión arterial y EPOC.

- Toma de glucometría a las personas cuyo tamizaje FINDRISK tenga una puntuación igual o mayor a 12 puntos o personas diabéticas sin adherencia al tratamiento o sin controles médicos.
- Cuestionario breve de EPOC para la tamización a personas mayores de 40 años con factores de riesgo.

Para el registro de información del abordaje a la familia, se cuenta con un aplicativo en línea al cual accede cada uno de los perfiles del entorno con un usuario y contraseña personal; este aplicativo, se encuentra organizado con diferentes módulos que se encuentran dispuestos en cascada, iniciando desde la planeación y asignación territorial, donde los geógrafos del entorno, a partir del control de abordaje territorial van asignando los predios a intervenir por los auxiliares de enfermería, desde las diferentes estrategias que desarrolla.

En el momento en el que cada perfil hace el ingreso al aplicativo, logra visualizar los predios asignados y en cada uno de ellos puede hacer el registro de la efectividad de la intervención para cada uno de ellos, así como la creación de las familias abordadas en los predios con acercamiento efectivo, los integrantes de cada una de ellas, y los registros propios de la caracterización y tamizajes realizados *(Ver caja de herramientas; Manual de usuario Hogar Abordaje Territorial*).

.

Se precisa que el abordaje territorial en la estrategia de barrido casa a casa, debe contar con el registro de la gestión adelantada en el 100% de las familias y predios asignados a la auxiliar de enfermería; para ello, se deberá diligenciar la información de la efectividad por predio, en el módulo geográfico. En caso de que no se logre establecer contacto con los integrantes de la familia de los predios asignados, se deberá realizar por lo menos dos intentos más para contactar la familia, en horarios y días diferentes, antes de descartar la vivienda como fallida, de manera que se puedan verificar en bases de datos, los diferentes momentos de gestión para lograr el contacto con la familia; para ello, se podrá ingresar estados de familias ausente 1 y 2 en el momento de la visita, rechazos de la intervención y fallidos.

Además del registro en los módulos del aplicativo en línea, el equipo deberá diligenciar en físico la planilla con la relación de las familias abordadas con registro de firmas del integrante cabeza de hogar o quien recibe la visita, como soporte de las acciones desarrolladas con las familias.

Por su parte, para los casos puntuales que se realiza ruteo para búsqueda en territorio a partir de una base de datos, el abordaje familiar debe mantener las mismas actividades y características técnicas anteriormente descritas. En este caso, si al realizar el seguimiento se conoce que la familia se encuentra ubicada en una localidad que pertenece a otra subred, el auxiliar deberá informar el mismo día de la visita a su profesional de apoyo a la gestión operativa, con el fin de realizar el reporte inmediato en matriz de reporte interlocal, para que el equipo de la subred responsable haga el seguimiento; de igual forma, se deberán consultar a diario los casos que sean referidos de otra subred y que por adscripción territorial corresponda el abordaje.

1.2.3.2. Actividad 2. Plan de Cuidado familiar en respuesta a necesidades en salud identificadas.

Descripción de Actividad

Una vez adelantada la atención inicial por parte de los auxiliares de enfermería de abordaje territorial, se deberá iniciar el Plan de Cuidado Familiar con acciones de respuesta a partir de los hallazgos de la caracterización, de manera que se desarrollan acciones concertadas con la familia, en dos líneas fundamentales que se describen a continuación (Promoción de la salud y gestión de riesgos), las cuales además de estar orientadas según la conformación familiar y sus necesidades, permiten aportar a la respuesta integral de las necesidades evidenciadas en los territorios priorizados.

Los planes de cuidado familiar son específicos para cada una de las familias, por lo que algunos pueden concertarse y desarrollarse en su totalidad en la misma visita, dado que corresponde a acciones promocionales y de consultas resueltas en el mismo momento de la intervención; mientras que otras familias requerirán continuidad en el acompañamiento por parte del equipo de profesionales en entorno cuidado hogar a cargo de dicha atención complementaria del plan de cuidado, la cual se dará a partir de la activación para desarrollarse en próximas visitas. Las actividades desarrolladas por el auxiliar de enfermería, así como los compromisos concertados con la familia a partir de las necesidades evidenciadas, deben ser registradas en el aplicativo en línea, apartados de plan de cuidado familiar y compromisos concertados, teniendo en cuenta las siguientes precisiones:

1. *<u>Acciones de promoción de la salud:</u>*

- El auxiliar desarrollará acciones promocionales y de información en salud pública en el 100% de las familias intervenidas acorde a las necesidades, características y conformación familiar. Para ello, el equipo contará con una ficha técnica que orienta y precisa las principales temáticas de información a posicionar desde cada prioridad que posiblemente se encuentre en la familia.

  De igual forma, el equipo de abordaje territorial debe reconocer las necesidades y problemáticas en salud del territorio en el que se encuentra y a partir de ello hacer énfasis en dichas temáticas desde los aspectos promocionales que correspondan.

- Adicional a lo relacionado previamente, se precisan algunas temáticas trazadoras e indispensables que se deben trabajar con la familia acorde a pertinencia por conformación familiar, población prioritaria entre sus integrantes, factores ambientales y contextuales:

  - Brindar claridades a la familia del resultado de la aplicación de tamizajes y toma de medidas antropométricas realizada, para que reconozcan algunos aspectos de su estado de salud y condición actual.

  - Informar y comunicar aspectos a tener en cuenta en la identificación de signos de alarma para mujeres gestantes, menores de 5 años (ERA_EDA) y para las diferentes condiciones crónicas.

  - Indicar a la familia las frecuencias establecidas para las atenciones individuales de Protección Específica y Protección Temprana, recordando tiempos para su próxima consulta (Valoración integral, control prenatal, detección de alteraciones del joven, adulto, CCU, mamografía, etc).

  - Promoción de hábitos de vida saludable a fortalecer en el hogar: alimentación saludable, desarrollo de actividad física, autoexamen de seno, lavado de manos, uso de elementos de protección personal, hábitos en salud ambiental, etc.

- Orientación para el acceso a los servicios de salud, y en la ruta de aseguramiento en salud.

En el desarrollo de estas acciones, el equipo debe emplear las tablas plastificadas de tamizajes y/o los rotafolios y demás piezas comunicativas o recursos establecidos por anexo de insumos, que permitan tener una ayuda visual y pedagógica para el desarrollo de las acciones de educación para la salud desarrolladas con las familias.

2. *Acciones de gestión de los riesgos identificados:*

Todas las acciones de gestión de los riesgos identificados deberán ser desarrolladas en un lapso máximo de 24 horas desde el desarrollo de la visita e incluyen:

- Parte importante de la gestión de los riesgos en salud se realiza a partir de la derivación de casos para la atención individual resolutiva; para ello, el equipo de auxiliares de enfermería realiza los registros correspondientes a las alertas identificadas en los integrantes de la familia, en el módulo dispuesto para ello en el aplicativo en línea, donde deben registrar los casos que requieren atención por parte de los Equipos de Atención en Casa. Estos equipos, a través del mismo aplicativo pueden visualizar los casos derivados desde la caracterización del entorno hogar, de manera que programan y desarrollan la atención individual en el domicilio, para las personas que cumplen con alguno de los siguientes criterios:

  - Población con diagnóstico de hipertensión arterial, diabetes mellitus y/o enfermedad obstructiva crónica.
  - Mujeres en estado de gestación.
  - Menor de 5 años sin valoración integral de la primera infancia.
  - Menores de 5 años con signos y síntomas de IRA y EDA.
  - Menores de 5 años con diagnóstico de riesgo de desnutrición, desnutrición aguda, moderada o severa.
  - Mujer en edad fértil con patología crónica sin método de regulación de la fecundidad.
  - Población con discapacidad.
  - Usuarios con necesidades en salud mental.
  - Cuidadores de personas con discapacidad.

- Gestantes con diagnóstico de sífilis, sin inicio de tratamiento o interrupción de este.
- Usuarios que en el momento de la caracterización no cuentan con la consulta de la valoración integral según curso de vida y frecuencias de uso)
- MEF sin método de regulación de la fecundidad (Aplica para las mujeres con afiliación a EPS que tengan contrato con la subred, con el fin de proporcionar el método)
- Prioridad ausente en la visita (Hace referencia a usuarios que tengan alguna prioridad, pero que en el momento de la caracterización no se encuentran presentes; en este caso se marca la derivación el cabeza de hogar o quien recibe la visita).
- Usuarios sin afiliación (Estos usuarios serán asignados al perfil de enfermería de EAC)

- Acciones de activación de rutas a través del módulo de canalizaciones del aplicativo SIRC (Sistema de Referencia y Contrarreferencia), a partir de la identificación de necesidades en salud (Con criterios diferentes a los derivados a EAC), servicios sociales y/o situación de aseguramiento, al 100% de personas que lo requieran, para que la entidad promotora de servicios de salud (EAPB), entidad distrital intersectorial y/o oficina de atención al usuario de las subredes integradas de servicios de salud, realicen la gestión a estas necesidades según competencias. Al generar la activación de rutas, se deberá brindar información a la familia, relacionada con la política de protección de datos de la Secretaría Distrital de Salud; aspecto que debe ser relacionado en las observaciones del instrumento de recolección de información (Ver ficha técnica de la caja de herramientas).

  Para el proceso de activación de rutas, se deberá contar con la apropiación conceptual de todas las posibles rutas a activar; sin embargo, a continuación, se relacionan algunas de las más relevantes a partir del abordaje territorial:

  - Casos de poblaciones de riesgo sin adherencia a servicios de salud, donde se podrá activar tanto a la Ruta de Promoción y Mantenimiento (RPMS), como a las rutas por grupo de riesgo y aseguramiento en salud.
  - Casos de condiciones crónicas con puntajes de riesgo alto, muy alto o extremadamente alto en la valoración de riesgo cardiovascular de la OMS, puntuación mayor a 12 en el tamizaje de Findrisc, y/o glucometría con valores iguales o superiores a 110 para personas sin diabetes, y a 180 en personas con diabetes. Se debe canalizar al 100% de

casos mencionados y registrar en las observaciones del formato signos vitales, medidas antropométricas y resultado de tamizajes.

- Casos confirmados con desnutrición aguda que no tengan el tratamiento adecuado para su manejo o sin adherencia al Lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad (atenciones y tratamiento) establecido en la Resolución 2350 del 2020.
- Canalización al entorno laboral, de los casos de unidades de trabajo informal y niños, niñas y adolescentes identificados en trabajo infantil, para su desvinculación.
- Activaciones de ruta intersectoriales, acorde a las necesidades evidenciadas en el hogar y a los determinantes sociales de la salud verificados; verificar con especial cuidado las necesidades de activación a Secretaría Distrital de Integración Social, en los casos de inseguridad alimentaria.

Se precisa que los casos que son derivados a Equipos de Atención en Casa, no requieren ser gestionados por el módulo de canalizaciones del SIRC, a menos que se trate de una ruta diferente a los criterios establecidos para dichas derivaciones, dado que se duplicaría la gestión y esfuerzos de diferentes actores del sistema para la respuesta que ya estaría dada por EAC; sin embargo, en caso de no contar con la oferta de atención extramural para el desarrollo de las atenciones individuales por parte de los Equipos de Atención en Casa, se deberá adelantar la derivación del 100% de los casos a la EAPB correspondiente a través del módulo SIRC, o la asignación de citas en los casos de población capitada con la subred.

- Realizar reporte diario de los casos que requieren de asignación de citas, de los aseguradores que se encuentren capitados con la subred y se cuente con la posibilidad de agilizar la gestión de la atención individual. El agendamiento de citas realizado desde el entorno, corresponde a las necesidades en población general (No poblaciones prioritarias, ya que estas son informadas a EAC para su atención en domicilio) y aquellos casos en los que se cuente con acceso y disponibilidad de agenda de especialidades, al encontrar en la visita órdenes sin asignación de cita.

- Informe de los casos prioritarios que deben tener continuidad en la intervención, a través del equipo interdisciplinario que desarrolla la Atención Complementaria dando continuidad a los

Planes de Cuidado Familiar, según las definiciones de las cohortes que tienen a cargo, dentro de las que se encuentran eventos o prioridades de Interés en salud pública, como:

- Desnutrición aguda en menores de 5 años.
- Niños y niñas menores de 5 años con diagnóstico de riesgo de desnutrición aguda que presenten una clasificación nutricional con desviación estándar de -1.5 a -2.0.
- Casos de gestantes de alto riesgo, con condiciones crónicas HTA, DM, Cáncer y cardiopatías, obesidad, periodos intergenésicos cortos, antecedentes de preeclamsia y eclamsia.
- Personas con condiciones crónicas con puntuaciones de riesgo alto, muy alto y extremadamente alto en tablas de estratificación de riesgo cardiovascular de la Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Personas con puntuaciones mayores a 12 en el tamizaje de FINDRISK y/o resultado de glucometría mayor de 180.
- Personas con diagnóstico de diabetes mellitus y glucometría mayor de 180.
- Personas oxígeno dependientes (indicación médica de oxígeno 24 horas) sin suministro de oxígeno.
- Personas con diagnóstico de cáncer (infantil, seno, cuello uterino, próstata, colon y recto) sin tratamiento.
- Riesgo alto en salud ambiental.
- Factor de riesgo psicosocial identificado en la familia, por la aplicación de APGAR familiar con resultados de disfunción familiar moderada y severa; así como por situaciones referidas por la familia o evidenciadas en la caracterización, que requieran abordaje por los profesionales de psicología de plan de cuidado.

Para estos casos, a través del aplicativo en línea se deberá registrar la derivación, la cual se hará efectiva a partir de la asignación del caso a un profesional definido por los perfiles de apoyo a la gestión operativa, acorde a la pertinencia técnica que requiera cada caso y familia.

En las familias que se evidencie la necesidad de dar continuidad al abordaje, a través del equipo complementario de planes de cuidado familiar del entorno hogar, el auxiliar de enfermería deberá realizar la entrega del tablero del plan de cuidado familiar, de manera que se emplee para registrar los compromisos adquiridos, recordatorios de pautas de cuidado, consultas

médicas, entre otros datos relevantes que se requiera por parte del equipo de salud o la familia (Ver anexo 8).

De igual forma, cuando se remitan familias a los equipos de Plan de Cuidado Familiar para dar continuidad al Plan establecido por el auxiliar de enfermería, se deberá informar a la familia con claridad y precisión que profesionales del mismo entorno cuidador realizará abordajes posteriores, encaminados a complementar la caracterización, fortalecer el Plan de Cuidado Familiar a partir de las competencias y pertinencia profesional y realizar seguimiento posterior a la familia, con mayor frecuencia, para la implementación y monitoreo del plan acorde con los compromisos que se asuman a partir de los factores protectores y de riesgo identificados.

- Realizar notificación a los subsistemas de vigilancia correspondientes, del 100% de los casos que cumplan con criterio, dentro de los que se encuentran los casos de violencias (física, sexual, emocional, económica, negligencia y abandono) al Subsistema de Vigilancia de Violencia Infantil y Maltrato Intrafamiliar (SIVIM), los casos de conducta suicida (ideación, amenaza, intento o suicidio consumado) al Subsistema de Vigilancia de Conducta Suicida (SISVECOS), entre otros *(Ver caja de herramientas_Formatos de Notificación)*. La notificación de eventos de interés en salud pública al SIVIGILA, está a cargo de profesionales de la salud responsables de la valoración individual de los individuos, por lo que en caso de identificar algún evento de interés se deberá garantizar la atención individual a partir de alguno de los mecanismos ya descritos, de manera que sea a partir de la valoración individual que se determine si se requiere o no una notificación al SIVIGILA.

- Realizar llamado a línea de atención 123, en el momento de la intervención familiar, en casos de identificarse riesgo alto para la salud e integralidad de la persona, que requiere atención inmediata por el servicio de salud; aplica también para los casos en que se identifique una urgencia en salud mental.

- Realizar remisión al servicio de urgencias de los casos de niños y niñas identificados con desnutrición aguda que no se encuentren adheridos al Lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad establecido en la Resolución 2350 del 2020 (no cuenten con tratamiento nutricional, no se

encuentren asistiendo a las consultas de atención en salud establecidas en la ruta y/o que presenten signos clínicos de alarma que representen un alto riesgo para su salud) para que la IPS de atención del menor realice la notificación SIVIGILA al evento 113 correspondiente, e iniciar la ruta de atención. Lo anterior, acorde con lo establecido en el parágrafo del artículo 4 de la Resolución 2350 del 2020: "La atención de la desnutrición aguda moderada y severa en niños de cero (0) a 59 meses, se considera atención de urgencias, por lo que no requiere ningún tipo de autorización y su atención debe ser inmediata." Para ello, se deberá informar a la familia sobre el riesgo de mortalidad que representa la desnutrición aguda en niños y niñas menores de 5 años y la necesidad de ofrecerle una atención en salud inmediata, recibiendo la autorización de los cuidadores del menor. En caso de evidenciarse negativa por parte de la familia para acudir de manera inmediata al servicio de urgencias, se deberá documentar la situación y adelantar reporte inmediato a los profesionales de EAC para la atención individual y en caso de no contar con disponibilidad para la atención en casa, se realizará la activación correspondiente por el módulo SIRC.

- Reporte de las familias indígenas identificadas en el abordaje casa a casa, que corresponden a los 14 pueblos descritos en el apartado de la estrategia de barrido casa a casa, para ser abordados por los Equipos de Cuidado Diferencial Indígena.

Los registros correspondientes a las actividades descritas anteriormente deberán ser cargadas el mismo día de la intervención (Máximo en las siguientes 24 horas al desarrollo de la actividad) en el aplicativo en línea, así como en los formatos de captura de información requeridos para las activaciones de ruta, notificaciones y demás acciones contempladas que impliquen registros de información adicional.

Este reporte de información diaria incluye la comunicación de situaciones particulares y necesidades de gestión a los profesionales de apoyo a cargo, y el registro de solicitudes de ajustes a datos que ingresan erróneamente en el aplicativo en línea; solicitudes que se realizan en el módulo dispuesto.

Tabla resumen del producto:

Nombre de la actividad	***Periodicidad***	***Perfiles del talento humano***	***Entregables***

Caracterización para la identificación de riesgos.	Una vez por familia.	Técnico 1 (en áreas de la salud, ciencias sociales y humanas). Auxiliar en enfermería o técnico en salud pública. Las acciones de priorización territorial, georreferenciación y planeación de la operación son desarrolladas por los geógrafos que hacen parte del producto de Soporte operativo de las acciones del entorno cuidador hogar.	• **CONSENTIMIENTO INFORMADO INTEGRAL** • Planilla de familias con atención inicial desde abordaje territorial. • Archivo Plano de Caracterización Social y Ambiental, individuos y alertas. • Archivo Plano de tamizaje APGAR familiar, producto de la implementación de aplicativo en línea. • Planos de los demás tamizajes acorde a pertinencia (OMS, Findrisck, EPOC) • Archivo Plano de módulo Geo, con la relación de predios asignados y abordados. • Matriz de reporte Inter local con los registros de notificación de casos a otras subredes y respuesta de los casos recibidos.
Acciones de respuesta a necesidades en salud identificadas.	Una vez por familia.	Técnico 1 (en áreas de la salud, ciencias sociales y humanas). Auxiliar en enfermería o técnico en salud pública.	• Archivo Plano de Plan de Cuidado familiar y compromisos concertados. • Archivo Plano de alertas con registro de derivaciones a Equipos de Atención en Casa y Planes de Cuidado Familiar del entorno hogar. • Archivo Plano de módulo Geo, para identificar los predios con familias con pertenencia étnica identificados y diligenciamiento de drive para el reporte de casos y predios a los equipos del cuidado diferencial indígena. • Soporte de reporte de casos para agendamiento de citas, acorde a mecanismo definido por la subred. • Formato de activación de rutas.

			• Formatos de notificación de eventos de interés en salud pública.

PLAN DE CUIDADO

Descripción del plan de cuidado en los tres niveles

1.1. Producto. PLAN DE CUIDADO TERRITORIAL_Comité de Cuidado.

1.1.1. Unidad de medida

1.1.2. Forma de reporte de ejecución del producto

1.1.3. Detalle de las actividades

1.1.3.1. Actividad 1.

Descripción de la actividad

PLAN INTEGRAL DE GESTIÓN DEL RIESGO FAMILIAR E INDIVIDUAL

CUADROS

1.2. Producto 93. PLAN DE CUIDADO FAMILIAR.

A partir de este producto se lleva a cabo el abordaje de diferentes núcleos familiares definidos acorde a las necesidades identificadas en el distrito, a partir de los indicadores de morbi-mortalidad, las poblaciones prioritarias y los determinantes sociales en salud que deben ser abordados desde la gestión del riesgo y la promoción de la salud.

En el abordaje de estas familias se definen diferentes criterios de selección y priorización para la intervención de las poblaciones más vulnerables, con presencia de eventos de interés en salud pública, condiciones de vida que representan altos riesgos para la salud y casos con alertas identificadas en el abordaje territorial a nivel sectorial e intersectorial; estas familias son abordadas a partir de atenciones iniciales y complementarias, mediante un plan de cuidado familiar con enfoque poblacional, diferencial y de derechos, a través del cual se establecen compromisos con las

familias para la apropiación de prácticas de cuidado, la transformación de hábitos y la mitigación de riesgos en salud.

1.2.1. Unidad de medida

Sesión de abordaje familiar. Corresponde a cada una de las sesiones de abordaje que se realiza con las familias, integrando caracterizaciones, concertaciones, implementaciones y cierres de los planes de cuidado familiar.

1.2.2. Forma de reporte de ejecución del producto

Se realiza reporte mensual de cada una de las sesiones con las familias, integrando caracterizaciones, concertaciones, implementaciones y cierres de los planes de cuidado familiar; esto incluye los casos, con contacto inicial en la vivienda de la familia, donde al adelantar la verificación de riesgos se identifica que, la familia No cumple criterio para el abordaje, dado que el riesgo reportado no existe o ya se ha mitigado. En estos casos el equipo debe justificar el estado de "No cumple criterio" y adelantar acción promocional con la familia.

1.2.3. Detalle de las actividades

1.2.3.1. Actividad 1. Alistamiento para el seguimiento familiar.

Descripción de la actividad

Las acciones de plan de cuidado familiar se adelantarán de manera presencial en el domicilio de las familias, para todas las cohortes definidas para la actividad, las cuales se encuentran directamente relacionados con las prioridades de salud pública y la ocurrencia de eventos de interés, así como otros casos prioritarios y situaciones emergentes que serán notificadas por SDS y derivadas de otras estrategias emprendidas por el entorno o el PSPIC a nivel sectorial o en articulación con otros sectores. Se proyecta que en promedio cada familia cuente con dos[2] acercamientos mensuales presenciales, acorde a dinámicas concertadas con la familia, avance del plan de cuidado y prioridad de la intervención, donde los casos de alto riesgo predominantemente deberán contar con atención presencial; sin embargo, dado el evento o prioridad, así como las particularidades de cada familia, la periodicidad podrá cambiar y deberá estar registrado en los formatos de captura de información.

[2] Se exceptúan los casos de sífilis donde ya se ha realizado seguimiento y acompañamiento para completar tratamientos, y las intervenciones se realizan teniendo en cuenta la periodicidad de los seguimientos serológicos.

Para esta actividad se cuenta con diferentes fuentes por medio de las cuales se conocen los casos potenciales para establecer un plan de cuidado familiar; por una parte, se dispone desde nivel central de una carpeta en línea compartida con todas las subredes, donde se cargan las bases de datos de eventos de interés en salud pública, las cuales deben ser depuradas por el equipo de gestión operativa del entorno, ser validadas y cruzadas con otras fuentes de información dispuestas por la subred, con el fin de completar los datos de identificación y contacto de los usuarios, garantizando así los insumos necesarios para el seguimiento.

De igual forma, se deberá cruzar con todas las bases de eventos de VSP recibidas, así como con las bases de familias ya abordadas, con el fin de identificar los casos que ya están siendo intervenidos, por haberse presentado notificación de la misma familia por diferentes eventos priorizados. (Estas bases, deberán incluir el 100% de los casos remitidos a la subred y deberá garantizarse la realimentación de los mismos, el mismo día de la intervención con criterios de calidad y completitud).

También se deberán retomar las familias que tras la atención inicial de los auxiliares de enfermería en el producto de abordaje territorial, requieren de atenciones complementarias dando continuidad al plan de cuidado familiar según los criterios definidos en dicho producto, por presentar alertas en salud, identificadas en diferentes estrategias territoriales como la de barrido casa a casa, Tropa Social, Manzanas del Cuidado, Búsqueda de casos de Desnutrición, entre otras que se prioricen e informen desde SDS.

Así mismo, se deberán contemplar los casos que se reporten a la Subred desde los Equipos de Atención en Casa (EAC), con alertas en desnutrición, salud mental, morbilidad materna, entre otros, donde se evidencie la necesidad de planes de cuidado. De igual forma, aquellos casos remitidos a través de la matriz en línea de comunicación interlocal, donde todas las subredes a través de los profesionales de apoyo a la gestión operativa ingresarán los casos que inicialmente por lugar de residencia corresponden a familias de sus localidades, pero que al verificar la ubicación de contacto se encuentra que el domicilio está ubicado en otra subred.

También, se deberán contemplar los casos que se reporten de otros entornos cuidadores y procesos transversales con alertas remitidos a través del SIRC, así como las bases de datos que sean remitidas por las Direcciones de Gestión del Riesgo de cada subred, como parte del seguimiento a las cohortes prioritarias; todos estos casos, acorde a los criterios definidos en la tabla de prioridades/eventos a abordar.

En caso de recibir en base de datos, casos correspondientes a familias indígenas, estas deberán ser remitidas a los equipos de cuidado diferencial indígena, a través del mecanismo definido desde la SDS, para que sea desde la estrategia diferencial, que se adelante el abordaje de dichos casos prioritarios.

Una vez depuradas las bases de datos, se realiza la distribución de los casos a los profesionales correspondientes, quienes son organizados acorde a la pertinencia técnica según el criterio de priorización de la familia, y son los responsables de las acciones de caracterización o actualización de la caracterización (Cuando ha tenido abordaje previo por auxiliares de enfermería), la concertación del plan de cuidado, su implementación y monitoreo. Sin embargo, en caso de identificar la necesidad de abordar la familia por otro profesional, dadas las necesidades de la familia, se contará con perfiles adicionales que desarrollen algunas sesiones de implementación de los planes de cuidado familiar, en los casos que sea necesario.

Así mismo, para el caso de las bases de datos de Tropa Social, botón de alertas de gestantes y lactantes, entre otras que lo requieran, se realizará la asignación de casos a algunos integrantes del equipo o digitadores del entorno, para que realicen la primera validación de alertas de manera telefónica, de manera que se logre confirmar si en la familia existe o no el riesgo en salud y el integrante específico que presenta la alerta; para los casos de salud mental, este contacto inicial se debe realizar por un profesional de psicología. Una vez confirmado que las alertas corresponden a los criterios de priorización del entorno, se dará continuidad a la intervención, bien sea con el seguimiento familiar de un profesional o la generación de canalizaciones, según se requiera.

La asignación de casos se realiza por parte del equipo de gestión del entorno a través del aplicativo en línea del entorno, previo cargue de registros de información geográfica e identificación del caso por parte de los geógrafos del entorno. En este proceso, el equipo de soporte y gestión del entorno,

debe facilitar a los profesionales operativos, la totalidad de la información con la que se cuente del caso, acorde al mecanismo de información por el cual fue recibido el caso: Bases de datos de VSP, SIRC, bases de datos sectoriales e intersectoriales, etc. Esto, con el fin de conocer los avances en la identificación, caracterización y/o intervención que se pueda tener en la familia por parte del remitente del caso.

Como parte de este alistamiento, se debe tener en cuenta que en caso de que la demanda de casos supere la meta programada por subred, se deberá priorizar el abordaje los eventos que impacten a reducir la mortalidad Materna, mortalidad Perinatal, mortalidad Infantil, mortalidad por Infección Respiratoria Aguda y por Desnutrición Aguda. De igual forma, en el momento de contar con cambios en los indicadores de salud de la ciudad o se identifiquen necesidades de abordaje de otros criterios, que implique el ajuste o incorporación en los ya definidos para el abordaje, se informará desde SDS para ser incorporados en los planes de cuidado familiar.

A continuación, se detallan las cohortes priorizadas para el seguimiento y algunas precisiones de intervención acorde a la condición de riesgo identificada en la familia y alertas identificadas en los seguimientos:

	PRIORIDAD/EVENTO A ABORDAR	**PRECISIONES Y/O PERIODICIDAD DE LA INTERVENCION[3]**
GESTANTES	Gestantes con ITS (Sífilis, VIH, HB) y casos de sífilis congénita.	Semanal para los casos de sífilis gestacional y congénita, hasta completar tratamiento de la gestante/Su pareja(s)/Bebé (Según corresponda). Posteriormente al siguiente trimestre garantizando el seguimiento del control serológico. Para los casos de VIH y HB 2 seguimientos mensuales.

[3] Se precisa que estas periodicidades son sugeridas y deberán ser definidas para cada familia según las particularidades de la misma; es decir, en caso de identificar un alto riesgo para la salud en alguno de los integrantes de la familia se podrá incrementar la periodicidad, y en el mismo sentido, al no identificar riesgos para la salud y reconocer apropiación de medidas de cuidado por parte de la familia en relación al evento/prioridad, se podrán ampliar periodicidades o finalizar el plan de cuidado. Por lo anterior, no se define número mínimo de seguimientos por familia; sin embargo, las familias caracterizadas, tendrán intervención familiar, por lo menos durante dos meses.

Elaboró: Sindy Julieth Sánchez, María Camila Marín, Milena Useche Velásquez – Referentes Técnicos Entorno Hogar /Revisó: Marcela Martínez Contreras - Subdirectora de Acciones Colectivas, Diana Sofía Ríos Oliveros - Subdirectora de Determinantes en Salud. Diana Marcela Walteros – Subdirectora de Vigilancia en Salud Pública y Claudia Milena Cuéllar Segura - Subdirectora en Gestión y Evaluación de Políticas en Salud Pública / Aprobó: Patricia Eugenia Molano – Directora de Acciones Colectivas y María Belén Jaimes - Directora de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva.

	Gestantes MME (TEP, preclamsia severa, Sepsis y Hemorragias).	Seguimiento hasta 42 días post evento obstétrico (Según estrategia Ángeles Guardianes).
	Gestantes con Bajo Peso y obesidad, Mayor o igual a 35 años y menor o igual a 19 años, con régimen de afiliación Subsidiado y Vinculado. Casos de gestantes con bajo peso y obesidad, que cuentan con factores de riesgo para la salud relacionados con los otros eventos priorizados (ITS, sífilis congénita, MME, condiciones crónicas, HTA, DM, Cáncer, cardiopatías), riesgos en salud mental (violencias, conducta suicida, entre otras), factores socioeconómicos (bajo nivel educativo, sin red de apoyo, de localidades con mayor mortalidad materna y BPN, o de priorización para los planes locales de cuidado) priorizadas y canalizadas por los entornos cuidadores y procesos transversales desde el SISVAN, a través del SIRC. En caso de requerirse, desde SDS se informará el abordaje de gestantes con otros criterios acorde a la capacidad de respuesta y comportamiento de los diferentes eventos de interés en salud pública, donde el equipo abordará otras gestantes priorizadas, acorde a direccionamiento de SDS, como parte de las acciones que aportan al cumplimiento de las metas de los proyectos de inversión.	2 seguimientos mensuales.
	Gestantes de alto riesgo identificadas en las estrategias de Tropa Social, Manzanas del Cuidado, Abordaje territorial (Con condiciones crónicas HTA, DM, Cáncer y cardiopatías). Gestantes y lactantes adolescentes con deserción escolar o en casos de recién nacido con condición de riesgo.	Acorde al riesgo identificado.
INFANCIA	Casos de Morbilidad Neonatal Extrema, referidos por Vigilancia en Salud Pública, con condición de alto riesgo y necesidad de abordaje familiar, dentro de los que se encuentra:	
	Menores de un año con diagnóstico probable o confirmado de Hipotiroidismo Congénito.	2 seguimientos mensuales. Verificar normalización del TSH y adherencia al tratamiento.
	Menores de un año con Cardiopatía de Manejo Quirúrgico Tardío.	2 seguimientos mensuales. Verificar manejo medico mientras se define el manejo quirúrgico.
	Menores de un año con otros defectos congénitos	2 seguimientos mensuales

	Niños y niñas menores de 1 año notificados al SIVIGILA por IRAG (Centinela), al egreso de hospitalización.	Seguimiento semanal inicialmente, al egreso hospitalario; al identificar apropiación de prácticas de cuidado en el hogar, 1 seguimiento cada 15 días
	Niños y niñas menores de 1 año notificados al SIVIGILA por IRAG (Inusitado), al egreso de hospitalización.	
	Niños y niñas menores de 5 años, atendidos en Sala ERA, con factores de riesgo sin seguimiento efectivo a las 48 horas por Sala ERA.	
	Cohorte de Recién nacidos con Bajo Peso al Nacer priorizados: -Casos de bajo peso al nacer pretérmino, subsidiados y vinculados, con peso menor a 2.500gr. Con prioridad en los menores de madres con edades extremas: Menores de 19 y mayores de 35 años. -Casos de BPN a término que presenten factores de riesgo para la salud relacionados con los otros eventos priorizados en infancia, riesgos en salud mental, factores socioeconómicos (bajo nivel educativo de la madre, edad extrema de la madre, sin red de apoyo, de localidades con mayor reporte de BPN o de priorización para los planes locales de cuidado), priorizados y canalizadas por los entornos cuidadores y procesos transversales desde el SISVAN, a través del SIRC.	2 seguimientos mensuales.
	Desnutrición Aguda Severa: Niños y niñas con diagnóstico de desnutrición aguda severa identificados en los servicios de atención en salud de las IPS referenciados mensualmente en base de datos de menores de 5 años de SISVAN. Desnutrición Aguda Moderada: Niños y niñas con diagnóstico de desnutrición aguda moderada identificados en los servicios de atención en salud de las IPS referenciados mensualmente en base de datos de menores de 5 años de SISVAN. Casos referenciados por el equipo de abordaje territorial que realiza la identificación de casos con desnutrición aguda. Casos de niños y niñas con diagnóstico de desnutrición aguda moderada o severa con factores de riesgo en salud asociados a otros eventos priorizados de infancia, riesgos en salud mental, factores socioeconómicos (bajo nivel educativo de la madre, edad extrema de la madre, sin red de apoyo, de localidades con mayor reporte de DNT o de priorización para los planes locales de cuidado), referenciados por los entornos cuidadores y procesos transversales de la Subred o de manera interlocal.	2 seguimientos mensuales.

Elaboró: Sindy Julieth Sánchez, María Camila Marín, Milena Useche Velásquez – Referentes Técnicos Entorno Hogar /Revisó: Marcela Martínez Contreras - Subdirectora de Acciones Colectivas, Diana Sofía Ríos Oliveros - Subdirectora de Determinantes en Salud. Diana Marcela Walteros – Subdirectora de Vigilancia en Salud Pública y Claudia Milena Cuéllar Segura - Subdirectora en Gestión y Evaluación de Políticas en Salud Pública / Aprobó: Patricia Eugenia Molano – Directora de Acciones Colectivas y María Belén Jaimes - Directora de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva.

	Niños y niñas con diagnóstico de desnutrición aguda moderada y severa notificados al SIVIGILA evento 113 que desde nivel central se consideren prioritarios para acompañamiento. En caso de requerirse, desde SDS se informará el abordaje de niños y niñas con desnutrición aguda con otros criterios acorde con la capacidad de respuesta y comportamiento de los diferentes eventos de interés en salud pública .	
	Niños y niñas con diagnóstico de riesgo de desnutrición aguda que presenten una clasificación nutricional con desviación estándar de -1.8 a -2.0, identificados durante la primera visita de caracterización a las familias que son referenciadas con desnutrición aguda por base de datos de menores de 5 años de SISVAN. Niños y niñas con diagnóstico de riesgo de desnutrición aguda que presenten una clasificación nutricional con desviación estándar de -1.8 a -2.0, referenciados por el equipo de abordaje territorial, entornos cuidadores, procesos transversales y nivel central que, además, presenten factores de riesgo en salud priorizados en infancia, retraso en talla, riesgo en salud mental, factores socioeconómicos (bajo nivel educativo de la madre, edad extrema de la madre, sin red de apoyo, de localidades con mayor reporte de DNT o de priorización para los planes locales de cuidado). En caso de requerirse, desde SDS se informará el abordaje de niños y niñas con riesgo de desnutrición aguda con otros criterios acorde con la capacidad de respuesta y comportamiento de los diferentes eventos de interés en salud pública.	Mensual, de manera presencial
	Menores de 5 años con obesidad, de régimen subsidiado y vinculado, remitidos en base SISVAN.	Mensual, de manera presencial
	Cáncer Infantil.*	2 seguimientos mensuales.
	Niños de alto riesgo identificados en las estrategias de Tropa Social, Manzanas del Cuidado, abordaje territorial, entre otras iniciativas referidas desde nivel central.	
CONDICIONES CRÓNICAS	Personas con condiciones crónicas remitidas por el equipo de abordaje territorial, con los siguientes criterios: • Personas con condiciones crónicas con puntuaciones de riesgo extremadamente alto en tablas de estratificación de riesgo cardiovascular de la Organización Mundial de la Salud (OMS).	Seguimiento mensual, hasta verificar acceso efectivo a controles, toma de laboratorios y tratamiento farmacológico.

	• Personas con puntuaciones mayores a 12 en el tamizaje de FINDRISK y/o resultado de glucometría mayor de 180. • Personas con diagnóstico de diabetes mellitus y glucometría mayor de 180. • Personas oxígeno dependientes (indicación médica de oxígeno 24 horas) sin suministro de oxígeno. • Personas con diagnóstico de cáncer (infantil, seno, cuello uterino, próstata, colon y recto) sin tratamiento.	
SALUD MENTAL	• Conducta suicida en gestantes. • Casos de ideación estructurada e intento suicida en niños, niñas y adolescentes hasta 27 años, 11 meses y 29 días. • Intento suicida reiterado. • Maltrato infantil reiterado. • Violencia ejercida contra gestantes. • Factor de riesgo psicosocial identificado en abordaje territorial u otros planes de cuidado familiar. Casos priorizados a partir de estrategias como Tropa Social, manzanas del cuidado que cumplan los anteriores criterios, entre otras referidas por SDS.	Seguimiento cada 15 días.
SALUD BUCAL	• Base de datos SISVESO: niños, niñas menores de 5 años o gestantes que presenten una o varias de las siguientes alertas: componente cariado “presentar 3 o más dientes cariados”, por enfermedad periodontal y/o perdida por caries de “3 o más dientes; incluye el abordaje de los demás integrantes de dichas familias, o de familias priorizadas por otros eventos donde se evidencien alertas en salud bucal a partir de la exploración de riesgos por el perfil de odontología u otro profesional del equipo. • Familias identificadas con alertas en salud oral en las Unidades de Análisis de SISVESO. • Población canalizada desde nivel central.	Dos seguimientos mensuales
DISCAPACIDAD	Personas con discapacidad y sus cuidadores, que en la identificación de riesgos se reconozcan con necesidades de ajustes razonables en el hogar, necesidades de fortalecimiento de capacidades para el autocuidado y cuidado mutuo y fortalecimiento de redes de apoyo familiar y comunitaria.	Dos seguimientos mensuales

Una vez asignados los casos a cada profesional, por parte de los profesionales de apoyo a la gestión operativa, deberá realizar el contacto, acercamiento a la vivienda, inicio del proceso y deberá

realimentar el estado del seguimiento del 100% de los casos asignados (Incluyendo los reportados a través de matriz interlocal). Para ello, establecerá el resultado del abordaje, acorde a las siguientes precisiones:

- Familias Efectivas: Aplica para aquellas que se logran contactar, ubicar en domicilio e iniciar el proceso de plan de cuidado familiar. Constituye el estado ideal para el seguimiento de cohortes priorizadas.
- Familias Fallidas: Corresponde a familias que no es posible ubicar telefónicamente ni en la dirección de contacto; para catalogar una familia como fallida, se debe demostrar la gestión para el contacto de la misma, con búsqueda de datos de contacto (Direcciones y teléfonos) en diferentes fuentes de información y verificación de cada una de las direcciones encontradas, con visita en campo. Soportar el seguimiento realizado.
- Familias que Rechazan la Intervención: Familia que manifiesta disentimiento, no querer participar del proceso de abordaje familiar; para ello, el equipo debe comunicar claramente el objetivo y beneficios del mismo y contar con formato de disentimiento de la familia.
- Familias que no requieren la intervención o no cumplen criterio de abordaje: Corresponde a familias que, al ser verificadas por el equipo, se identifica que no presenta riesgos en salud y no requiere caracterización familiar ni concertación e implementación de plan de cuidado familiar.
- Familias que Viven Fuera de Bogotá: Familias que se encuentran en las bases de datos remitidas a la subred, pero que, en el momento de contactarla, se conoce que su lugar de residencia no corresponde al distrito; se debe indagar y reportar en el seguimiento lugar de domicilio actual.
- Familias con Integrante Fallecido: Corresponde a las familias, donde al contactarla, se conoce que la persona reportada por medio de quien se prioriza la familia, ha fallecido y por ello rechazan la intervención.

A partir de dicho acercamiento el profesional deberá diligenciar el formato de contacto inicial para tres casos: 1. Familias con seguimiento efectivo, donde se debe registrar que la familia acepta y establece compromiso con el equipo para el desarrollo de plan de cuidado familiar, 2. Familias que no cumplen criterio, donde se debe describir claramente el motivo y la ausencia de riesgos para no continuar con acciones complementarias, y 3. Familias con disentimiento, indicando los motivos

referidos por la familia, y precisar los casos puntuales que fueron de manera telefónica donde no es posible contacto con la familia por su desinterés o rechazo. Los demás estados se realimentarán en matriz interlocal y aplicativo en línea.

1.2.3.2. Actividad 2. Caracterización Social y Ambiental (CSA).

Descripción de la actividad

Una vez asignadas las familias a abordar a cada profesional, se debe revisar la fuente de priorización para dar continuidad al proceso de plan de cuidado familiar y garantizar que se cuente con información de caracterización integral de la familia. Es por ello, que los casos que sean priorizados para los profesionales de psicología, nutrición, terapias, ciencias ambientales u odontología, contarán con caracterización inicial bien sea por profesionales de enfermería o por los auxiliares del producto de abordaje territorial, procurando que se haga en una primera sesión conjunta con el profesional a cargo del caso, quien registrará los riesgos, alertas y condiciones familiares según pertinencia técnica (También aplica para los productos de plan de cuidado familiar con enfoque en salud mental y vivienda saludable). En los casos en que ya se cuente con caracterización, los profesionales harán ingreso con actualizaciones requeridas y en los casos que el profesional de enfermería adelante la caracterización de casos donde el perfil principal es otro, la continuidad de su intervención estará mediada por la identificación de riesgos, de manera que el plan de cuidado sea desarrollado por el perfil indicado según el evento o prioridad y enfermería sólo se vincule en los casos que requieran de su acompañamiento.

Estas caracterizaciones y actualizaciones se realizarán con el fin de ampliar la información de las características de la familia y el entorno de la vivienda, así como factores de riesgo para la salud y momentos significativos en el curso de la vida. Es el punto de partida del abordaje familiar, que posteriormente contempla la concertación, implementación y seguimiento del plan de cuidado familiar (atención complementaria), establecido a partir de las características de la familia y orientado a partir de las disposiciones técnicas para las diferentes prioridades dispuestas en las fichas técnicas del entorno hogar (Ver caja de herramientas).

Esta actividad se realiza en el primer acercamiento al domicilio, donde inicialmente se informa a la familia del proceso a realizar, su objetivo, resultados esperados, acciones de orientación y la

importancia de mantener contacto permanente tanto por la prioridad inicial, como por los riesgos identificados en otros integrantes de la familia y las acciones de cuidado que se deban fortalecer en la familia acorde a sus determinantes sociales; es decir, el profesioanl debe indagar acerca de condiciones de salud de toda la familia y mantener el enfoque de abordaje familiar en el entorno hogar. En este primer momento, se establecerá la firma de carta de compromiso entre la familia y el profesional de salud, como soporte del trabajo concertado a iniciar en el marco del plan de cuidado familiar.

Se precisa, que para el caso de la estrategia Ángeles Guardianes, direccionada al abordaje de gestantes con morbilidad materna extrema, se establece el primer contacto hospitalario, donde se entabla socialización del proceso y firma de carta de compromiso con la familia (Para los casos en que las condiciones de salud y dinámicas institucionales lo permiten); dicho contacto pretende generar el proceso de comunicación y reconocimiento de la familia y el equipo, para garantizar proceso familiar en casa. La caracterización se adelantará en la vivienda una vez egrese la usuaria de la atención hospitalaria.

Posteriormente, se inicia la caracterización o su actualización propiamente dicha, para lo que se debe generar un espacio de confianza, que permita valorar los conocimientos, percepciones usos y costumbres de la familia, realizar la identificación de las personas que conforman la familia, factores protectores y sus factores de riesgo frente a desenlaces en salud. En este proceso, se realizará el registro de la información correspondiente, en un aplicativo en línea al cual accede cada uno de los perfiles del entorno con un usuario y contraseña personal; este aplicativo, se encuentra organizado con diferentes módulos que se encuentran dispuestos en cascada, iniciando con la asignación de casos.

En el momento en que cada profesional hace el ingreso al aplicativo, logra visualizar los casos asignados y en cada uno de ellos puede hacer el registro de la efectividad de la intervención, así como la creación de las familias abordadas, los integrantes de cada una de ellas, y los registros propios de la caracterización y plan de cuidado familiar realizados *(Ver caja de herramientas; Manual de usuario Hogar Plan de Cuidado Familiar*); cada uno de los perfiles debe adelantar el registro de su intervención, en los casos de contar con más de un profesional en el desarrollo del plan de cuidado familiar. Adicionalmente, diligenciarán en físico la planilla de firmas de las familias

que recibieron las acciones de plan de cuidado familiar, como soporte de cada una de las sesiones adelantadas.

Para este proceso, se deben tener en cuenta las siguientes precisiones:

- Identificación de alertas latentes a partir del evento o prioridad por la que se aborda la familia, así como las que se puedan estar presentando en otros integrantes de la familia a partir de la relación de alertas prioritarias y tomando como guía el listado de códigos para el diligenciamiento de formato de caracterización social y ambiental.

- Si se identifica que la prioridad por la que es inicialmente remitida la familia no corresponde precisamente a la situación actual, se debe ajustar el criterio e implementar las estrategias y acciones acorde a la necesidad de la familia.

- Reconocer prácticas de autocuidado de la salud y de cuidado familiar. Así como los planes de manejo ordenados por médicos o especialistas en los casos que corresponda y su cumplimiento.

- Explorar habilidades, conocimientos, experiencias, valores, tradiciones, visiones del mundo respecto al cuidado de la salud, desde su contexto y cultura, así como su implementación en casa.

- Explorar en gestantes, menores de 5 años y personas con condiciones crónicas, signos de alarma y signos de peligro de muerte, junto con los aspectos específicos acorde a cada evento, definidos en las fichas técnicas del entorno.

- Indagar por condiciones de salud general de la familia, incluyendo a todos sus integrantes, dado que el caso índice notificado se constituye en la puerta de entrada al abordaje familiar, más no en el único foco de intervención.

- Realizar toma de medidas antropométricas y signos vitales acorde a pertinencia técnica y prioridades encontradas en el hogar.

- Aplicar la Escala ELCSA a todas las familias, con especial atención en aquellas que cuentan con niños y niñas menores de 5 años que se identifican con desnutrición aguda, riesgo de desnutrición aguda, bajo peso al nacer, gestantes y lactantes con malnutrición.

- Realizar observación durante la lactancia materna de acuerdo con la ficha “Ayuda Observación de la LM_2023” en niños y niñas menores de 6 meses.

De igual forma, acorde al criterio de priorización, los eventos de interés en salud pública presentes en la familia y el curso de vida de los integrantes de la misma, se deberá realizar la aplicación de pruebas tamiz que permitirán ampliar la información de alertas y factores de riesgo para la salud, orientar el plan familiar a desarrollar y posteriormente, la evaluación de logros alcanzados en el proceso.

Precisiones para la aplicación de tamizajes en la familia.

TAMIZAJE	CRITERIO PARA APLICACIÓN	OBSERVACIONES
APGAR Familiar	Aplicación a todas las familias abordadas.	Permite evidenciar la percepción de la funcionalidad familiar. Se aplica en la caracterización familiar.
SRQ para jóvenes y adultos.	Aplicación en los casos que se identifiquen criterios de riesgo de trastorno mental en jóvenes y adultos (Mayores de 16 años de edad).	Permite la detección temprana de riesgos de trastornos mentales. Permite identificar riesgos para activación de la ruta de atención integral en salud mental y propiciar diagnóstico oportuno. Se aplica a las personas que a partir de la conversación y la lectura del contexto social, se evidencia que podrían estar presentando signos o síntomas de problemas relacionados con trastornos
RQC para niños y adolescentes.	Aplicación en los casos que se identifiquen criterios de riesgo de trastorno mental en niños y adolescentes (Entre los 5 y 15 años de edad).	

		mentales y del comportamiento. Esta identificación de riesgos puede darse en cualquier momento del proceso de intervención y no necesariamente en la caracterización.
Brief COPE 28-Violencias y Conducta Suicida.	Aplicación a todos los casos remitidos por el subsistema SISVECOS y los casos de Violencia ejercida contra las gestantes del SIVIM.	Permite identificar estrategias de afrontamiento ante situaciones problemáticas o de estrés. Se aplica en la caracterización y al evaluar el plan familiar.
Tablas de estratificación de riesgo cardiovascular de la Organización Mundial de la Salud - AMR B de la OMS	A todas las personas con condiciones crónicas.	Permite identificar factores de riesgo cardiovascular. El tamizaje de OMS se aplica en la caracterización únicamente, dado que permite una presunción diagnóstica para la activación de rutas.
FINDRISK.	A todas las personas con condiciones crónicas, excepto a las diagnosticadas con diabetes.	Se aplica en la caracterización únicamente, dado que permite una presunción diagnóstica para la activación de rutas.
Ficha de observación de la lactancia materna	A todas las personas que se encuentren en proceso de lactancia materna exclusiva y complementaria.	Permite reconocer signos de que la lactancia funciona adecuadamente o signos de alarma de posible dificultad. Se deberá aplicar en la caracterización y posteriormente, como parte de la verificación de compromisos del plan de cuidado familiar al cierre del mismo.
Cuestionario breve para el tamizaje de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica- EPOC	A todas las personas mayores de 40 años, sin diagnóstico de EPOC.	Se aplica para evaluar la necesidad de activar la Ruta Integral de Atención en Salud para la población con riesgo o presencia de enfermedades respiratorias crónicas.

En esta visita, el equipo deberá adelantar la activación de rutas y/o notificación de eventos de interés en salud publica en salud mental identificados (Diferentes al evento inicial por el cual se está realizando la intervención); dichos soportes deberán ser entregados a la profesional de apoyo a cargo, en un lapso que no supere las 24 horas desde la visita realizada. De igual forma, se desarrollarán los primeros contenidos de información en salud pública a partir de las necesidades identificadas, los cuales se registrarán en el apartado inicial del formulario de Plan de Cuidado Familiar.

1.2.3.3. Actividad 3. Concertación del Plan de Cuidado Familiar.

Descripción de la actividad

Durante y después de la caracterización familiar, el profesional debe identificar los principales aspectos a trabajar de manera concertada con la familia, para la mitigación de riesgos en salud y el fortalecimiento de pautas de cuidado y estilos de vida saludable acorde a las necesidades.

Para este ejercicio, se deberá verificar el criterio de priorización de la familia, las alertas registradas en la caracterización para sus integrantes, las necesidades identificadas y las detectadas tras la aplicación de tamizajes en la familia; las vivencias de sucesos vitales en la familia y sus integrantes y si se están afrontando de forma adecuada, el contexto sociocultural de la vida familiar y redes de apoyo, así como los recursos con los que cuenta en términos de servicios públicos, sociales, sanitarios y de apoyo familiar.

A partir de esto, se deberán definir acciones concretas a desarrollar con la familia, de manera que se consoliden en compromisos a desarrollar de manera conjunta, enfocadas a la adopción de pautas de cuidado, la gestión familiar para la mitigación de riesgos y la participación activa de la familia en las actividades colectivas e individuales que se logren gestionar con los demás actores del sistema de salud. Se debe tener en cuenta que las familias que fueron derivadas desde abordaje territorial ya cuentan con un plan de cuidado familiar con compromisos iniciales por parte de la auxiliar de enfermería, por lo que desde la acción complementaria se deberá realizar la actualización de los mismos.

Los compromisos propuestos por el profesional deben ser socializados y concertados con la familia para su implementación y registrarse en el formulario de implementación del plan para su seguimiento, esta acción de concertación del plan se realizará en la misma visita de caracterización.

Así mismo, se debe tener claridad de las estrategias y acciones a desarrollar en el plan de cuidado familiar, teniendo en cuenta las precisiones dadas en las fichas técnicas de las diferentes prioridades; dichos aspectos se deberán consignar en el formulario de concertación e implementación del plan de cuidado familiar. En el plan de cuidado familiar, se podrán desarrollar diferentes estrategias para el trabajo complementario e integral con la familia; sin embargo, se establecen unas estrategias específicas que, entre otras, se deberán emplear en el plan de cuidado familiar según los criterios de priorización relacionados en la tabla 1.

	ESTRATEGIAS DE PLAN DE CUIDADO FAMILIAR ACORDE A LA PRIORIDAD/EVENTO A ABORDAR
GESTANTES	Embarazados todos por la vida. Ángeles Guardianes. Embarazados sin sífilis.
INFANCIA	AIEPI Promoción de la Alimentación Saludable Estrategia para la prevención, manejo y control de la Infección Respiratoria Aguda (IRA). Seguimiento a la recuperación nutricional. Consejería en Lactancia materna y alimentación complementaria.
CONDICIONES CRÓNICAS	Planes de Automanejo. Actividad Física para la Salud.
SALUD MENTAL	Fortalecimiento de las pautas de crianza. Fortalecimiento de estrategias de Afrontamiento, confróntate 7. Acompañamiento psicosocial.*
SALUD BUCAL	Promoción de prácticas en salud bucal a familias.
DISCAPACIDAD	Rehabilitación Basada en Comunidad.

*Esta estrategia se desarrollará únicamente en familias con plan de cuidado familiar que estén siendo abordadas por profesionales diferentes a psicología, donde identifiquen factores de riesgo psicosocial que requiera de dicho abordaje.

En el momento de la concertación del plan de cuidado familiar, que es adelantado en la misma visita de caracterización, el profesional entregará a la familia el tablero de plan familiar, el cual se

empleará para el registro y seguimiento de compromisos con la familia (Ver anexo de insumos). Para el caso de las familias remitidas de abordaje territorial, esta entrega se debe solventar en la atención inicial por parte del auxiliar de enfermería.

1.2.3.4. Actividad 4. Implementación y Seguimiento del Plan de Cuidado Familiar.

Descripción de la actividad

Una vez concertado el plan de cuidado con la familia, se inician las acciones promocionales para la educación en salud y la gestión del riesgo, para lo cual el profesional deberá contar con los recursos metodológicos y didácticos necesarios para el desarrollo de actividades con la familia, facilitando la apropiación de contenidos técnicos; para ello, se contará con un rotafolio de acciones promocionales, así como el uso de otras herramientas que considere pertinente el profesional y la Subred.

Los planes de cuidado familiar son flexibles para su implementación, dado que debe cumplir con los aspectos técnicos dispuestos en las Fichas Técnicas de las prioridades, y son los avances en el mismo y los resultados alcanzados los que determinan su duración, hasta lograr impactar los indicadores definidos para cada uno de los eventos y prioridades. Es importante aclarar que el plan familiar finaliza cuando no existan riesgos para la salud de las familias y personas priorizadas y se haya dado cumplimiento a los compromisos establecidos con la familia. Debe tener en cuenta aspectos como:

- El profesional debe realizar las intervenciones requeridas y desarrollar los contenidos establecidos en las fichas técnicas, a partir de las alertas en salud identificadas en las diferentes prioridades de salud pública (Salud materna, salud mental, salud infantil, salud bucal, condiciones no transmisibles, entre otras), y en coherencia con los compromisos pactados con la familia para cumplir de manera conjunta y corresponsable.

- El abordaje se realiza a partir de la necesidad y prioridad identificada en cada familia, es por ello, que la intervención del profesional, podrá ser complementada por un segundo perfil que ingresa a fortalecer el plan de cuidado familiar, acorde a la identificación de riesgos y

alertas en salud que así lo ameriten; estos perfiles, realizarán su intervención complementando al profesional base que desarrolla el plan con la familia. Cada uno de los profesionales deberá informar a través de los profesionales de apoyo, la necesidad de vincular a los profesionales requeridos y se determinará el número de sesiones que se requieran en la familia, según lo evidenciado en las sesiones de implementación a las que se vincula dicho perfil. Esta derivación de casos se deberá adelnatar desde el aplicativo en línea también, de manera que cada perfil pueda visualizar y registrar sus aportes al plan de cuidado familiar.

- Desarrollar acciones promocionales para la adopción de comportamiento y conductas para la salud, donde se incluyan acciones preventivas acorde a la conformación familiar, momentos por curso de vida y necesidades sentidas por la familia y comunidad desde las diferentes prioridades y dimensiones de salud pública.

- Tener en cuenta la caracterización del entorno y sus alrededores, de manera que a partir de las necesidades en salud y problemáticas evidenciadas en el lugar en el que se encuentra ubicada la vivienda, se intensifiquen los contenidos promocionales trabajados con la familia en el plan de cuidado.

- Informar a la familia, en las atenciones individuales a las que debe y puede acceder en el marco de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud, acorde al momento de curso de vida de sus integrantes.

- Brindar Información y educación en salud relacionada con las medidas de cuidado y a seguir en el marco de alertas ambientales y picos respiratorios.

- Enfatizar en la identificación de alertas o signos de alarma para acudir a los servicios de salud.

- Propender por el cumplimiento del plan de manejo ordenado en los servicios de atención en salud individual y realizar seguimiento a la adherencia a tratamiento farmacológico.

- Notificar al equipo de gestión operativa, los casos que requieren asignación de cita y que desde el equipo de las subredes se puede programar, dado que corresponde a población capitada con la que se puede viabilizar y agilizar el acceso a los servicios de salud requeridos. El agendamiento de citas realizado desde el entorno, corresponde a las necesidades en población general (No poblaciones prioritarias, ya que estas son informadas a EAC para su atención en domicilio), población que según frecuencia de uso requieren consultas de la Ruta de promoción y Mantenimiento de la Salud RPMS, y aquellos casos en los que se cuente con acceso y disponibilidad de agenda de especialidades, al encontrar en la visita órdenes sin asignación de cita.

- En cualquiera de las sesiones de plan de cuidado familiar, se podrán identificar nuevas condiciones de riesgo que requieran de la activación de rutas y no se haya realizado en el momento de la CSA, dado que surgieron posteriormente. Para estos casos, el equipo deberá generar la activación de ruta en un lapso de 24 horas desde la sesión en la que se evidencia la situación, canalizando a servicios de salud, servicios sociales y/o ruta de aseguramiento, al 100% de personas que lo requieran, para que la entidad promotora de servicios de salud (EAPB), entidad distrital intersectorial y/o oficina de atención al usuario de las subredes integradas de servicios de salud, realicen la gestión a estas necesidades según competencias.

  En los casos, en que la familia ha tenido intervenciones previas por otro entorno o proceso transversal y se adelantó activación de ruta al mismo integrante de la familia, por el mismo motivo identificado y en el mismo mes, no se realizará activación de ruta en ese momento, dejando registrado en el campo de observaciones de la caracterización o implementación del plan familiar, dicha situación. Sin embargo, se deberá adelantar seguimiento a dicha respuesta de manera conjunta con el profesional de apoyo a cargo, y en caso de no contar con respuesta y persistir la necesidad, se realizará activación de ruta en el segundo mes de abordaje a la familia.

  Al generar la activación de rutas, se deberá brindar información de la política de protección de datos de la Secretaría Distrital de Salud; aspecto que debe ser relacionado en las observaciones del instrumento de recolección de información (Ver ficha técnica de la caja

de herramientas). Esta activación se podrá realizar en medio magnético y una vez diligenciado el instrumento de canalización, deberá enviarse vía correo electrónico al profesional de apoyo a cargo, quien a su vez consolidará, validará calidad y hará envío a la referente de canalizaciones de la Subred Integrada de Servicios de Salud a la que pertenezca el usuario, con quien se validará la efectividad de la respuesta a través de los registros de aplicativo SIRC.

Si en el hogar se identifican niños y niñas con desnutrición aguda que no se encuentren con tratamiento nutricional, sin adherencia al Lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad establecido en la Resolución 2350 del 2020 y/o que presenten signos clínicos de alarma que representen un alto riesgo para su salud, se deberá realizar remisión al servicio de urgencias a la IPS más cercana de su EAPB, con el fin de garantizar que su prestador sea quien notifique el caso e inicie las atenciones en salud de la ruta.

Lo anterior, acorde con lo establecido en el parágrafo del artículo 4 de la Resolución 2350 del 2020: “La atención de la desnutrición aguda moderada y severa en niños de cero (0) a 59 meses, se considera atención de urgencias, por lo que no requiere ningún tipo de autorización y su atención debe ser inmediata.” Para ello, se deberá informar a la familia sobre el riesgo de mortalidad que representa la desnutrición aguda en niños y niñas menores de 5 años y la necesidad de ofrecerle una atención en salud inmediata, recibiendo la autorización de los cuidadores del menor. En caso de evidenciarse negativa por parte de la familia para acudir de manera inmediata al servicio de urgencias, el equipo deberá documentar la situación y adelantar la activación de ruta a la EAPB para la atención individual del niño o niña; de tratarse de un caso con afiliación a Capital salud o no asegurado, se deberá informar de inmediato a equipos de atención en casa para su atención en el domicilio, así como dejar registro en la matriz dispuesta para remisión de casos a EAC.

De igual forma, el equipo deberá realizar la notificación de eventos de interés en salud pública que pueda identificar a través del seguimiento, para los subsistemas de SIVIM Y SISVECOS.

- Realizar llamado a línea de atención 123, en el momento de la intervención familiar, en casos de identificarse riesgo alto para la salud (incluido salud mental), que requiere atención inmediata por el servicio de salud.

- El profesional deberá reportar a los EAC, los casos que cumplan con alguno de los siguientes criterios para su atención individual:
  - Población con diagnóstico de hipertensión arterial, diabetes mellitus y/o enfermedad obstructiva crónica, sin atención en salud o no adherente.
  - Mujeres en estado de gestación sin atención en salud o no adherente.
  - Menores de 5 años con signos y síntomas de IRA y EDA.
  - Mujer en edad fértil con patología crónica sin método de regulación de la fecundidad.
  - Población con discapacidad.
  - Cuidadores de personas con discapacidad.
  - Gestantes con diagnóstico de sífilis, sin inicio de tratamiento o interrupción del mismo.
  - Usuarios que, en el cierre del plan de cuidado familiar, se identifican con necesidad de atención individual/psicoterapia, por salud mental (Aplica para los equipos de plan de cuidado familiar).
  - Usuarios sin consulta para la edad (hace referencia a usuarios que en el momento de la caracterización no cuentan con la consulta de valoración integral según curso de vida y frecuencias de uso)
  - MEF sin método de regulación de la fecundidad (Aplica para las mujeres con afiliación a EPS que tengan contrato con la subred, con el fin de proporcionar el método)
  - Usuarios sin afiliación (Estos usuarios serán asignados al perfil de enfermería de EAC).
  - Usuarios que, en el cierre del plan de cuidado familiar, se identifican con necesidad de atención individual/psicoterapia, por salud mental.

Todos los casos que se derivan para EAC, deberán ser informados al profesional de apoyo a cargo, para el cargue al drive dispuesto desde nivel central, donde se realizará descarga semanal para remisión consolidada de casos para la atención individual resolutiva. Se precisa, que de no contar con la oferta de la atención individual extramural de los EAC, la gestión de la atención la deberá adelantar el equipo a través de algún mecanismo de derivación a los servicios se salud, bien sea por la activación de rutas mediante el SIRC, o el agendamiento de citas para la población capitada, según disponibilidad de agendas en la subred.

En cada una de las sesiones se deberá consignar en el formulario de implementación del plan, el seguimiento a las variables y aspectos técnicos específicos para cada familia según su prioridad, las cuales están directamente relacionadas con el cumplimiento de metas e indicadores en salud pública, y deben ser diligenciadas en el aplicativo dispuesto para tal fin; en este instrumento se deben diligenciar todas las variables específicas para la prioridad y en el campo de observaciones, relacionar los aspectos claves, importantes y relevantes para el plan de cuidado familiar, es decir, hace referencia a información diferente y complementaria a la consignada en los campos anteriores.

Dicho registro se debe realizar rutinariamente, ingresando las sesiones adelantadas por el profesional el mismo día de la intervención, garantizando la completitud en la información, calidad técnica acorde a las características del caso y oportunidad en el reporte; aspectos que deberán ser revisados y validados por los profesionales de apoyo a la gestión operativa, así como consolidados y depurados por el técnico en sistemas que deberá tener el control de los casos remitidos y realimentados, guardando coherencia con las bases recibidas inicialmente.

La implementación de los planes de cuidado familiar aportará al desarrollo de jornadas y actividades distritales en fechas conmemorativas (Salud mental, condiciones crónicas, salud sexual y reproductiva, infancia, entre otras), acorde a los alcances y objetivos del entorno cuidador hogar.

Nota 1: Se precisa que para los casos que se encuentran en seguimiento desde meses anteriores, se debe dar continuidad y cierre, empleando los formatos y/o bases de registro con las que se inició el abordaje familiar, con el fin de tener trazabilidad y continuidad en la intervención. Estos planes deberán tener continuidad y evaluación por el profesional se requiera según la pertinencia técnica.

Nota 2: Se precisa que, en el marco del Plan de Aceleración para la Reducción de la mortalidad materna, que se ha emprendido bajo direccionamiento del MSPS, y para el caso de Bogotá, a través de la estrategia de ángeles guardianes, se deberá adelantar estricto seguimiento a los casos reportados, según la periodicidad definida en la ficha técnica y documento de la estrategia que se encuentra en la caja de herramientas. Teniendo en cuenta que dicha implementación requiere seguimientos presenciales frecuentes con la familia, se establece la posibilidad, de realizar seguimientos telefónicos única y exclusivamente en las familias que manifiesten negativa de recibir

los seguimientos presenciales con la periodicidad requerida o en los casos que la demanda de casos exceda la capacidad de respuesta del entorno.

Todas las acciones desarrolladas en estas familias no se registrarán en el aplicativo en línea, sino en formatos en físico dispuestos con el equipo GESI y en los links de captura de información de la estrategia (Ver ficha técnica); los seguimientos telefónicos deberán estar soportados en formato de implementación del plan de cuidado (Sin firma de usuario, dada la modalidad de desarrollo), y en la matriz de seguimiento a casos definido, y en los casos que cuenten con abordaje desde psicología, se adelantará registro en matriz de excel se seguimeinto de casos VSP.
En los casos excepcionales, donde no se logra el seguimiento presencial, se deberá soportar la situación y en caso de realizarse de manera telefónica deberán ser alternados con los seguimientos presenciales, de manera que en el mes se cuente con por lo menos dos contactos presenciales y dos telefónicos durante el periodo de intensificación descrito en la estrategia. Estos seguimientos telefónicos se podrán reportar en el informe de gestión como una (1) unidad, al haber completado y soportado 7 seguimientos telefónicos. Esta misma forma de reporte se podrá emplear por los psicólogos, en el momento que adelantan la verificación y concertación de casos de la estrategia Tropa Social, que son remitidos desde SDS, con alerta en salud mental.

1.2.3.5. Actividad 5. Evaluación y cierre del Plan de Cuidado Familiar.

Descripción de la actividad

Cada plan de cuidado familiar tendrá una duración de 3 meses o mínimo 2, en los casos que los profesionales identifiquen que se ha dado cumplimiento a los compromisos; se llevará a cabo la evaluación final de la familia, con el fin de identificar el efecto real de la acción en la misma, a partir de indicadores trazadores según la especificidad del evento o situación que generó el abordaje a través de plan familiar; para ello, se usa información familiar inicial (Caracterización Social y Ambiental) y se compara con una medición posterior, para evidenciar los cambios o transformaciones generados en las familias a través del registro de la evaluación en los formularios que corresponda del aplicativo en línea (Caracterización, variables individuales, tamizajes, seguimiento de cierre, etc) y el registro de cumplimiento de compromisos concertados en el plan de cuidado. Únicamente, se podrán tener familias con planes de cuidado familiar de más tres meses, cuando se identifique riego alto para la salud o riesgo vital que requiera el acompañamiento del

profesional en el hogar para fortalecer sus capacidades y avanzar en los procesos de gestión del riesgo de manera conjunta con otros actores del sector y de otros sectores.

Para los casos de salud mental, el 100% de las familias con cierre deben tener la aplicación del instrumento COPE (En los casos que aplique por criterio técnico) y el diligenciamiento de la escala likert y las variables de evaluación contenidas en los formularios dispuestos para el seguimiento a la cohorte.

Tabla resumen del producto:

Nombre de la actividad	***Periodicidad***	***Perfiles del talento humano***	***Entregables***
Alistamiento para el seguimiento familiar.	Actividad a desarrollar durante todos los meses de la vigencia, una vez se reciben las bases de datos a nivel local y/o distrital, una vez por familia.	Profesionales universitarios, con pertinencia técnica para el desarrollo del plan de cuidado familiar, acorde a criterio de priorización y a las claridades técnicas, operativas y metodológicas relacionadas en las fichas técnicas del entorno. Profesionales Universitarios 2 (Operativos). Enfermería, psicología, nutrición, terapias y odontología. Las acciones de depuración y consolidación de bases de datos son desarrolladas por los técnicos en sistemas que hacen parte del producto de Soporte operativo de las acciones del entorno cuidador hogar.	• Bases de datos de casos remitidos, depuradas y con completitud de información de identificación y contacto, a partir del cruce con otras fuentes de información dispuestas en la subred, con el 100% de los casos remitidos. • Archivo Plano de módulo Geo y cargue VSP para identificar el estado del 100% de los casos a abordar. • Formato de Disentimiento de las familias que rechazan la intervención. • Matriz de reporte interlocal con los registros de notificación de casos a otras subredes y respuesta de los casos recibidos
Caracterización Social y Ambiental (CSA).	Una vez por familia, al ser asignado el caso.	Profesionales universitarios, con pertinencia técnica para el desarrollo del plan de cuidado familiar, acorde a criterio de	• Planilla de familias con planes de cuidado familiar. • Formato de compromiso e inicio del plan de cuidado familiar.

		priorización y a las claridades técnicas, operativas y metodológicas relacionadas en las fichas técnicas del entorno. Profesionales Universitarios 2 (Operativos). Enfermería, psicología, nutrición, terapias y odontología.	• Archivo Plano de Caracterización Social y Ambiental, individuos, alertas, APGAR familiar. • Archivos planos de Plan de Cuidado familiar • Archivo Plano de los tamizajes acorde a pertinencia (OMS, Findrisck, EPOC, COPE 28, SRQ, RQC) • Reporte de casos remitidos a EAC y para agendamiento de citas, según mecanismo definido por la subred. Para la estrategia de ángeles guardianes aplicaran los siguientes formatos físicos: • Formato de compromiso e inicio del plan de cuidado familiar. • Formatos de caracterización social y ambiental diligenciado con criterios de calidad y completitud, con registro de tamizajes aplicados a la familia según pertinencia • Formato de plan de cuidado familiar. • Formatos de tamizajes aplicados a las familias según pertinencia acorde a las características identificadas en el hogar. • Archivo plano con los registros realizados en el link de la estrategia ángeles guardianes Para todos los profesionales aplicaran: • Formato de canalización diligenciado y enviado a profesional de rutas del entorno hogar. • Notificación de eventos de interés de salud pública.

Concertación del Plan de Cuidado Familiar	Una vez por familia, posterior a la caracterización familiar.	profesionales universitarios, con pertinencia técnica para el desarrollo del plan de cuidado familiar, acorde a criterio de priorización y a las claridades técnicas, operativas y metodológicas relacionadas en las fichas técnicas del entorno. Profesionales Universitarios 2 (Operativos). Enfermería, psicología, nutrición, terapias y odontología	• Archivo Plano de Plan de Cuidado familiar y compromisos concertados. Para la estrategia de ángeles guardianes aplicaran los siguientes formatos físicos: • Formato de plan de cuidado familiar con la relación de compromisos concertados con la familia y estrategias a desarrollar.
Implementación y Seguimiento del Plan de Cuidado Familiar	Acorde a características propias de la familia, según concertación de plan de cuidado.	profesionales universitarios, con pertinencia técnica para el desarrollo del plan de cuidado familiar, acorde a criterio de priorización y a las claridades técnicas, operativas y metodológicas relacionadas en las fichas técnicas del entorno. Profesionales Universitarios 2 (Operativos). Enfermería, psicología, nutrición, terapias y odontología.	• Archivos Planos de Plan de Cuidado familiar y de seguimiento a las prioridades y eventos de VSP • Planilla de familias con planes de cuidado familiar. Para la estrategia de ángeles guardianes aplicaran los siguientes formatos físicos: • Formatos de implementación del plan de cuidado familiar diligenciado con criterios de calidad y completitud. • Archivo plano con los registros realizados en el link de la estrategia ángeles guardianes Para todos los profesionales aplicaran: • Formato de canalización diligenciado y enviado a profesional de rutas del entorno hogar.

			• Notificación de eventos de interés de salud pública.
Evaluación y cierre del Plan de Cuidado Familiar	Una vez por familia en la vigencia.	Profesionales universitarios, con pertinencia técnica para el desarrollo del plan de cuidado familiar, acorde a criterio de priorización y a las claridades técnicas, operativas y metodológicas relacionadas en las fichas técnicas del entorno. Profesionales Universitarios 2 (Operativos). Enfermería, psicología, nutrición, terapias y odontología.	• Archivos Planos de Caracterización Social y Ambiental y alertas, con registro de la evaluación y cierre de plan de cuidado familiar • Planilla de familias con planes de cuidado familiar • Planos de Plan de Cuidado familiar y prioridades y eventos de VSP, con registro de la evaluación y cierre de plan de cuidado familiar • Archivo Plano de COPE 28, en los casos que lo requieran • Reporte de casos de salud mental que requieren ser remitidos a EAC, según mecanismo definido por la subred. Para la estrategia de ángeles guardianes aplicaran los siguientes formatos físicos: • Formatos de caracterización social y ambiental diligenciado con criterios de calidad y completitud, en los apartados de evaluación. • Archivo plano con los registros realizados en el link de la estrategia ángeles guardianes • Formatos de tamizajes aplicados a la familia según pertinencia, en el cierre del plan de cuidado familiar.

1.3. Producto 94. PLAN DE CUIDADO FAMILIAR CON ENFOQUE EN VIVIENDA SALUDABLE.

El producto es desarrollado mediante la estrategia vivienda saludable, dirigida a familias con alto riesgo en salud y priorización desde la salud ambiental, como determinante fundamental para el cuidado y bienestar de las familias. Se desarrollan planes de cuidado de manera integral, con la implementación de acciones promocionales y de gestión del riesgo.

1.3.1. Unidad de medida

Sesión de abordaje familiar. Corresponde a cada una de las sesiones de abordaje que se realiza con las familias, integrando caracterizaciones, concertaciones, implementaciones y cierres de los planes de cuidado familiar.

1.3.2. Forma de reporte de ejecución del producto

Se realiza reporte mensual de cada una de las sesiones que se realiza con las familias, integrando caracterizaciones, concertaciones, implementaciones y cierres de los planes de cuidado familiar.

1.3.3. Detalle de las actividades

Las actividades a desarrollar en este producto cuentan con un enfoque en salud ambiental, tanto en la priorización de las familias, como en la estrategia de intervención; para ello, se contará con un técnico ambiental quien desarrollarán todas las actividades descritas en el producto Plan de Cuidado Familiar, para la caracterización, concertación, implementación y evaluación del plan de cuidado familiar.

La priorización de las familias se realiza teniendo en cuenta las siguientes premisas en la intervención, de manera que se identifique el nivel de riesgo en la vivienda, las personas expuestas y orientar las acciones de seguimiento posterior:

- Familias ubicadas en Zonas con factores de riesgo geográfico: Viviendas ubicadas en cercanías a relleno sanitario, ríos, humedales, cementerios, aeropuerto, zonas de alto riesgo de deslizamiento-remoción en masa, entre otras.

- Familias que se encuentren en zonas donde se presenten alertas ambientales por contaminación.
- Familias de alto riesgo ambiental remitidas por los auxiliares de enfermería de abordaje territorial.

Para la intervención en las familias se debe dar cumplimiento a lo establecido en la ficha técnica de la Estrategia de Vivienda Saludable de la caja de herramientas, en estas familias, se deberá diligenciar el apartado de caracterización y evaluación de variables ambientales del formulario de caracterización social y ambiental, en el aplicativo en línea, como diagnóstico e insumo que orienta el plan de cuidado familiar, al identificar el nivel de riesgo en la vivienda, las personas expuestas y orientar las acciones de seguimiento posterior.

Conforme a los riesgos identificados en la caracterización y para el monitoreo se contará con el tablero de vivienda saludable, el cual debe contar con las especificaciones establecidas por la SDS (Ver entorno hogar/vivienda saludable / tablero vivienda saludable) [1] y se dejará a la familia en una parte visible de la vivienda con el objetivo de identificar los hallazgos a trabajar, sensibilizar en los riesgos que se presenta en la vivienda y concertar la formulación del plan por cada familia.

Nota: Se precisa que los casos que son derivados a Equipos de Atención en Casa, no requieren ser gestionados por el módulo de canalizaciones del SIRC, a menos que se trate de una ruta diferente a los criterios establecidos para dichas derivaciones, dado que se duplicaría la gestión y esfuerzos de diferentes actores del sistema para la respuesta que ya estaría dada por EAC; sin embargo, en caso de no contar con la oferta de atención extramural para el desarrollo de las atenciones individuales por parte de los Equipos de Atención en Casa, se deberá adelantar la derivación del 100% de los casos a la EAPB correspondiente a través del módulo SIRC, o la asignación de citas en los casos de población capitada con la subred.

[1] Especificaciones Técnicas: Tablero impreso tamaño doble carta en propalcote mínimo de 115 grs, con cinta doble fas para pegar y colores 4x0. Steckers autoadhesivos colores Rojo, Amarillo y Verde.

Elaboró: Sindy Julieth Sánchez, María Camila Marín, Milena Useche Velásquez – Referentes Técnicos Entorno Hogar /Revisó: Marcela Martínez Contreras - Subdirectora de Acciones Colectivas, Diana Sofía Ríos Oliveros - Subdirectora de Determinantes en Salud. Diana Marcela Walteros – Subdirectora de Vigilancia en Salud Pública y Claudia Milena Cuéllar Segura - Subdirectora en Gestión y Evaluación de Políticas en Salud Pública / Aprobó: Patricia Eugenia Molano – Directora de Acciones Colectivas y María Belén Jaimes - Directora de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva.

Tabla resumen del producto:

Nombre de la actividad	***Periodicidad***	***Perfiles del talento humano***	***Entregables***
Actividades establecidas en el producto Plan de cuidado familiar: Alistamiento para el seguimiento familiar. Caracterización Social y Ambiental (CSA). Concertación Implementación y Seguimiento Evaluación y cierre del Plan de Cuidado Familiar	Abordaje dos veces al mes por familia, donde se desarrollan las actividades establecidas en el producto Plan de cuidado familiar.	Técnico 1 (en áreas de la salud, ciencias sociales y humanas). Técnico en ciencias ambientales; las Subredes estarán en la autonomía de contratar un perfil con formación técnica superior, sin embargo, el producto es financiado desde la SDS con tarifa de perfil técnico.	• Los establecidos en el producto Plan de Cuidado Familiar, acorde al perfil. No aplica medidas y alertas de la familia.

1.4. Producto 95. PLAN DE CUIDADO FAMILIAR CON ENFOQUE EN SALUD MENTAL.

El producto es desarrollado mediante las estrategias definidas desde el equipo técnico de salud mental, dirigidas a familias priorizadas contenidas en el apartado “detalle de las actividades”, como determinante fundamental para el cuidado y bienestar de las familias. Se desarrollan planes de cuidado de manera integral, con la implementación de acciones promocionales y de gestión del riesgo complementarias a las intervenciones terapéuticas de carácter individual contenidas en el plan de beneficios a cargo de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

1.4.1. Unidad de medida

Sesión de abordaje familiar. Corresponde a cada una de las sesiones de abordaje que se realiza con las familias, integrando caracterizaciones, concertaciones, implementaciones y cierres de los planes de cuidado familiar.

1.4.2. Forma de reporte de ejecución del producto

Se realiza reporte mensual de cada una de las sesiones que se realiza con las familias, integrando caracterizaciones, concertaciones, implementaciones y cierres de los planes de cuidado familiar.

1.4.3. Detalle de las actividades

Las actividades a desarrollar en este producto cuentan con un enfoque en salud mental, tanto en la priorización de las familias, como en la estrategia de intervención; para ello, se contará con la intervención por parte de un profesional especializado-psicología clínica quien desarrollará todas las actividades descritas en el producto Plan de Cuidado Familiar, para la caracterización, concertación, implementación y evaluación del plan de cuidado familiar.

Particularmente, desde este producto se lleva a cabo el abordaje a partir de la siguiente priorización:

- Casos de duelo asociado a suicidio consumado derivadas desde SISVECOS, así como casos de duelo identificados desde abordaje territorial*
- Casos remitidos desde el SIVIM por violencia sexual ejercida contra gestantes o maltrato infantil reiterado con presencia de violencia sexual ejercida en NNA.
- Casos remitidos desde el SISVECOS por intento de suicidio con trastorno mental de base en niños, niñas y adolescentes hasta 27 años, 11 meses 29 días.

En el momento en que se exceda la capacidad de respuesta del equipo se priorizaran los casos señalados con asterisco (*).

Nota: Se precisa que los casos que son derivados a Equipos de Atención en Casa, no requieren ser gestionados por el módulo de canalizaciones del SIRC, a menos que se trate de una ruta diferente a los criterios establecidos para dichas derivaciones, dado que se duplicaría la gestión y esfuerzos de diferentes actores del sistema para la respuesta que ya estaría dada por EAC; sin embargo, en caso de no contar con la oferta de atención extramural para el desarrollo de las atenciones individuales por parte de los Equipos de Atención en Casa, se deberá adelantar la derivación del 100% de los casos a la EAPB correspondiente a través del módulo SIRC, o la asignación de citas en los casos de población capitada con la subred.

Elaboró: Sindy Julieth Sánchez, María Camila Marín, Milena Useche Velásquez – Referentes Técnicos Entorno Hogar /Revisó: Marcela Martínez Contreras - Subdirectora de Acciones Colectivas, Diana Sofía Ríos Oliveros - Subdirectora de Determinantes en Salud. Diana Marcela Walteros – Subdirectora de Vigilancia en Salud Pública y Claudia Milena Cuéllar Segura - Subdirectora en Gestión y Evaluación de Políticas en Salud Pública / Aprobó: Patricia Eugenia Molano – Directora de Acciones Colectivas y María Belén Jaimes - Directora de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva.

Tabla resumen del producto:

Nombre de la actividad	***Periodicidad***	***Perfiles del talento humano***	***Entregables***
Actividades establecidas en el producto Plan de cuidado familiar: Alistamiento para el seguimiento familiar. Caracterización Social y Ambiental (CSA). Concertación Implementación y Seguimiento Evaluación y cierre del Plan de Cuidado Familiar	Abordaje dos veces al mes por familia, donde se desarrollan las actividades establecidas en el producto Plan de cuidado familiar.	Profesional Especializado 4 (Operativo). Psicología Clínica.	• Los establecidos en el producto Plan de Cuidado Familiar, acorde al perfil.

1.5. Producto 96. PLAN DE CUIDADO FAMILIAR EN ZONAS DE RURALIDAD CERCANA

A partir del desarrollo de este producto, se busca abordar las Unidad de Planeamiento Rural (UPR) reconocidas e identificadas en la ruralidad del distrito, las cuales se encuentran definidas por su estructura ecológica principalmente, estructura funcional y de servicios y estructura socioeconómica de los territorios rurales.

Se priorizan las familias catalogadas actualmente como neo - rurales, dado que son ciudadanos de origen citadino pero que optaron por residir en estas zonas de reserva forestal protegida o que se encuentran en asentamientos humanos informales en la ciudad, los cuales en su mayoría se ubican en las localidades de Ciudad Bolívar, Usme, Santafé, Usaquén, Suba y Chapinero, sin que exista una caracterización social, ambiental y epidemiológica de estos asentamientos y mucho menos, una precisión de la ubicación de ellos, que permita establecer si se encuentran en suelo urbano, de expansión urbana o rural, por lo cual, se trata de territorios de ruralidad cercana que están en transición de ser incorporados al suelo urbano o de expansión urbana en el proceso de adopción del nuevo POT.

De acuerdo con lo anterior, el equipo deberá adelantar la búsqueda de nuevas familias sujetas de abordaje, en las diferentes localidades con zonas de ruralidad cercana a partir del reconocimiento de estos territorios de constante expansión.

Unidad de medida

Sesión de abordaje familias

1.5.1. Forma de reporte de ejecución del producto

Corresponde a cada una de las sesiones de abordaje que se realiza con las familias, integrando caracterizaciones, implementaciones y cierres de los planes de cuidado familiar.

Es importante tener en cuenta que, para realizar el reporte de una unidad en el informe de gestión, la familia deberá contar con el ingreso del equipo completo durante el mes de reporte.

1.5.2. Detalle de las actividades

El abordaje a las familias ubicadas en la ruralidad cercana se realizará a partir de las definiciones técnicas del producto Plan de Cuidado Familiar, que involucra la caracterización Social y Ambiental, concertación, implementación y evaluación de plan de cuidado familiar. El producto será desarrollado por un equipo interdisciplinario, que contará con diferentes fuentes de información que favorezcan la identificación y selección de las familias a abordar, contemplando elementos como:

Para la priorización de familias se debe retomar bases de datos de los abordajes previos realizados por la Subred, subsistemas de vigilancia epidemiológica, entre otras fuentes, que pueda dar información de la caracterización general de las familias del territorio. Se adelantará una priorización territorial la cual será desarrollada por los geógrafos del entorno, en un trabajo conjunto con el equipo de Análisis de Condiciones de Calidad de Vida, Salud y Enfermedad (ACCVSYE) y con la línea operativa de Equipos de Atención en Casa (EAC).

Con dichos insumos, se definirán las familias con mayor vulnerabilidad, las cuales serán sujeto de intervención por parte del equipo interdisciplinario; de igual forma, se podrán priorizar familias a partir del desarrollo de estrategias a nivel intersectorial, como la Estrategia Territorial Integral Social (ETIS) – Tropa Social, acorde a direccionamiento y comunicación oportuna desde SDS. A partir de

esta priorización se deberá actualizar la georreferenciación de familias intervenidas en la ruralidad cercana de Bogotá.

Teniendo en cuenta que algunas zonas de ruralidad cercana ya han sido abordadas en vigencias anteriores, el equipo podrá retomar aquellas familias intervenidas en un tiempo mayor a 1 año, identificando familias que hayan tenido modificación en su conformación, cambios en las condiciones de vida y salud que representen nuevos riesgos a intervenir, así como nuevas familias que habiten dichos sectores

Nota: En articulación con la línea operativa de equipos de atención en casa, y teniendo esto como un escenario de trabajo conjunto y mancomunado para la atención integral de la familia a partir de la sinergia del equipo de salud. Por una parte, el equipo del entorno cuidado hogar realizará la caracterización social y ambiental de la familia, identificación de riesgos y alertas, concertara el plan de cuidado familiar en conjunto con los integrantes de la familia y desarrollara el plan de cuidado familiar, por otra parte los profesionales (medicina- enfermería) de equipos de atención en casa, adelantará las atenciones individuales y resolutivas correspondientes según la ruta de promoción y mantenimiento de la salud, para los casos que sea posible y la familia lo permita, podrán ingresar de manera conjunta a las viviendas, esto contemplando las necesidades que puedan surgir en cada una de ellas, las cuales pueden variar y teniendo en cuenta las particularidades de la población, su ubicación geográfica, que dificulta en ocasiones la consecución de los espacios de manera oportuna y pertinente.

Para las familias en las cuales al realizar proceso de caracterización social y ambiental se evidencie en alguno de los integrantes que conforman la familia, la necesidad de generar respuestas de tipo resolutivas- individuales se deberá generar la respectiva derivación a los profesionales de equipos de atención en casa, asignados para estos territorios para el respectivo abordaje por medio de la estrategia de ruteo, para lo cual se deben tener en cuenta que se trata de población afiliada a capital salud o población pobre no asegurada, incluyendo población migrante.

Así mismo se deberá tener en cuenta aquellas familias que son abordadas de manera inicial por equipos de atención en casa y en las que se identifique según criterios de priorización ya mencionados, realizarán la respectiva derivación por la necesidad de iniciar plan de cuidado familiar.

El equipo iniciará la caracterización familiar, concertación, implementación, seguimiento y evaluación y cierres de planes de cuidado familiar. Dentro de las familias priorizadas, se deberá incluir:

- Familias donde se han identificado eventos de interés en salud pública.
- Familias con mujeres gestantes.
- Familias con menores de 5 años.
- Familias con personas con condiciones crónicas, con especial énfasis en las identificadas sin adherencia a los servicios de salud y tratamiento ordenado.
- Familias con personas con discapacidad.
- Familias identificadas con inseguridad alimentaria.
- Familias con factores de riesgo psicosocial.
- Familias con factores de riesgo alto en salud ambiental.

Estas familias serán priorizadas a partir del conocimiento del territorio, el referenciación de casos por parte de actores comunitarios, casos derivados por los EAC o la identificación de una auxiliar de enfermería que estará por cada subred acorde a la necesidad y/o situaciones específicas de los territorios; en este último caso, el equipo adelantará acciones de actualización de la caracterización, alcance a los compromisos concertados e inicio de acciones de implementación.

Para el desarrollo de las sesiones; sean estas caracterizaciones, implementaciones, evaluaciones o cierres del plan de cuidado, se realizará de manera simultánea por los 3 perfiles dispuestos por cada equipo.

Se aclara que, el tiempo mínimo para el abordaje a las familias será de 2 meses (60 días) y máximo 3 meses (90 días), a menos que se cuente con una condición de alto riesgo que justifique la continuidad del plan.

Teniendo en cuenta las dinámicas propias de las zonas de ruralidad cercana del distrito, la dispersión poblacional y las distancias existentes entre las viviendas y centros de servicios sociales y de salud, cada uno de los equipos deberá contar con un vehículo de disponibilidad permanente para el desarrollo del producto.

A diferencia de los planes de cuidado familiar de las zonas urbanas, en el caso de estas familias, se debe realizar énfasis importante en las acciones desde salud ambiental, la instauración de huertas

caseras, acciones promocionales y de mitigación de riesgos, dadas las condiciones de vida, trabajo y exposición en la ruralidad cercana de la ciudad.

Nota: Se precisa que los casos que son derivados a Equipos de Atención en Casa, no requieren ser gestionados por el módulo de canalizaciones del SIRC, a menos que se trate de una ruta diferente a los criterios establecidos para dichas derivaciones, dado que se duplicaría la gestión y esfuerzos de diferentes actores del sistema para la respuesta que ya estaría dada por EAC; sin embargo, en caso de no contar con la oferta de atención extramural para el desarrollo de las atenciones individuales por parte de los Equipos de Atención en Casa, se deberá adelantar la derivación del 100% de los casos a la EAPB correspondiente a través del módulo SIRC, o la asignación de citas en los casos de población capitada con la subred.

-El abordaje por parte del perfil auxiliar de enfermería para la ruralidad cercana estará a demanda de acuerdo a las dinámicas de cada localidad y avance en el abordaje territorial de cada una de ellas.

Tabla resumen del producto:

Nombre de la actividad	***Periodicidad***	***Perfiles del talento humano***	***Entregables***
Alistamiento para el seguimiento familiar. / Caracterización Social y Ambiental (CSA). / Concertación del Plan de Cuidado Familiar/ Evaluación y cierre del Plan	Actividad a desarrollar durante todos los meses de la vigencia, acorde a proceso de búsqueda activa y/o recepción de las bases de datos a nivel local y/o distrital, una vez por familia.	Profesionales universitarios 2 (operativo). Enfermería, psicología y ciencias ambientales (ingeniero ambiental y/o sanitario, o administrador ambiental).	• Los establecidos en el producto Plan de Cuidado Familiar.

de Cuidado Familiar.			

Acorde a las necesidades identificadas en los integrantes de las familias con clasificación de grupo de riesgo 4 y, posterior a la verificación de criterios para el desarrollo de atenciones individuales en el hogar, los profesionales del equipo básico extramural (Medicina, enfermería, nutrición y psicología) adelantarán las atenciones domiciliarias, de educación grupal e individual en salud, pruebas rápidas, entre otras.

1.1. Producto. PLAN DE CUIDADO INDIVIDUAL Consulta por Medicina.

1.1.1. Unidad de medida

Atención individual: Corresponde a cada una de las atenciones (visita domiciliaria) por el perfil de medicina general que se realiza con los integrantes de las familias según criterios y clasificación de riesgos individuales.

1.1.2. Forma de reporte de ejecución del producto

El reporte del producto se realiza con una periodicidad mensual, donde se deben relacionar las atenciones individuales a los integrantes de las familias priorizadas realizadas durante el mes, con el plan de cuidado establecido.

1.1.3. Detalle de las actividades

Una vez realizada la clasificación familiar e individual por el promotor y tras haber realizado la gestión de agendamiento inicialmente a las unidades básicas resolutivas y posterior seguimiento telefónico a la asistencia a las consultas, se realizará una derivación de los usuarios identificados como inasistentes para ser intervenidos por el profesional de medicina de los equipos básicos extramurales, teniendo en cuenta los criterios definidos en el grupo de riesgo 4. Sin embargo, esta derivación estará mediada por una verificación de pertinencia de la atención por parte de las EAPB

teniendo en cuenta las frecuencias de uso según el esquema de intervenciones/atenciones en salud individuales definido en el lineamiento técnico y operativo de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud –RPMS- (Resolución 3280-2018) y de acuerdo con la necesidad en salud del usuario.

Tras haber realizado el proceso de verificación de atenciones previas en historia clínica y definir la pertinencia de la atención por los equipos básicos extramurales, las EAPB reportaran los casos sujetos de intervención con el fin de realizar proceso de validación de la calidad de los datos, geo codificación y asignación de casos a las SISS de acuerdo con el lugar de residencia de los usuarios.

Se realizaran intervenciones individuales desde el perfil de medicina con enfoque integral del riesgo multidimensional que promuevan la integralidad de la atención en salud de la población priorizada, teniendo en cuenta los determinantes sociales, culturales y normatividad la vigente, a partir la valoración integral, detección temprana, protección específica, diagnóstico, tratamiento y educación para la salud, teniendo en cuenta los criterios establecidos para la atención por los equipos básicos extramurales.

El profesional de medicina llevará a cabo la valoración integral de cada individuo de acuerdo con la Lex Artis según su profesión y teniendo en cuenta las guías de práctica clínica. Esta valoración incluye todo el abordaje biopsicosocial de los usuarios, lo que se refleja no solo en la resolución de eventos meramente biológicos sino también en el bienestar familiar, comunitario, laboral y ambiental. Todo este propósito se logra con la correcta elaboración de la historia clínica, lo que permite la identificación del riesgo individual con enfoque diferencial, actividades de promoción y mantenimiento de la salud por cursos de vida, consultas resolutivas (diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación) y elaborará un plan de manejo que se integrará al plan de cuidado familiar.

Los registros de la atención se deben realizar en el formato de historia clínica definido por la SISS, y cuando sea el caso, en los formatos diseñados para cada ruta integral de atención en salud (RIAS), que deben contener como mínimo:

- Anamnesis
- Revisión por sistemas
- Antecedentes y evaluación de riesgos

- Examen físico (Incluye aplicación de escalas, instrumentos y tamizajes para población en riesgo-pruebas rápidas)
- Análisis
- Diagnósticos
- Plan de tratamiento o manejo

El profesional de medicina deberá diligenciar correctamente los códigos CIE-10 según la impresión diagnóstica, esto con el fin de garantizar no solo la calidad de la historia clínica sino también los procesos de análisis de datos de morbilidad.

En caso de identificar eventos de interés en salud pública, realizara la notificación al subsistema correspondiente, de igual manera con derivaciones hacia las RIAS que debe canalizar el SIRC.

El profesional de medicina realizará la identificación de riesgos en salud de acuerdo con los criterios establecidos para el grupo de riesgo 4 (salud mental, infancia, alteraciones nutricionales, enfermedades cardio cerebro vasculares y metabólicas; enfermedades respiratorias y materno perinatal) e informará al promotor para realizar la gestión de agendamiento en las unidades básicas resolutivas en articulación con la EAPB correspondiente.
Cabe mencionar que el profesional de medicina deberá realizar la consulta definida por la EAPB según la revisión de pertinencia de la atención realizada, atenciones previas y frecuencias de uso definidas en el esquema de intervenciones/atenciones en salud individuales (Resolución 3280-2018).
Adicionalmente, el profesional, antes de salir de la vivienda deberá concertar el plan de cuidado individual y familiar que será objeto de seguimiento por parte del promotor.
Por otra parte, el profesional de medicina realizará la identificación de población con presencia de riesgos en salud, que se encuentre sin aseguramiento o se encuentre con novedad de terminación de inscripción a una EAPB, con el fin de realizar la activación de la ruta de aseguramiento, y así garantizar el acceso a los servicios de salud.
Por último, es importante resaltar que, en caso de encontrar una emergencia en cualquiera de sus visitas, los integrantes del Grupo Base asistirán a quien lo necesite y/o solicitarán apoyo al Centro Regulador de Urgencias y Emergencias - CRUE de la Secretaría Distrital de Salud para remitir a la persona a una Institución Prestadora de Salud – IPS que pueda atenderlo.

Actividades por el perfil de medicina en el grupo de riesgo 4:

Materno perinatal:

Se realizan intervenciones individuales desde el perfil de medicina con enfoque integral del riesgo multidimensional que promuevan la integralidad de la atención en salud de las gestantes y sus familias, teniendo en cuenta los determinantes sociales y culturales, adicionalmente la normatividad vigente establecida en la resolución 3280 de 2018 por la cual se establecen los lineamientos técnicos y operativos para la atención de este tipo de población, a partir la valoración integral, detección temprana, protección específica, diagnóstico, tratamiento y educación para la salud, teniendo en cuenta los criterios establecidos para la atención por los equipos básicos de salud extramurales, dentro de los que se encuentra:

Criterios de inclusión	***Actividades***
Gestante con riesgo cardio cerebro vascular y metabólico, no adherente. Resultados positivos en pruebas de tamización no adherentes o sin tratamiento. Gestante con discapacidad. Gestantes cuidadoras de personas con alta dependencia y pobre red de apoyo. Gestante sin aseguramiento (incluye población migrante irregular). MME post egreso hospitalario (remitido por la EAPB)	Consulta de inscripción al control prenatal por medicina. Consulta de control prenatal por medicina.

Es importante mencionar que en caso de realizar pruebas rápidas o de identificar tamizaje positivo para sífilis gestacional sin lectura de resultados se realizará la notificación al subsistema de vigilancia en salud pública correspondiente y se direccionará el caso al perfil de enfermería para iniciar la

administración del tratamiento a la gestante y su pareja en el menor tiempo posible, garantizando el tratamiento completo.

Enfermedad Cardiovascular:

El profesional de medicina realizará intervenciones individuales con enfoque integral del riesgo que permitan la atención a usuarios con patologías crónicas para el control metabólico de la enfermedad y obtener mejores impactos en salud con enfoque en el seguimiento a la adherencia al plan terapéutico; teniendo en cuenta los criterios para la atención, dentro de los que se encuentra:

Criterios de inclusión	***Actividades***
Usuarios con patología crónica (HTA-DM) cuidadores de personas con alta dependencia. Usuarios con patología crónica con discapacidad. Persona con capacidad de gestar con intención reproductiva con patología crónica. Persona con capacidad de gestar sin intención reproductiva con patología crónica sin método de regulación de la fecundidad Usuarios remitidos por Unidades básicas resolutivas (usuarios post egreso hospitalario IAM-ACV).	Consulta de seguimiento y control de patología crónica por profesional de medicina.

Una vez se realice la atención integral al usuario con patología crónica, se tendrán en cuenta los usuarios crónicos controlados que cumplan los siguientes criterios para dar continuidad de la atención en casa mediante controles posteriores por el perfil de medicina: Cuidadores con alta dependencia y discapacidad. Estos controles serán realizados cada 4 meses (3 consultas de control

o seguimiento al año). Una vez terminado el ciclo de atenciones individuales, estos usuarios serán reportados al promotor para posterior agendamiento y continuidad de atenciones en las unidades básicas resolutivas.

Enfermedades respiratorias crónicas:

Para este tipo de población con patología crónica pulmonar se establece que el profesional de medicina realizara una atención individual, entendiendo la carga de enfermedad y lo limitante que son las complicaciones que llevan este tipo de patologías. Para este grupo de riesgo las atenciones, están orientadas a propender por la conservación de la salud de los individuos, la prevención de complicaciones y en especial, en el cuidado de su sistema respiratorio, seguimiento al manejo terapéutico farmacológico y no farmacológico del individuo y su rehabilitación, así como se pretende mejorar la calidad de vida del individuo impactando de manera integral las condiciones sociales y culturales de esta población, teniendo en cuenta los criterios para la atención, dentro de los que se encuentra:

Usuarios con presencia de enfermedades respiratorias crónicas EPOC y asma. Cuidadores de personas con alta dependencia o con discapacidad. Usuarios no adherentes remitidos por unidades básicas resolutivas Usuarios no adherentes y post egreso hospitalario por ERC adulto y niños remitidos por unidades básicas resolutivas.	Atención de consulta individual por profesional de medicina.

Una vez se realice la atención integral al usuario con patología crónica, se tendrán en cuenta los usuarios con enfermedades respiratorias crónicas que cumplan los siguientes criterios: Cuidadores con alta dependencia y discapacidad para dar continuidad de la atención en casa mediante controles posteriores por el perfil de medicina (3 consultas de control o seguimiento al año). Una vez terminado el ciclo de atenciones individuales, estos usuarios serán reportados al promotor para posterior agendamiento y continuidad de atenciones en las unidades básicas resolutivas.

Infancia

Para este grupo de riesgo el profesional de medicina realizara actividades individuales orientadas a identificar riegos en salud y gestión de estos, para evitar complicaciones. En los casos de menores de 2 años con bronquiolitis de alto riesgo sin control y menores post egreso de sala ERA no contactable o sin asistencia a control, las acciones se enfocan en el seguimiento al manejo terapéutico farmacológico y no farmacológico, identificación de riesgos individuales, educación en manejo de exacerbaciones y uso de inhaladores y/u oxigeno domiciliario, así como la educación a la familia o cuidadores en acciones preventivas de nuevos episodios respiratorios. Es importante realizar la gestión necesaria e incentivar la participación de los padres o cuidadores en la estrategia de AEIPI comunitario, teniendo en cuenta los criterios para la atención, dentro de los que se encuentran:

Criterios de inclusión	***Actividades***
Recién nacidos sin control. Menores de 5 años con presencia de tres o más episodios de Enfermedad diarreica Aguda (EDA) en el último mes. Menores de 2 años con bronquiolitis de alto riesgo sin control en (prematuridad, enfermedad congénita cardiovasculares y neurológicas, displacía broncopulmonar, trastornos congénitos de vías respiratorias, síndrome de Down, DNT aguda, inmunodeficiencia). Menores post egreso de sala ERA no contactable o sin asistencia a control.	Atención de consulta domiciliaria en salud por profesional de medicina.

Alteraciones Nutricionales

El promotor una vez que realiza la gestión de agendamiento a las unidades básicas resolutivas y posterior seguimiento telefónico a la asistencia a las consultas, se realizará una derivación de los usuarios identificados como inasistentes para ser intervenidos por el profesional de medicina de los EBE. Los usuarios con clasificación de DNT aguda según indicador peso para la talla, que no se encuentren adherentes a la ruta de alteraciones nutricionales o reportados por la EAPB post egreso

hospitalario, serán derivados para atención por parte de medicina general de los EBE, con el fin de realizar confirmación diagnostica. Cabe mencionar que estos casos (DNT aguda) deben ser notificados como evento 113 a vigilancia en salud pública. Asi mismo realizar actividades de rutas intersectoriales según riesgos identificados.

En caso de descartar diagnóstico estos usuarios serán direccionados al promotor para posterior agendamiento en las unidades básicas resolutivas. Ante la confirmación diagnostica de DNT aguda el manejo será guiado por el Lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad Resolución Nº 2350 de 2020.

Para los casos de menores con riesgo de DNT (-1.5 -2.0) y antecedentes de bajo peso al nacer menores de un año sin adherencia al programa madre canguro, serán intervenidos por el perfil de medicina con el fin de realizar un seguimiento a la recuperación nutricional y posteriormente canalizarlos a acciones colectivas.

Criterios de inclusión	***Actividades***
Niños y niñas de 0 a 59 meses con indicador nutricional de DNT aguda inhaderentes. Niños y niñas 0 a 59 meses con clasificación nutricional de riesgo de desnutrición aguda según indicador de peso para la talla (Resolución 2465/2016 - Circular 014/2023 SDS) entre -1.5 y -2.0 Antecedentes de bajo peso al nacer menores de un año sin adherencia al plan canguro. Post egreso hospitalario de DNT aguda	Atención de consulta domiciliaria en salud por profesional de medicina.

Tabla resumen del producto:

Nombre de la actividad	***Periodicidad***	***Perfiles del talento humano***	***Entregables***
Alistamiento para el seguimiento	Actividad a desarrollar durante todos	Profesionales universitarios 2 (operativo).	• Los establecidos en el producto Plan de Cuidado Familiar.

familiar. / Caracterización Social y Ambiental (CSA). / Concertación del Plan de Cuidado Familiar/ Evaluación y cierre del Plan de Cuidado Familiar.	los meses de la vigencia, acorde a proceso de búsqueda activa y/o recepción de las bases de datos a nivel local y/o distrital, una vez por familia.	Enfermería, psicología y ciencias ambientales (ingeniero ambiental y/o sanitario, o administrador ambiental).	

Acorde a las necesidades identificadas en los integrantes de las familias con clasificación de grupo de riesgo 4 y, posterior a la verificación de criterios para el desarrollo de atenciones individuales en el hogar, los profesionales del equipo básico extramural (Medicina, enfermería, nutrición y psicología) adelantarán las atenciones domiciliarias, de educación grupal e individual en salud, pruebas rápidas, entre otras.

1.1.3.1. Actividad 1.
Descripción de la actividad

1.2. Producto. PLAN DE CUIDADO INDIVIDUAL_ Consulta por Enfermería.

1.2.1. Unidad de medida

1.2.2. Forma de reporte de ejecución del producto

1.2.3. Detalle de las actividades

1.2.3.1. Actividad 1.

Descripción de la actividad

1.3. Producto. PLAN DE CUIDADO INDIVIDUAL_ Consulta por Psicología.

1.3.1. Unidad de medida

1.3.2. Forma de reporte de ejecución del producto

1.3.3. Detalle de las actividades

1.3.3.1. Actividad 1.

Descripción de la actividad

1.4. Producto. PLAN DE CUIDADO INDIVIDUAL_ Consulta por Nutrición.

1.4.1. Unidad de medida

1.4.2. Forma de reporte de ejecución del producto

1.4.3. Detalle de las actividades

1.4.3.1. Actividad 1.

Descripción de la actividad

2. Interacción integral e integrada Estrategia de Abordaje Étnico Diferencial.

Los grupos étnicos son poblaciones de especial protección y partiendo del reconociendo que son comunidades con unas vulnerabilidades y fragilidades sociales que requieren de una atención permanente por su lengua, usos y costumbres, formas de ver y concebir la salud. En este sentido,

se evidencia la necesidad de consolidar con las comunidades estrategias de abordaje diferencial permitiendo el desarrollo de actividades de búsqueda activa, seguimiento, acciones de orientación e información diferencial y activación de rutas en salud y sociales encaminados a fortalecer procesos de cuidado y autocuidado en las familias y comunidades que aporten a mejorar condiciones de vida y mitigar riesgos en salud.

Las estrategias de abordaje diferencial para las familias étnicas, proponen desarrollar actividades en el marco de tres componentes el primero el abordaje familiar, el cual involucra la identificación de riesgos, instauración de planes cuidado familiar e implementación de acciones de promoción para la salud y seguimiento/monitoreo; el segundo cuenta con el componente de acciones colectivas las cuales tienen como finalidad gestar escenarios colectivos o comunitarios que promueven y refuerzan aspectos de dialogo y educación y el tercer componente parte de las acciones ancestrales desde conocimientos y practicas propias de la medicina ancestral en lo concerniente a la salud de las personas con pertenencia étnica.

Nota: Se deberán garantizar otros insumos que permitan el desarrollo de cada actividad definida por el equipo, como papelería, servicio telefónico, elementos de bioseguridad y transporte reconociendo las particularidades del territorio en el que residen las comunidades negras y afrocolombianas.

El desarrollo de los productos de la interacción estará a cargo de un equipo interdisciplinario presentado a las subredes Integradas de servicios de salud para la respectiva contratación, previo aval de la autoridad étnica correspondiente; según lo anterior, cada Subred validará la idoneidad técnica y profesional de cada perfil, y la documentación según sus dinámicas y procesos de contratación.

Así mismo se aclara que, en caso de no contar con alguno de los perfiles étnicos, la subred debe presentar soporte de la gestión adelantada para dicha contratación en el menor tiempo posible y los demás perfiles deberán dar cobertura a las necesidades identificadas en las familias y comunidad, asegurando la no interrupción de acciones y abordaje, para así no afectar la calidad y periodicidad de los productos; esto aplicará para cada uno de los productos de la acción integral integrada estrategia abordaje étnico diferencial.

2.1. Producto 98. ESTRATEGIA DE INSUMOS ANCESTRALES EN COMUNIDADES ETNICAS DIFERENCIALES

Unidad de medida

Avance mensual en la implementación de la estrategia.

2.1.1. Forma de reporte de ejecución del producto

Corresponde al seguimiento mensual del instrumento de implementación de la estrategia, que evidencie avances en la compra, entrega, elaboración y distribución de los insumos de medicina ancestral.

Este aplicará para los equipos con pertenencia étnica de las 4 subredes integradas de servicios de salud, por lo que se reportará una unidad mensual por cada equipo contratado.

2.1.2. Detalle de las actividades

2.1.2.1. Actividad 1. Planificación de la estrategia de insumos ancestrales.

Partiendo de la necesidad de los diferentes productos para el abordaje a familias, actividades colectivas y de Medicina Ancestral con las comunidades étnicas negras, afrocolombianas, palenqueras e indígenas, se hace indispensable contar con insumos ancestrales que permitan la practica en salud propia de las comunidades.

Durante las dos primeras semanas de ejecución del convenio, el equipo de la mano con la profesional de apoyo de la subred deberá realizar reunión de diálogo para la actualización y ajustes de ser necesarios de la estrategia de insumos de medicina ancestral avalada en vigencias anteriores, el cual debe dar cuenta del proceso de compra, entrega, elaboración y distribución de insumos requeridos.

Para esto es indispensable que el equipo planee y programe los insumos que requiere de manera mensual para el desarrollo de las actividades, logrando evidenciar descripción de los insumos, valor unitario y cantidad a utilizar.

Para el caso de los equipos que abordan a la comunidad indígena Wounaan y Emberá, deberán presentar la estrategia de adquisición de insumos ancestrales construida durante la vigencia anterior y complementada en el inicio del actual convenio, ante nivel central para así ser validada por referente del entorno y referente distrital para las comunidades indígenas.

Se deberá realizar el seguimiento a la "*estrategia de insumos ancestrales*", la cual contiene el objetivo, contexto según cada equipo étnico, y de manera descriptiva como se realizará cada uno de los siguientes momentos:

- Adquisición o Compra de insumos
- Entrega de insumos al equipo
- Preparación o elaboración de insumos por parte del equipo
- Distribución de insumos en las actividades contempladas en el abordaje (familias, actividades colectivas y de Medicina Ancestral)

Nota:
-Estos insumos relacionados son unos mínimos, que podrán variar de acuerdo con la concertación con los pueblos étnicos. De tener alguna variación, se notificará a las Subredes de manera formal, atendiendo a dichos acuerdos.

2.1.2.2. Actividad 2. Implementación de la Estrategia de Insumos Ancestrales

De manera mensual, se debe realizar acompañamiento a la implementación de la estrategia por parte las profesionales de apoyo en donde el equipo suministrara la información de los insumos utilizados en las respectivas actividades. En este sentido, la profesional de apoyo será la responsable de consolidar y cargar al DRIVE del entorno con el resto de los productos.

La SDS realizara seguimiento a la implementación de la estrategia en concordancia con lo planeado y programado para la compra, entrega, elaboración y distribución de los insumos de medicina ancestral.

Con el ánimo de estandarizar el proceso de implementación de la estrategia de insumos ancestrales en todas las subredes se realiza entrega de matriz de implementación de la estrategia de insumos ancestrales el cual debe ser diligenciado directamente en el DRIVE dispuesto desde nivel central en carpeta entorno hogar/ tableros y reportes/2024, se anexa enlace de acceso: https://docs.google.com/spreadsheets/d/15hsEALXT_vpSNibLbcBq5HTwqlN5KSlryxiEY5dKPBo/edit#gid=842985485

Para la adquisición o compra de insumos es importante que el equipo soporte el mismo mediante facturas, recibos de pago, cuentas de cobro o demás medios validos comercialmente para la acreditación de la compra, en caso de no contar con alguno de los anteriores debido a que la producción del insumo o el origen del mismo deriva de territorio o tiene alguna característica particular que impide la validación del mismo mediante los medios convencionales del comercio para su validación, se sugiere adjuntar un recibo de caja de la compra soportado o planilla de seguimiento elaborada por el equipo en donde se caracterice el producto(s) comprado(s), esto aplica para insumos ancestrales. Para la entrega de los insumos al equipo, será precisada la formalidad en la estrategia de insumos.

Tabla resumen del producto:

Nombre de la actividad	***Periodicidad***	***Perfiles del talento humano****	***Entregables***
Planificación de la estrategia de insumos ancestrales.	Una vez al inicio de la vigencia	Profesional Universitario 2 (Operativo) Enfermera, perfil social. Técnico 1: técnico ambiental o auxiliar de enfermería Gestor comunitario Comadrona o partera	Actualización de la estrategia de Insumos ancestrales, con la proyección del convenio cargada al drive del entorno de la SDS en los primeros 10 días hábiles posteriores al mes del inicio del convenio. -Estrategia de adquisición de insumos ancestrales para los equipos étnicos indígenas Wounaan y Emberá acorde a la

		Sabedor o Sabedora *Lo anterior según la conformación de cada equipo.	programación propia de los equipos, radicada a nivel central durante los primeros 10 días del mes de agosto.
Implementación de la estrategia de insumos ancestrales.	mensualmente	Profesional Universitario 2 (Operativo) Enfermera Técnico 1: técnico ambiental o auxiliar de enfermería Gestor comunitario Comadrona o partera Sabedor o Sabedora *Lo anterior según la conformación de cada equipo.	-Matriz de implementación de la estrategia de insumos ancestrales en la plataforma Google drive habilitada por Referentes del Entorno Cuidado Hogar con seguimiento mensual. -Factura, recibos de pago, cuentas de cobro, recibos de caja y acta o planilla de compra adjunta al recibo de caja

ABORDAJE DIFERENCIAL A FAMILIAS NEGRAS Y AFROCOLOMBIANAS DESDE LA ESTRATEGIA KILOMBO

Las comunidades negras y afrocolombianas son grupos étnicos que han sido reconocidos por el estado colombiano. Aunque sus características específicas pueden variar conforme el territorio de origen, todas se autorreconocen como comunidades con una ascendencia cultural afro, es decir, se ven a sí mismas como comunidades que tienen un vínculo ancestral con la cultura de personas provenientes del continente africano y que históricamente han desarrollado sus propios saberes y prácticas culturales en Colombia. La manera como cada comunidad e individuo se nombra a sí mismo hace parte del proceso de construcción de una identidad cultural propia y de su derecho a la autonomía o autodeterminación[4]

[4] Agencia de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) 2016 “Los derechos al territorio, a la identidad cultural y a la restitución de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras”

Kilombos: espacios de cuidado y autocuidado de la salud desde una concepción ancestral de un buen vivir, en donde se brindan servicios interculturales e integrales para la sanación. desde los saberes propios de la cultura negra y afrocolombiana, que permitan conservar y promover sus usos y costumbres, al igual que sus prácticas ancestrales, principios y valores en territorios urbanos donde la ideología y las formas de ver el mundo son distintas a las propias.

El desarrollo de las actividades del presente producto, estará a cargo de un equipo interdisciplinario presentado a las subredes Integradas de servicios de salud para la respectiva contratación, previo aval por parte de la instancia representativa negra y afrocolombiana tras la verificación de cumplimiento de las siguientes características:

- Pertenencia Étnica (negra-afrocolombiana) certificada por su comunidad
- Conocimiento de la ciudad y cultura de su comunidad.
- Experiencia de trabajo comunitario, con énfasis en temas de salud
- Los perfiles de medicina ancestral presentaran un aval que da cuenta del conocimiento como sabedor, partera o comadrona por su comunidad.

Principales roles de los perfiles que desarrollan que conforman el equipo interdisciplinario (Kilombo):

- **Parteras:** Conocida por su conocimiento ancestral, realiza entre otras funciones:
  -Seguimiento y acompañamiento al comportamiento de las condiciones de salud priorizadas manifestadas en las mujeres y madres gestantes.
  -Orientación en los cuidados de niños recién nacidos
  -Participación en la generación de contenidos de las piezas comunicativas.
  -Participación en actividades para la trasmisión de saberes ancestrales
  -Ayuda emocional y diálogos con prácticas y métodos tradicionales
  -Atenciones diferenciales desde sus técnicas curativas
  -Preparación de medicina ancestral; apoyo a casos emergentes.

- **Sabedor o Sabedora:** Conocidos por su conocimiento ancestral, realiza entre otras funciones:

-Seguimiento y acompañamiento al comportamiento de las condiciones de salud priorizadas manifestadas en las personas de la comunidad.
-Orientar los cuidados que recobran importancia en el valor de las familias; participación en la generación de contenidos de las piezas comunicativas y participación en actividades para la trasmisión de saberes ancestrales
-Brindar ayuda emocional y diálogos con prácticas y métodos tradicionales
-Preparación de medicina ancestral
-Realizan atenciones diferenciales desde sus técnicas curativas
-Apoyo en casos emergentes
-Orientación y educación tradicional de medidas de cuidado y autocuidado para la población conforme a las adecuaciones socioculturales.

- **Enfermera:** Líder del equipo, quien coordina y gestiona los procesos administrativos; además:
  -Canaliza necesidad; acorde a la oferta disponible por los perfiles que componente el equipo
  -Activación de rutas comunitarias, sectoriales e intersectoriales según las situaciones en salud o sociales que se presenten
  -Difundir estrategias de educación en salud pública, con enfoque étnico diferencial para el cuidado de la comunidad
  -Realiza seguimiento y acompañamiento al comportamiento de las condiciones de salud priorizadas a otros casos de la comunidad
  -Seguimiento a la adherencia a las rutas de promoción y mantenimiento de la salud acorde a ciclo vital de cada una de las familias abordadas.
  -Realizar valoración en salud del núcleo familiar que lo conforma e identificar desde la medicina occidental riesgos y alertas en salud que ameriten una intervención y/o derivación.

- **Técnico ambiental**: realiza acciones de promoción de la salud ambiental con enfoque diferencial, así como:
  -Impulsar iniciativas comunitarias que promuevan entornos ambientalmente saludables
  -Seguimiento y acompañamiento a recomendaciones ambientales para los cuidados del hogar con enfoque diferencial a familias y personas, para promover acciones de cuidado y autocuidado con su entorno desde el reconocimiento de la mirada sociocultural.

-Generar y difundir estrategias de educación en salud ambiental con enfoque étnico diferencial para el cuidado de la comunidad
-Apoyo a procesos administrativos
-Participación en espacios colectivos y de sensibilización.

- **Gestor comunitario:** Reconocido por tener un amplio conocimiento de la realidad local, de las expresiones culturales, necesidades sociales y proyectos para el desarrollo de la comunidad, adicional a ello facilita el primer contacto con la comunidad en sus diferentes espacios, por lo cual se reitera la necesidad del acompañamiento constante por parte del mismo a los equipos durante las acciones de tipo familiar, comunitario y acciones con enfoque en medicina ancestral, con el fin de identificar necesidades de gestión y disminución de barreras de accesos a los servicios de salud, adicional a ello deberá:

  -Difundir estrategias de educación en salud con enfoque diferencial étnico para el cuidado de la comunidad
  - Gestión a casos sociales o en salud.

-Identificación y acompañamiento a familias priorizadas (oferta de servicios Distritales)

-Fortalecimiento de enlaces directos de comunicación con los actores estratégicos (sectores-comunidad y lideres)

-Apoyo a perfiles ancestrales

-Articulación con líderes locales para Identificación de nuevas familias

2.2. Producto 99. PLAN DE CUIDADO FAMILIAR CON FAMILIAS ÉTNICAS NEGRAS Y AFROCOLOMBIANAS

Unidad de medida

Sesión de abordaje a familias con pertenencia étnica negra-afrocolombiana, el cual abarca caracterización, implementación y cierre familiar.

2.2.1. Forma de reporte de ejecución del producto

Contempla el abordaje mensual a las familias, con plan de cuidado familiar con enfoque diferencial, incluyendo caracterización, implementación y cierre del plan de cuidado familiar por cada equipo kilombo asignado.

Se realiza reporte de una unidad al completar el ingreso por parte de todo el equipo a la familia. Para el caso de la caracterización familiar y cierre del plan de cuidado familiar podrán ingresar los 4 perfiles en el mismo momento y esta se contará como una unidad, en el caso de las sesiones de implementación familiar podrán ingresar en binas acorde a la concertación con las familias.

2.2.2. Detalle de las actividades

2.2.3.1 Actividad 1. Formulación e implementación de Plan de Cuidado Diferencial en Familias de comunidades Negras y Afrocolombianas

La formulación de este plan parte del enfoque étnico diferencial haciendo referencia a aquellas prácticas culturales compartidas por un grupo de personas, con identidades, ideologías, patrones, rituales, formas de vida comunes y propias que hacen parte de su historia individual y colectiva; que a su vez configuran su vida cotidiana, cultural, social y política y se caracterizan por tener un patrimonio cultural tangible e intangible que les otorga identidad colectiva.

Producto de la búsqueda activa a las familias que serán sujeto del abordaje se podrán tener diferentes estados o repuestas, entre las cuales están:

*Familias efectivas: Aplica para aquellas que se logran contactar, ubicar en domicilio e iniciar el proceso de abordaje familiar.

*Familias fallidas: Corresponde a familias que no son posibles ubicar telefónicamente ni en la dirección de contacto, posterior a la búsqueda por las diferentes fuentes de información como PAI, ADRES, comprobador de derechos, así mismo posterior a la búsqueda en la dirección de residencia sin lograr contacto en un máximo de 3 intentos.

*Familias que rechazan la intervención: Familia que manifiesta disentimiento, no querer participar del proceso de abordaje familiar; para ello, el equipo debe comunicar claramente el objetivo y beneficios de este.

Partiendo de las características territoriales de la comunidad Negra y Afrocolombiana, se cuenta con la conformación de diez equipos interdisciplinarios (Kilombos), distribuidos por cada dos localidades en las Subredes Integradas de Servicios de Salud de la siguiente manera:

Tabla Distribución Kilombos

NORTE	SUR	SUR OCCIDENTE	CENTRO ORIENTE
Engativá – Teusaquillo Flor de Ebano	Ciudad Bolívar – Tunjuelito Ubuntu	Fontibón- Bosa Nihara Sharay	Martires – Santafé Aroni
Suba- Barrios Unidos Seriema	Usme – Sumapaz Girasol	Puente Aranda – Kennedy Babalu Aye	San Cristóbal – Antonio Nariño Yumma
Usaquén- Chapinero Orula			Rafael Uribe Uribe – Candelaria Obatala

La periodicidad de abordaje a las familias estará proyectada por un ciclo de tres meses, si después de este periodo la familia continua con algún riesgo sujeto de abordaje por parte del equipo, podrán extender los seguimientos y deberá quedar registrado en la implementación del plan de cuidado.

El producto se desarrolla a traves de los siguientes momentos:

Momento 1: Caracterización de Necesidades: En cuanto al proceso de identificación del riesgo en salud y caracterización social/ambiental, se dará a través de diálogo de saberes entendiendo este como el proceso reflexivo, de confianza y de respeto frente a la escucha asertiva del otro, esta se realizará en la vivienda de la familia. El proceso de caracterización debe partir de la priorización de familias dialogada y acordada con los líderes y autoridades definida en la primera actividad, quienes por tener el criterio étnico Afro obedecen a una priorización. De igual forma, según el criterio de priorización, los eventos de interés en salud pública presentes en la familia y el curso de vida de sus

integrantes, se deberán aplicar tamizajes dispuestos en el producto de plan de cuidado familiar. (producto 92) definidos en este documento.

Se deberá conocer las particularidades y tener la capacidad de explorar factores protectores y de riesgo, frente a desenlaces en salud:

- Identificación de riesgos en salud ambiental.
- Identificación de necesidades para la canalización a rutas sectoriales e intersectoriales, (proceso a articular con gestión de programas y eventos de interés en salud pública y gestión de políticas), según el evento. (Utilizar el formato de canalización el cual se encuentra anexo en la caja de herramientas)
- Realizar notificación a los subsistemas de vigilancia correspondiente, del 100% de los casos que cumplan con criterio, los casos de violencia al Subsistema de Vigilancia de Violencia Infantil y Maltrato Intrafamiliar (SIVIM), los casos de conducta suicida al Subsistema de Vigilancia de Conducta Suicida (SISVECOS).
- Reconocer prácticas de autocuidado de la salud a nivel individual y de cuidado familiar colectivo reconociendo prácticas propias.
- Rescatar potencialidades y factores protectores de la familia y comunidad.
- Explorar habilidades, conocimientos, experiencias, valores, tradiciones, visiones del mundo respecto al cuidado de la salud, desde su contexto y cultura.
- Realimentar los hallazgos que el equipo identifica de manera inicial de acuerdo con los riegos en, la salud caracterización social y ambiental, contrastando con lo que la familia percibe de sí misma.

Para el abordaje a las familias, será clave la participación de todo el equipo junto con el apoyo del gestor comunitario, con el fin de identificar necesidades presentes en la familia y así mismo poder establecer accionar de cada uno de los perfiles para la concertación y seguimiento del plan de cuidado familiar y en caso de identificarse necesidades de gestión y/o movilización poder dar respuesta inicial por medio del gestor comunitario.

Para este proceso, se realizará el registro de la información correspondiente, en un aplicativo en línea al cual accede cada uno de los perfiles del entorno con un usuario y contraseña personal; este aplicativo, se encuentra organizado con diferentes módulos que se encuentran dispuestos en cascada, iniciando con la asignación de casos.

En el momento en que cada profesional hace el ingreso al aplicativo, logra visualizar los casos asignados y en cada uno de ellos puede hacer el registro de la efectividad de la intervención, así como la creación de las familias abordadas, los integrantes de cada una de ellas, y los registros propios de la caracterización y plan de cuidado familiar realizados *(Ver caja de herramientas; Manual de usuario Hogar Plan de Cuidado Familiar*).

Momento 2: Concertación del Plan de Cuidado Familiar: el kilombo (equipo interdisciplinario), deberá realizar un proceso reflexivo en el cual se identifiquen los riesgos y vulnerabilidades, permitiendo la construcción del plan familiar el cual contemplará como prioridad la Estrategia Cuidado Salud de la Medicina Ancestral con sus respectivas acciones diferenciales y debe identificar los principales aspectos a trabajar de manera concertada con la familia, para la mitigación de riesgos en salud y el fortalecimiento de pautas de cuidado y estilos de vida saludable, acorde a las necesidades.

Es importante que el talento humano con pertenencia étnica potencialice el uso de los recursos y ayudas materiales pedagógicas dadas a las familias desde un enfoque diferencial, así como espacios en la vivienda, horarios y prácticas comunitarias.

A partir de esto, se deberán definir acciones concretas a desarrollar con la familia de manera que se consoliden en compromisos, enfocados a la adopción de pautas de cuidado, la gestión familiar para la mitigación de riesgos y la participación de la familia en las actividades colectivas e individuales que se logren gestionar con los demás actores del sistema de salud. Aspectos que deben ser socializados y concertados con la familia para su implementación y se deberán consignar en el formato de concertación e implementación del plan de cuidado familiar.

Momento 3: Implementación del Plan de Cuidado familiar Diferencial

Una vez concertado el plan de cuidado, familiar diferencial se inician las acciones promocionales y de cuidado diferencial de acuerdo con sus patrones culturales, sociales y ambientales que hacen parte del contexto familiar; las cuales darán respuesta a los temas priorizados y concertados en concordancia con las estrategias diferenciales.

En este momento, se hará entrega del tablero de plan de cuidado en donde se consignarán todos aquellos compromisos concertados con los integrantes de la familia y sus avances en cada una de las visitas de seguimiento, así como el tablero de plan de cuidado de vivienda saludable

El plan familiar debe incorporar acciones como:

• Brindar Información y educación en salud para establecer compromisos de acciones que la familia puede y debe realizar en su vivienda para el manejo de los riesgos caracterizados.

• Desarrollar acciones promocionales para la adopción de comportamiento y conductas para la salud desde practicas propias de salud y cuidado, donde se incluyan acciones preventivas en el hogar. De igual forma, las relacionadas con la ruta de promoción y mantenimiento de la salud y temáticas promocionales para una vida saludable y activa.

• Posterior a la identificación del riesgo en salud, el equipo deberá realizar seguimiento de todos los eventos de interés en salud pública, a partir del momento de la identificación se contará 24 horas para el reporte. De la misma manera, indicar dentro del plan familiar la anotación si la familia no permite realizar el proceso de canalización.

• Notificar al equipo de gestión operativa, los casos que requieren asignación de cita y que desde el equipo de las subredes se puede agendar, dado que corresponde a población capitada con la que se puede viabilizar y agilizar el acceso a los servicios de salud requeridos.

• Los equipos deberán realizar una construcción de contenidos en pautas de autocuidado, cuidado y rutas para ser trasmitida a las familias y ser movilizados por los diferentes medios o espacios con las comunidades con enfoque étnico diferencial. En este sentido, se espera que se realicen de manera práctica, sencilla y diferencial contenidos (materiales) frente a procesos de orientación de cara a la dinámica en la cual se encuentra la población con el fin de garantizar que se transmiten los mensajes e información de manera adecuada, para esto se espera que cada equipo presente a la SDS la construcción de un contenido (pieza comunicativa) diferencial nuevo durante el convenio; por lo anterior en la siguiente tabla se establecen las temáticas para dicha entrega por cada equipo:

EQUIPO	TEMATICA
NORTE	
Engativá – Teusaquillo Flor de Ebano	salud materno-perinatal
Suba- Barrios Unidos Seriema	Manejo de enfermedades en casa para menores de 5 años.
Usaquén- Chapinero	IRA-ERA-EDA

Orula	
SUR	
Ciudad Bolívar – Tunjuelito Ubuntu	Salud Mental
Usme – Sumapaz Girasol	Practicas curativas desde la medicina ancestral
SUR OCCIDENTE	
Fontibón- Bosa Niara Sharay	Enfermedades crónicas
Puente Aranda – Kennedy Babalu Aye	Promoción y prevención de riesgos ambientales
CENTRO ORIENTE	
Martires – Santafé Aroni	Partería y medicina ancestral
San Cristóbal – Antonio Nariño Yumma	Activación de rutas desde el enfoque diferencial
Rafael Uribe Uribe – Candelaria Obatala	Plan ampliado de inmunización

• Realizar seguimiento a las variables y aspectos técnicos específicos para cada familia según su prioridad, estos deben ser cargado en los respectivos módulos del aplicativo en línea SIGINF-SDS, dispuesto para tal fin y deberán cargar rutinariamente, garantizando la completitud en la información, calidad técnica acorde a las características del caso y oportunidad en el reporte; aspectos que deberán ser revisados, validados por los profesionales de apoyo a la gestión operativa.

• Una vez los profesionales validen que se ha dado cumplimiento a los compromisos, se llevará a cabo la evaluación final, con el fin de identificar el efecto real de la acción en la familia, a partir de los indicadores trazadores según la especificidad del evento o situación que generó el abordaje a través de plan familiar. Es de aclarar que esta se puede contemplar como parte del abordaje en la última sesión.

Con el fin de poder realizar análisis de las acciones adelantadas por cada equipo, se establece elaboración de informe bimensual unificado por subred, para lo cual se debe hacer uso de la estructura dispuesta en la caja de herramientas del entorno.

Nota: Se precisa que los casos que son derivados a Equipos de Atención en Casa, no requieren ser gestionados por el módulo de canalizaciones del SIRC, a menos que se trate de una ruta diferente a los criterios establecidos para dichas derivaciones, dado que se duplicaría la gestión y esfuerzos de diferentes actores del sistema para la respuesta que ya estaría dada por EAC; sin embargo, en caso de no contar con la oferta de atención extramural para el desarrollo de las atenciones individuales por parte de los Equipos de Atención en Casa, se deberá adelantar la derivación del 100% de los casos a la EAPB correspondiente a través del módulo SIRC, o la asignación de citas en los casos de población capitada con la subred.

Tabla resumen del producto:

Nombre de la actividad	***Periodicidad***	***Perfiles del talento humano****	***Entregables***
Alistamiento para el seguimiento familiar. / Caracterización Social y Ambiental (CSA). / Concertación del Plan de Cuidado Familiar/ Evaluación y cierre del Plan de Cuidado Familiar, en comunidades negras y afrocolombianas	Mensualmente, según la programación en el plan de acción y de acuerdo con las dinámicas propias de cada equipo.	Profesional Universitario 2 (Operativo) Enfermera Técnico 1: técnico ambiental Gestor comunitario Comadrona o partera Sabedor	-Los establecidos en el producto 92 Plan de Cuidado Familiar. Adicional: -Planilla de gestión para el gestor comunitario, según necesidad de la familia, usuario y/o comunidad. -Ficha técnica y pieza comunicativa, cargada en DRIVE distrital los primeros 7 días hábiles posterior a la construcción de esta. - informe bimensual abordaje étnico comunidades negras y afrocolombianas por la vigencia, cargado en DRIVE distrital los primeros 7 días hábiles del mes siguiente a la terminación.

2.3. Producto 100. ACCIONES COLECTIVAS DIFERENCIALES CON FAMILIAS ÉTNICAS DE COMUNIDADES NEGRAS Y AFROCOLOMBIANA

Unidad de medida

Sesión de acciones colectivas

Forma de reporte de ejecución del producto

Se realizarán de manera mensual en espacios concertados con las comunidades y/o autoridad representativa acorde a necesidad.

Teniendo en cuenta que para este producto se implementó como actividad 1, "Proceso de diálogo y concertación comunitaria", el cual tiene un tiempo de ejecución de 4 horas (lo equivalente a 1 jornada de sesión colectiva) y se reportara en el informe de gestión como una unidad, se aclara que para esta actividad, no se diligenciara formato de sesión colectiva, lo cual se debe tener en cuenta a la hora de soportar las acciones, ya que no será necesariamente proporcional al número de formatos de sesiones colectivas.

Detalle de las actividades

2.3.3.1 Actividad 1. Proceso de diálogo y concertación comunitaria

Momento 1: Concertación y priorización de acciones.
Comprende el primer momento de dialogo, concertación y acercamiento con la instancia representativa de la comunidad Negra y Afrocolombiana, la cual tiene como fin socializar la estrategia de abordaje diferencial kilombo, la identificación y priorización de familias a abordar, construcción del Plan de acción, la definición de acciones comunitarias, esta se desarrollará solo al inicio de cada la vigencia e inicio de adición, en caso de presentarse.

También se podrán desarrollar espacios comunitarios con la autoridad representativa o comunidad, según la demanda y/o necesidades presentadas, en estas deberán participar todo el equipo.

Para el desarrollo de cada uno de estos espacios, se contará con un tiempo de 4 horas, lo que equivale a una sesión e incluyen alistamiento, ejecución y captura de información.

Actividad 2. Acciones Interculturales de Promoción y Prevención en Salud

Las acciones colectivas son las sesiones interculturales de promoción y prevención en salud, contemplará el desarrollo de actividades colectivas ambientales y ancestrales, partiendo de los conocimientos propios de la población Afrodescendiente con sus prácticas habituales o tradicionales del territorio, dirigido a las familias y comunidad; para ello, el equipo deberá participar de manera conjunta en el desarrollo de cada sesión. Así las cosas, se realizarán actividades colectivas desde una mirada ambiental y ancestral de manera integral.

Para el desarrollo de cada uno de estos espacios, se contará con un tiempo de 4 horas, los cuales incluyen alistamiento, ejecución y captura de información.

Momento 1: Desarrollo de acciones colectivas

En el plan de acción establecido se generarán espacios con la comunidad Negra y Afrocolombiana para desarrollar acciones de educación en temas priorizados. Los roles a desarrollar por cada perfil se pueden ver descritos al inicio de la estrategia para comunidades negras y afrodescendientes.

El abordaje de cada una de las iniciativas ambientales debe ser acompañada inicialmente por los técnicos ambientales como mínimo dos veces al mes. De esta manera, se retomará o se propondrá una nueva iniciativa ambiental, que permita reportar el estado de avance en el que se encuentre, con el fin de verificar el sostenimiento y continuidad de las actividades planteadas.

Para esta actividad el equipo deberá proyectar una ficha técnica de acciones colectivas de cada sesión y el desarrollo de esta se registrará en el formato de acta y formato de sesiones colectivas, para lo cual se espera la asistencia mínima de 10 personas.

Nota: es importante mencionar que durante el mes se debe garantizar el desarrollo de acciones colectivas con la comunidad, lo anterior teniendo en cuenta que el equipo tiene la posibilidad de desarrollar espacios comunitarios y con autoridades acorde a la programación y concertación.

Tabla resumen del producto:

Nombre de la actividad	***Periodicidad***	***Perfiles del talento humano****	***Entregables***
Proceso de diálogo y concertación comunitaria	Mensual acorde a la necesidad y/o demanda	Profesional Universitario 2 (Operativo), Enfermera-Médico Técnico 1: (técnico ambiental). Gestor comunitario, Médico ancestral o sabedor	- Plan de acción con el cronograma concertado con la comunidad representativa, cargado en la plataforma Google drive habilitada desde nivel central al inicio de la vigencia y su respectivo seguimiento mensual. -Actas de concertación y priorización de acciones con la autoridad y/o lideres al inicio de la vigencia e inicio de adición en caso de presentarse. -Actas de reunión de espacios comunitarios acorde a programación y/o demanda.
Acciones Interculturales de Promoción y Prevención en Salud	mensualmente	Profesional Universitario 2 (Operativo) Enfermera Técnico 1: técnico ambiental Gestor comunitario Comadrona o partera Sabedor o Sabedora	- Ficha técnica de acciones colectivas (ver formato en la caja de herramientas) - Formato de acta para el desarrollo de las acciones colectivas - Formato de acciones colectivas diligenciadas con criterios de calidad y completitud.

2.4. Producto 101. ACCIONES PROPIAS DE MEDICINA ANCESTRAL DE COMUNIDADES NEGRAS Y AFROCOLOMBIANAS

Unidad de medida

Jornadas de Medicina Ancestral

Forma de reporte de ejecución del producto

Se realizarán de manera mensual en espacios concertados con las comunidades negras y afrocolombianas, de acuerdo con las particulares de cada uno de los equipos.

Detalle de las actividades

2.4.3.1 Actividad 1. Acciones Propias de medicina ancestral

Son todas aquellas acciones que dan cuenta de la atención desde la medicina ancestral que se realizan en lugares propios (Kilombos) de la población negra y afrocolombiana conforme a la dinámica de los equipos y comunidades teniendo en cuenta los lugares físicos y cronograma de atención. El abordaje desde la medicina ancestral podrá realizarse de dos maneras: la primera, deberá desarrollarse en los lugares propios o comunitarios para lo cual el equipo definirá la dinámica a implementar garantizando la participación de la comunidad para lo cual se espera la asistencia mínima de 10 personas y la segunda se realizará en la vivienda de las familias conforme a las dinámicas comunitarias.

Los roles a desarrollar por cada perfil se pueden ver descritos al inicio de la estrategia para comunidades negras y afrodescendientes.

- Estas actividades se registrarán en el formato de acta de la subred que describa el desarrollo de las acciones Propias de Medicina Ancestral, que permita identificar las atenciones realizadas, teniendo en cuenta:
- Número de atenciones
- Sexo
- Curso de vida
- Motivo de consulta (en caso de no poder registrar por temas de privacidad, especificar, si corresponde a un secreto ancestral o si el usuario no permite dicho registro).

Tabla resumen del producto:

Nombre de la actividad	***Periodicidad***	***Perfiles del talento humano****	***Entregables***
Acciones Propias de Medicina Ancestral	Mensualmente acorde a la programación	Profesional Universitario 2 (Operativo) Enfermera Técnico 1: técnico ambiental Gestor comunitario Comadrona o partera Sabedor	- Formato de acta que evidencie el desarrollo de las acciones Propias de Medicina Ancestral

2.5. Producto 102 y 103 GESTIÓN DEL RIESGO EN FAMILIAS INDÍGENAS EMBERÁ UBICADOS EN CENTROS TRANSITORIOS

El pueblo Emberá, es una comunidad Indígena que ancestralmente ha vivido en los departamentos de: Risaralda, Chocó, y Antioquia. Se dividen en tres grandes comunidades: Emberá Dóbida, Emberá Chamí y Emberá Katío, quienes viven en territorios denominados resguardos indígenas. En los últimos diez años el pueblo Emberá ha tenido que desplazarse a ciudades principales, tales como: Cali, Medellín y Bogotá por dos situaciones estructurales, a saber:

- El conflicto armado interno, el cual los ha vinculado con hechos como: Reclutamiento forzado; invasión de sus resguardos para hacerlos territorios de combate; instrumentalización a la comunidad para servir a algunos de los grupos armados; violencia sexual hacia las mujeres, niños y niñas; disputa y control de los territorios indígenas como medio para el transporte del narcotráfico; confinamiento en sus territorios, y obstrucción para el libre desplazamiento por instalación de minas, cercos y horarios específicos para transitar.
- Abandono del Estado colombiano en asuntos como: Salubridad (no hay acceso a agua potable); educación (no hay escuelas adecuadas ni en infraestructura ni con programas de educación propia); apoyo a unidades productivas (no hay vías para transportar y

comercializar los productos de la comunidad); imposición de los monocultivos (obligatoriedad de uso de semillas genéticamente modificadas en los territorios); control de territorios por parte de multinacionales con intereses en recursos naturales estratégicos.

En tal sentido, Bogota ha sido receptora de la población víctima del conflicto armado interno del país y después de algunos procesos de reubicación y retorno poco exitosos, en el año 2021 nuevamente las comunidades Emberá ingresaron a la ciudad de Bogotá y se asentaron en el Parque Nacional. Posterior a esto, en mayo de 2022 a través de los acuerdos entre la comunidad y las instituciones Distritales y Nacionales se logró que la comunidad fuera ubicada temporalmente en las Unidades de Protección Integral de IDIPRON- La Rioja y La Florida. Así mismo, en septiembre de 2023, una parte de la comunidad debido a conflictos internos entre los líderes indígenas fue ubicada en el Albergue transitorio el Buen Samaritano.

En octubre de 2023, una parte de esta comunidad de manera irregular se tomó, nuevamente, el Parque Nacional y la primera semana de abril del presente año se identificaron varias familias de la comunidad Emberá Dobidá, las cuales habitan en pagadiarios de las localidades de San Cristóbal y Santa Fe. Es decir, que en este momento la población Indígena Emberá se encuentra ubicada en cinco puntos distintos de la ciudad en los cuales el Sector Salud hace presencia y lleva a cabo las acciones requeridas para garantizar el derecho a la salud de la población, teniendo en cuenta los usos y costumbres de la población indígena Emberá y la concepción de salud y enfermedad que tiene cada uno de los pueblos, desde la medicina ancestral.

Actualmente se direcciona el abordaje desde el sector salud a la comunidad, a través de cinco (5) líneas:

I. Disponer de un equipo de personas que hace parte de los equipos extramurales del Plan de Intervenciones Colectivas – PSPIC, de la Subred Integrada de Servicios de Salud (SISS) Centro Oriente, realizando recorridos y búsqueda de identificación de riesgos en salud en población priorizada, con el respectivo seguimiento y acompañamiento.
II. Contar con una ambulancia que hace parte del Programa de Atención Prehospitalaria (APH) de la ciudad, atenta a responder ante situaciones urgentes y direccionar hacia la red de prestadores de

servicios de salud pertinentes; este aspecto es coordinado por el Centro Regulador de Urgencia y emergencias.

III. Desarrollar jornadas de atención en salud en las que se tenga un equipo interdisciplinario que realiza atenciones individuales, según las necesidades de las personas. Así como la instalación de una Unidad de Atención Integral Comunitaria (UAIC), para iniciar acciones de complementariedad entre la medicina ancestral y medicina occidental. La UAIC se implementó como una estrategia para la prevención de la morbilidad y mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA), Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) y Desnutrición Aguda en población Indígena Emberá, considerando que los niños y niñas menores de cinco años son los/as más expuestos.

IV. Mesa de salud permanente para el fortalecimiento de diálogo y lazos de confianza entre la comunidad y el sector, permitiendo brindar espacios de seguimiento acuerdos y compromisos.

V. Garantizar la afiliación y el seguimiento a la prestación de servicios de salud de la población indígena Emberá, cumpliendo con la verificación de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), haciendo los cruces del registro Único de Víctimas, con la Base de Datos Única de afiliados – BDUA y Comprobador de Derechos de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y realizando las respectivas afiliaciones de oficio a la población que se encuentra sin asegurador, así como orientando los procesos de portabilidad y traslado de municipio según el caso.

2.11.1 Unidad de medida

Avance mensual del plan de acción

2.11.2 Forma de reporte de ejecución del producto

Comprende el seguimiento a las acciones desarrolladas en la población indígena, durante el periodo del convenio, las cuales están enmarcadas en la primera de atención, de las 5 actualmente establecidas.

Las actividades que se describen, a continuación, serán operadas por las Subredes Integradas de Servicios de Salud Norte y Centro Oriente. En ese sentido, la Subred Norte las implementará con la población que se ubica en la Unidad Protección Integral la Florida y la Subred Centro Oriente en la Unidad de Protección Integral la Rioja, el Parque Nacional y el Albergue el Buen Samaritano; en el

caso de Pagadiarios, serán abordados acorde a la ubicación espacial. En caso de que se establezca otro punto de asentamiento para la comunidad Emberá este será atendido por la Subred que territorialmente tenga asignado dicho punto o acorde a directriz desde nivel central.

Para el desarrollo de las actividades se cuenta con un equipo interdisciplinario compuesto por perfiles como profesionales en enfermería, profesionales en ciencias sociales, técnicos en salud, gestores comunitarios, sabedores y parteras, estos últimos 3 con la característica de tener pertenencia étnica de los diferentes pueblos y son propuestos por los lideres comunitarios.

2.11.3. Detalle de las actividades

2.11.3.1 Actividad 1. Planeación, Seguimiento y Fortalecimiento de Capacidades

Durante la primera semana se adelantará ejercicio de lectura y apropiación del lineamiento, así como, la organización de la operación del equipo durante el convenio, para esta vigencia se realizará actualización del plan de acción construido en vigencia anterior. Es importante que mensualmente se haga el seguimiento al plan de acción de acuerdo con el avance de este por el equipo de la Subred.

Así mismo podrán participar en espacios de fortalecimiento de capacidades contemplando las siguientes actividades:

- Espacios en temas de salud que fortalezcan los conocimientos en el equipo reconociendo la particularidad en el abordaje de esta población.
- Espacios en temas propios de las comunidades como partería, medicina ancestral, plantas medicinales, prácticas curativas, cosmovisiones entre otras en apoyo de gestores comunitarios.
- Participación en asistencias técnicas tanto en la subred, como en el nivel central.
- Aquellas actividades que planee o estipule la subred y la Secretaría Distrital de Salud.

2.11.3.2 Actividad 2. Identificación de riesgos en salud

A continuación, se enumeran las diferentes actividades que se desarrollaran:

Elaboró: Sindy Julieth Sánchez, María Camila Marín, Milena Useche Velásquez – Referentes Técnicos Entorno Hogar /Revisó: Marcela Martínez Contreras - Subdirectora de Acciones Colectivas, Diana Sofía Ríos Oliveros - Subdirectora de Determinantes en Salud. Diana Marcela Walteros – Subdirectora de Vigilancia en Salud Pública y Claudia Milena Cuéllar Segura - Subdirectora en Gestión y Evaluación de Políticas en Salud Pública / Aprobó: Patricia Eugenia Molano – Directora de Acciones Colectivas y María Belén Jaimes - Directora de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva.

Momento 1:

- Recorrido en las Unidades de protección integral (UPI) la Rioja, la Florida, el Parque Nacional, Albergue el Buen Samaritano y Pagadiarios de manera diaria con el fin de identificar familias o personas nuevas dentro de las mismas e identificar los riesgos en salud de las personas que allí permanecen.
- Realizar toma de signos vitales, toma de medidas antropométricas y clasificación nutricional de acuerdo con la resolución 2465 de 2016 a la totalidad de las personas identificadas durante los recorridos que se realizan en los cinco puntos donde se ubica la población, haciendo uso de los indicadores trazadores (para niños y niñas menores de 5 años: peso para la talla y talla para la edad) y del aplicativo ANTHRO PLUS/ ANTHRO CAL registrando adecuadamente el Z-SCORE en la matriz de reporte.
- En caso de que las personas valoradas presenten signos de alarma serán derivadas de la siguiente manera:

    - -niños y niñas entre 3 meses y 5 años que presenten algún signo de alarma o sintomatología de Enfermedad Diarreica Aguda e Infección Respiratoria Aguda y requieran de una valoración por la Unidad de Atención Integral Comunitaria (UAIC), en los puntos donde se encuentre está, a saber: El Buen Samaritano y en las UPIs La Rioja y La Florida. Para el Parque Nacional se dirigirá a la población antes mencionada a la Unidad Móvil (ambulancia) que se encuentra las 24 horas y los 7 días de la semana a las afueras de este lugar.
    - -Menores de 3 meses de edad se deben remitir directamente a la Unidad Móvil (ambulancia) que se encuentra en cada uno de los puntos.
    - - Población mayor de 5 años con signos de alarma que requieran valoración de manera prioritaria serán remitidos a la unidad móvil (ambulancia) que se encuentre disponible en cada punto.
    - -Población general sin signos de alarma, pero que requieran de valoración individual de acuerdo al curso de vida, serán derivados para atención la atención por los Equipos de Atención en Casa bajo la modalidad de conglomerado.

Nota: Las UAIC disponen de auxiliares de enfermería, médicos o enfermeras pertenecientes a los Equipos de Atención en Casa, quienes realizan valoración integral, manejo de sintomatología y activación de la ruta 123 en caso de ser necesario. Ahora bien, es importante aclarar que, los insumos que allí se requieran son suministrados por gestión del riesgo.

- Por parte de la profesional en enfermería se realizará seguimiento a las prioridades evidenciadas acorde al riesgo identificado en el primer acercamiento, con especial énfasis en:

- Seguimiento al alta del recién nacido con las siguientes frecuencias: 1. Valoración estado de egreso, Valoración a los 3 días (verificar y gestionar la consulta recién nacido), seguimiento a la Semana, y seguimiento a los 15 días.
- Articulación diaria con el Equipo de Atención en Casa, con el fin de realizar la entrega de las personas valoradas por el entorno hogar y que requieren valoración por la UAIC, para ser ubicados durante los recorridos diarios y apuntar al seguimiento riguroso de los casos priorizados durante los siguientes 3 días de la valoración inicial. Este proceso debe surtirse con calidad y oportunidad, garantizando la articulación con los demás equipos que ingresan a las UPI o albergues, y será consignado por reporte diario embera, dispuesto en DRIVE distrital.
- Cuando se identifiquen niños y niñas con desnutrición aguda o con signos de alarma, se deberá gestionar la remisión inmediata a la red de prestación de servicios de salud más cercana a través del traslado en ambulancia dispuesta en el lugar o llamando a la línea 123. Además, deberán reportar los casos de forma inmediata a los/as referentes distritales, informando el número de identificación del niño o niña, las acciones realizadas y el seguimiento adelantado a la verificación de la recepción del niño y su acudiente en la Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- A cada uno de los niños y niñas con desnutrición aguda remitidos a la red de prestación de servicios más cercana se les hará seguimiento diario respecto a su evolución (a través de la historia clínica o en el lugar de atención intrahospitalaria) y al proceso de comunicación y traducción de las recomendaciones médicas intrahospitalarias dadas por el personal médico a la familia del niño o niña, apoyándose con el técnico en salud. Así mismo, el profesional social realizará seguimiento a las novedades que lleve a cabo el área de trabajo social de la

IPS ante el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Los seguimientos serán reportados en la base de hospitalizados cumpliendo con los estándares de calidad y oportunidad.

- Al egreso hospitalario de los niños y niñas con desnutrición aguda, se deberá realizar acompañamiento a la familia con respecto a las recomendaciones médicas, ordenes de controles médicos, exámenes de laboratorio, tratamiento nutricional, entre otros, suministrados por la IPS que prestó la atención a los/as menores. En ese sentido, ante cualquier barrera en la atención en salud o entrega de tratamiento nutricional, se deberá gestionar la eliminación de las barreras y realizar reporte de la situación y acciones adelantadas a las referentes distritales (LLpava@saludcapital.gov.co y espaciovivienda@saludcapital.gov.co). Los seguimientos a los niños y niñas con desnutrición aguda y egreso hospitalario se deberán realizar a diario, verificando la asistencia a las consultas de control y consumo del tratamiento nutricional. Cualquier novedad debe ser reportada a las referentes distritales, así como a ICBF en el caso de identificar vulneración de los derechos de los niños y las niñas. En los casos de niños y niñas con desnutrición aguda que quedan bajo disposición del Centro Zonal de ICBF, se deberá informar a las referentes distritales para poder realizar seguimiento al proceso de restablecimiento de derechos por parte de la entidad competente. Así mismo, se deberá informar cuando el niño o niña retorne a la UPI o albergue.

Adicional se realizará seguimiento a las siguientes prioridades acorde el riesgo identificado:

- Mujeres gestantes y mujeres en periodo de puerperio.
- Personas con Enfermedades transmisibles (VIH, Sífilis, Tuberculosis, Malaria, Hepatitis, Sarampión y las demás que se presenten)

- Supervisión a la adherencia de tratamiento farmacológico, en especial Desnutrición Aguda, Infección Respiratoria Aguda y Enfermedades Transmisibles.

Por parte de la auxiliar de enfermería se realizará el respectivo seguimiento a las siguientes prioridades:

- Personas con condiciones crónicas no transmisibles.
- Personas con Discapacidad.
- Población general con alguna necesidad en salud identificada.
- Menores de 5 años con riesgo de desnutricion

- Brindar atenciones desde la medicina ancestral por parte de los jaibanás y parteras en los puntos donde se tenga contratados dichos perfiles, integrando la atención desde la medicina occidental y la medicina ancestral.
- Las actividades de promoción y prevención que están dirigidas a madres, padres y cuidadores de niños menores de 5 años con el objetivo de disminuir morbimortalidad por infección respiratoria y la enfermedad diarreica aguda deben ser basadas en los audios realizados en las 3 lenguas de la población Emberá, por lo tanto, estos deben darse a conocer a la comunidad de manera permanente. Así mismo, se debe hacer uso de las herramientas que se dispongan desde nivel central para los procesos de educación para la salud en la población.
- Supervisión a los traslados de las personas que sean movilizadas por la ruta de la salud a las IPS, de acuerdo con las consultas médicas programadas.
- Actualización permanente de la matriz dispuesta desde nivel central: Los profesionales y técnicos en salud retroalimentaran de manera diaria la información capturada en la matriz actualización de las condiciones de salud población Emberá, la cual debe ser cargada en el Drive Distrital de manera semanal, garantizando la totalidad de las personas valoradas durante la semana, por lo cual debe contar con un proceso de precrítica y validación.
- Reportar las novedades que se presenten en cada uno de los puntos.
- A través de un acta se diligenciarán las novedades en salud presentadas en la comunidad con relación a los traslados en unidad móvil (ambulancia) y los hallazgos o situaciones que sean relevantes.

Momento 2: Jornadas en salud

- Realizar acompañamiento, demanda inducida y remisión a usuarios que requieran atención por parte del perfil de medicina en el marco de las jornadas de salud que se adelantan en cada uno de los puntos, por parte de los Equipos de Atención en Casa y ambulatorios.
- Los gestores comunitarios apoyarán la gestión para la concertación de espacios en los cuales se establecerán diálogos entre los líderes de la comunidad y las instituciones. Además, facilitarán la comunicación (traducción) entre la comunidad y los equipos de salud, teniendo en cuenta sus características culturales.

2.11.3.2 Actividad 3. Seguimiento a hospitalizados y apoyo a la gestión sectorial e intersectorial

- Los gestores comunitarios tendrán como objetivo facilitar la comunicación (traducción) entre la comunidad y los equipos de salud, teniendo en cuenta sus características culturales. Así mismo, desde su saber propio contribuirán a las acciones de educación en temáticas de salud, así como el acompañamiento a citas médicas.
- Brindar atenciones desde la medicina ancestral por parte de los jaibanás y las parteras en las IPS en las que se encuentren las personas hospitalizadas. Es importante aclarar que, dichas atenciones se realizarán posterior al diálogo y concertación con las áreas administrativas de las IPS, estas deberán estar soportadas en listado de asistencia, si por la situación de salud de usuario no puede firmar, deberá firmar un testigo (familiar, personal de salud de la IPS, entre otros)

- Las profesionales sociales y técnicos en salud realizaran entre otras cosas:

    - El seguimiento a las personas hospitalizadas en las diferentes IPS del distrito y cargaran de manera diaria la información en la matriz de Hospitalizados, la cual debe ser consignada en el Drive Distrital de manera semanal, garantizando la totalidad de las personas valoradas durante la semana, por lo cual debe contar con proceso de precrítica y validación.
    - Búsqueda de información para la consolidación de directorio de Unidades de Servicios de Salud, Trabajo social y respuesta sectorial e intersectorial, la cual será actualizada de manera quincenal.
    - Trámites relacionados con la entrega de medicamentos y autorización de ordenes médicas. Además, cargará la información de los casos a los cuales se les hizo seguimiento en gestión de barreras de acceso y atención a demanda.
    - Acciones de sensibilización y articulación con actores que estén involucrados en la garantía del derecho a la atención en salud de la población, logrando la resolución de las diferentes barreras de acceso y atención para con la población.

- Notificar al equipo los egresos hospitalarios y aspectos relevantes para el respectivo seguimiento postegreso.
- Generarán procesos de diálogo y concertación para que las personas hospitalizadas reciban atención diferencial en las IPS donde se encuentren remitidos por parte de los perfiles con enfoque étnico diferencial.
- Las actividades de promoción y prevención que están dirigidas a madres, padres y cuidadores de niños menores de 5 años con el objetivo de disminuir morbimortalidad por infección respiratoria y la enfermedad diarreica aguda deben ser basado en los audios realizados en las 3 lenguas de la población Emberá, por lo tanto, estos deben darse a conocer a la comunidad de manera permanente, involucrando lideres y mayores de la comunidad, para favorecer el arraigo a estas temáticas. Asimismo, hacer uso de las herramientas que se dispongan desde nivel central para los procesos de educación para la salud en la población.
- Participación en las mesas de salud establecidas, según la concertación y delegación que se dé con los líderes indígenas Emberá y las instituciones, en las Unidades de Protección Integral y el Parque Nacional. En caso de que se realice la apertura de estás en los demás puntos se tendrá que realizar la debida participación.

Aspectos a considerar:

Mientras esta población se encuentre en las condiciones de contingencia y vulnerabilidad, la respuesta del equipo estará enmarcada en las acciones definidas en el plan de atención a la contingencia (según definición de PMU o distrito). El equipo debe estar en la disponibilidad para atender los casos emergentes que se presenten en los puntos mencionados, teniendo en cuenta que estos podrán ser remitidos por instituciones del Distrito o la Nación.

El equipo hará un informe ejecutivo de las situaciones más relevantes que se presenten en los cinco puntos donde se ubica la población Indígena Emberá, así como de los hallazgos y acciones realizadas en las situaciones emergentes que se puedan presentar en las familias étnicas para prestar apoyo, los cuales pueden ser remitidos por la SDS, Hospitales o instituciones. Estos informes deben ser enviados via correo electrónico a los referentes distritales de población indígena y entorno cuidador

hogar (politicaslocal@saludcapital.gov.co, espaciovivienda@saludcapital.gov.co Jc1rojas@saludcapital.gov.co) a las 72 horas posterior a la intervención realizada o según prioridad en los tiempos establecidos por la Secretaría Distrital de Salud, utilizando el formato establecido.

En caso de que la situación de contingencia temporal de la población indígena Emberá cambie o se movilicen a sus territorios, desde la Secretaría Distrital de Salud, se definirá el accionar del equipo en respuesta a otras situaciones que lo ameriten y que estén directamente dirigidas a la atención de población con pertenecía étnica, el cual estará definido en un plan de atención.

NOTA: En caso de que se presente alguna situación que ponga en riesgo la vida y la integridad física, psicológica y/o emocional del personal de salud se deberá soportar a través de acta, material fotográfico o video la situación.

Tabla resumen del producto:

Nombre de la actividad	***Periodicidad***	***Perfiles del talento humano****	***Entregables***
Planeación, seguimiento y fortalecimiento técnico.	mensualmente	Profesionales Universitario 2 (Operativo), Enfermera-Médico, trabajador social-psicología o de las ciencias sociales Técnicos 1: Auxiliar de Enfermería Gestores comunitarios	- Plan de acción con el cronograma publicado una vez se de inicio a las actividades en la plataforma Google drive, habilitada desde nivel central, y el seguimiento mensual que deberá ser publicado en los primeros 7 días hábiles de cada mes. -Soportes de participación en espacios de fortalecimiento de capacidades. (acta y listado de asistencia). -Soportes de participación en espacios propios, tales como: armonización, purificación (acta y/o registro fotográfico).
Identificación de riesgos en salud	Mensualmente y/o acorde a las dinámicas de la población.	Profesionales Universitario 2 (Operativo), Enfermera-Médico, trabajador social-	-Matriz de actualización condiciones de salud población Emberá, cargada en el Drive Distrital de manera semanal. -Matriz reporte diario articulación con Equipos de Atención en Casa en cada uno de los puntos cargado en el Drive Distrital con registro diario

		psicología o de las ciencias sociales Técnicos 1: Auxiliar de Enfermería Gestores comunitarios	acorde a las prioridades identificadas en el recorrido. - Acta de novedades en los diferentes puntos en caso de presentarse. -Soportes de atenciones desde la medicina ancestral por jaibanas y partería (listado de asistencia propio de la subred, con variables acorde a la población).
Seguimiento a hospitalizados y apoyo a la gestión sectorial e intersectorial	Mensualmente y/o acorde las dinámicas o demandas de la operación.	Profesionales Universitario 2 (Operativo), Enfermera-Médico, trabajador social-psicología o de las ciencias sociales Técnicos 1: Auxiliar de Enfermería Gestores comunitarios	-Matriz de seguimiento población Hospitalizada cargada en el Drive Distrital de manera semanal. - Matriz de seguimiento en gestión de barreras de acceso y atención cargada en el Drive Distrital de manera mensual. -Directorio Unidades de Servicios de Salud, Trabajo social y enlaces intersectoriales, cargado en Drive Distrital de manera mensual. - informe bimensual abordaje étnico comunidades indígenas-Emberá, cargado en DRIVE distrital los primeros 7 días hábiles del mes siguiente al periodo reportado. (a cargo de todo el equipo) -Informe ejecutivo de situaciones emergentes en caso de presentarse, enviarlos a los correos relacionados en aspectos a considerar. (a cargo de todo el equipo) -Soportes de atenciones desde la medicina ancestral por jaibanas y partería (listado de asistencia propio de la subred, con variables acorde a la población). -Acta de participación en mesas de salud en caso de que se asigne algún representante del equipo.

2.6. Producto 104 GESTIÓN DEL RIESGO EN FAMILIAS INDÍGENAS WOUNAAN UBICADOS EN CENTROS TRANSITORIOS - SUBRED SUR

La nación Wounaan de la comunidad Baud Mos desde hace más de cinco siglos, vive en los límites de los departamentos del Choco y Valle del cauca. En los resguardos Indígena Wounaan habitan en confinamiento por los grupos al margen de la ley.

Inicialmente en el año 2000, fue forzado violentamente a desplazarse algunas familias de los resguardos papayo, unión basalito, tapara litó, chachajo, puerto Piza río, san Antonio de Togo roma quebrada del municipio litoral del san juan del departamento del choco, por los grupos Almargen de la ley.

Actualmente, las familias Wounaan habitan en la ciudad de Bogotá D.C, en la localidad ciudad Bolívar, barrio Vista Hermosa, debido al desplazamiento forzado, por lo cual están incluidos en el registro único de víctimas desde el 22 de agosto de 2003

MAACH OOG NUUN KHUUN WOUNAAN DEEN - Medicina Ancestral Wounaan

La medicina ancestral y Salud Propia de esta comunidad, está ligada a la memoria de sus ancestros y se trasmite de generación a generación a través de los(as) abuelos(as), mayores(as), sabedores(as), etc. En ese sentido, los conocimientos de la comunidad se encaminan a la existencia y al poder de espíritus del bien y del mal "Dosãt" que habitan este y otros mundos de la cosmovisión propia.

En este sentido se busca, por medio de este equipo realizar acciones en salud con la comunidad Wounaan Baud Mos basadas en Atención primaria en salud, con enfoque étnico diferencial, teniendo en cuenta los Usos y Costumbres de Medicina Ancestral y Partería Propios. Esto, en el marco del Modelo Territorial de Salud.

Perfiles con enfoque desde la medicina ancestral:

Benkh~~uu~~n "medico tradicional":

Es importante reconocer la historia que gira en torno a la ley de origen de la medicina ancestral del pueblo Wounaan, en donde se reconoce que algunas personas del pueblo, luego de un duelo entre

el diablo (Mepeer) y Ẽwãndam “Dios, del cual resulto victorioso Ẽwãndam, recibieron el poder de curar y enfermar. A esto se le llama “Benkh~~uu~~n”, quien, en compañía de otros sabedores, tales como: tongueros o pildeceros, hierbateros, parteras, sobanderos, sabedores(as) y Pa Akhaar “Espiritualistas” curan con “Consejo”.

El “Benkh~~uu~~n” se establece como una figura dentro de la comunidad que conoce y sabe utilizar distintos saberes en el plano físico y espiritual, aprende y recibe el poder de controlar los espíritus del bien y el mal, así mismo salvaguardan los saberes ancestrales en el contexto urbano y llevan el legado de la medicina ancestral; se le atribuye una relación estrecha con la naturaleza y el territorio de origen.

CHAAIN J~~UU~~RKHA JEEM KH~~UU~~N- Partería tradicional:

Desde la ley de origen de la nación Wounaan, comunidad Bau Mos, se concibe a la mujer partera como la experta para brindar cuidados a otras mujeres durante la gestación, el parto, el nacimiento y el posparto de los y las niños y niñas de la comunidad. En ese sentido, a través de las plantas medicinales la partera realiza atención, acompañamiento, cuidados corporales y espirituales, basada en los usos y costumbres propios, a las mujeres en estado de gestación, el recién nacido y los niños y niñas menores de 5 años; aportando a la pervivencia de la comunidad en el contexto de ciudad.

En tal sentido, el cuidado desde la medicina ancestral se materializa a través del uso de las plantas medicinales, preparaciones propias y el conocimiento heredado por los ancestros para el mantenimiento de un equilibrio y armonía en el ser físico y espiritual.

2.12.1 Unidad de medida

Avance mensual del plan de acción

2.12.2 Forma de reporte de ejecución del producto

Comprende el seguimiento a las acciones desarrolladas con la población indígena Wounaan baud mos, durante el periodo del convenio por parte de la subred Sur.

Para la ejecución de las actividades del producto, se cuenta con un equipo conformado por Técnico en salud, partera y Benkh~~uu~~n "medico tradicional, los cuales cuentan con pertenencia étnica y son propuestos por las autoridades de la comunidad.

2.12.3. Detalle de las actividades

2.12.1.1 Actividad 1. Identificación de desarmonías y riesgos en salud en las familias de la comunidad.

Esta actividad integra las acciones a desarrollar con las familias de la comunidad Indígena Wounaan baud mos, las cuales buscan promover el acceso de sus integrantes a los servicios de salud, en el marco de las Rutas Integrales de Atención, armonizando las líneas operativas del Modelo de Atención en Salud, por medio de la identificación de riesgos, alertas y desarmonías en salud, así mismo fortalecer procesos de cuidado que aporten a mejorar condiciones de vida y mitigar riesgos en salud, a través de acciones promocionales y preventivas, canalización a rutas integrales de atención en salud o sociales y seguimiento a casos.

Momento 1: Dialogo y concertación con autoridades

El equipo gestionará un primer espacio con la instancia representativa de la comunidad para socializar las actividades a proyectar durante la vigencia, en diálogo y concertación, generar la identificación y priorización de familias sujetas de abordaje, construcción del Plan de acción y definición de acciones comunitarias; esta se desarrollará solo al inicio de cada vigencia e inicio de adición, si se presenta.

Dentro de las familias a priorizar se tendrá mayor énfasis en familias con:

- Niños y niñas menores de 5 años.
- Mujeres gestantes.
- Personas con condiciones crónicas no transmisibles.
- Personas con enfermedades transmisibles (tuberculosis, VIH, Sífilis, entre otras).
- Personas con discapacidad.

- Personas con desarmonías y/o priorizadas por las autoridades, por la presencia de riesgos que afecten la salud.

Momento 2: Abordaje familiar para la identificación de desarmonías y riesgos en salud

Acorde al proceso de priorización de las familias, realizada junto con la autoridad representativa de la comunidad, acorde a censo poblacional propio de la comunidad, se iniciará la búsqueda y abordaje de estas, con las cuales se generarán de las siguientes acciones:

- Identificación de los integrantes de la familia y registro en el documento establecido para ello.
- Toma medidas antropométricas y toma signos vitales por parte del técnico en salud para identificar posibles factores, alertas o situaciones que pongan en riesgo la salud de las familias.
- Abordar desde la medicina ancestral y la partería a los integrantes de las familias, en el marco del fortalecimiento de sus usos y costumbres, con el fin de identificar posibles desarmonías.
- Establecer el plan de cuidado en salud propia e intercultural a ejecutar concertado con las familias abordadas, acorde a los riesgos, necesidades y desarmonías identificadas, por medio del fortalecimiento de acciones de cuidado familiar desde los usos y costumbres del pueblo Wounaan, comunidad Baud Mos Para ello, es necesario que el equipo adelante un proceso reflexivo para la construcción del plan de cuidado en salud.

Momento 3: Seguimiento a las desarmonías y riesgos en salud

- Realizar atenciones a las desarmonías identificadas por el Benkh~~uu~~n y Partera, a partir de los saberes propios (armonizaciones, rituales, cantos, danza, entre otros), estas se condicionan a la evolución de la desarmonía y de la persona e incluye la preparación de medicina ancestral y tratamientos propios.
- Realizar acciones de Wawia – Consejo mayor a los integrantes de la comunidad Wounaan Baud Mos, lo cual bajo la concepción ancestral es todo aquello que influye de manera positiva en la salud mental de los individuos y la comunidad.

- Orientar etapas de preconcepción, concepción, gestación, parto y postparto.
- Aplicar la partería tradicional indígena según necesidades de atención de mujeres y familias priorizadas (abordaje en la gestación, preparación espiritual y física, masajes y sobos corporales, cierre de dietas, desequilibrios de menstruación, etc.)
- Intercambio de saberes con las familias para el fortalecimiento y pervivencia de las prácticas culturales según la cosmovisión Wounaan baud mos, para contribuir a la armonía de la ley de origen de la comunidad.
- Realizar monitoreo y seguimiento de las condiciones de salud de los integrantes de las familias indígenas Wounaan Baud Mos, en el Marco del Modelo Territorial de Salud.
- Realizar acciones de promoción y prevención de las enfermedades incorporando temas desde la medicina occidental y medicina ancestral, acorde a los usos y costumbres de la comunidad.
- Educación en salud, que permita la articulación con la medicina ancestral (uso de medicamentos, tratamientos, prioridades en salud según curso de vida).
- Identificar barreras de acceso a los servicios de salud, en cualquiera de los regímenes de atención en articulación con las diferentes áreas de la Secretaría de Salud (Servicio a la Ciudadanía o Garantía del aseguramiento).
- Realizar canalización a rutas integrales de atención en salud o sociales, estas a cargo del técnico en salud.

Momento 4: cierre familiar/ rogativa Ẽwãndam y espiritual

- El equipo deberá realizar el registro del cumplimiento a los objetivos trazados, con el fin de determinar la finalización del abordaje a la familia o su continuación. Dicho balance se registrará en el formato de identificación familiar Wounaan baud mos, cumplimiento a compromisos y se deberá registrar la fecha del cierre familiar.

Nota: La periodicidad del abordaje familiar será establecido por el equipo acorde a los riesgos identificados y/o desarmonías presentadas, basados en el tipo de atención requerido desde la medicina ancestral. Si superan 6 meses de abordaje, se deberá realizar la respectiva validación de la pertinencia en la continuidad del abordaje con el profesional de apoyo.

Todas las sesiones desarrolladas como parte de la identificación, seguimiento y cierre deberán ser registradas en los formatos de identificación familiar y formato de seguimiento a familias Wounaan baud mos; para el campo de observaciones, deberán registrar de manera explícita el desarrollo de las actividades desde la medicina ancestral/partería, relacionando el uso de insumos de medicina ancestral a los que haya lugar. Estos formatos estarán a cargo del técnico en salud.

Nota: Se precisa que los casos que son derivados a Equipos de Atención en Casa, no requieren ser gestionados por el módulo de canalizaciones del SIRC, a menos que se trate de una ruta diferente a los criterios establecidos para dichas derivaciones, dado que se duplicaría la gestión y esfuerzos de diferentes actores del sistema para la respuesta que ya estaría dada por EAC; sin embargo, en caso de no contar con la oferta de atención extramural para el desarrollo de las atenciones individuales por parte de los Equipos de Atención en Casa, se deberá adelantar la derivación del 100% de los casos a la EAPB correspondiente a través del módulo SIRC, o la asignación de citas en los casos de población capitada con la subred.

2.12.1.1 Actividad 2. Acciones propias desde los Saberes Ancestrales (Medicina Ancestral y Partería)

Involucra todas aquellas acciones desarrolladas con comunidad e individuos, llevados a cabo en espacios propios del cabildo, enmarcados en los Saberes Ancestrales Indígenas (medicina ancestral y partería), enfocados en la atención a desarmonías tanto individuales como colectivas, por medio del uso de medicina ancestral y materializado con armonizaciones, rituales, cantos, danza, entre otros.

A continuación, se describen algunas actividades a desarrollar desde la medicina ancestral y partería:

- Tratamiento de enfermedades propias desde los saberes ancestrales: medicina ancestral según las necesidades de atención de las personas priorizadas (desarmonías).
- Realizar acciones de Wawia – Consejo mayor a los integrantes de la comunidad Wounaan Baud Mos.

- Acompañamiento tradicional a mujeres indígenas en atención desde la medicina occidental en las instituciones prestadoras de servicios de salud.
- Transmisión de saberes y conocimientos propios de usos y costumbres en salud de la comunidad.
- Propiciar el diálogo de saberes para el intercambio del conocimiento del cuidado de la mujer gestante y de su familia desde los usos y costumbres propios, como aporte a la comprensión de la comunidad.
- Gestión, información y orientación de casos de barreras de aseguramiento y/o acceso a salud a cargo del técnico en salud.
- Realizar canalización a rutas integrales de atención en salud o sociales, estas a cargo del técnico en salud.

Articulación con auxiliar de Enfermería con enfoque étnico- Equipos de atención en casa:

- Generar dos encuentros al mes entre el equipo y el técnico en salud de equipos de atención en casa con pertenencia étnica, con el fin de posicionar necesidades de la comunidad relacionadas con la atención de tipo individual, describiendo datos generales de las personas sujeto al abordaje. Estas estarán sujetas a las dinámicas y operación propia de equipos de atención en casa y a la información a los lideres operativos.

Tabla resumen del producto:

Nombre de la actividad	***Periodicidad***	***Perfiles del talento humano****	***Entregables***
Identificación de desarmonías y riesgos en salud en las familias de la comunidad.	mensualmente acorde a la necesidad y/o concertación	Técnico 1; (en áreas de la salud) Gestores comunitarios	- Plan de acción con el cronograma publicado una vez se de inicio a las actividades en la plataforma Google drive, habilitada desde nivel central, y el seguimiento mensual que deberá ser publicado en los primeros 7 días hábiles de cada mes. -Acta de dialogo y concertación de acción con autoridad representativa al inicio de la vigencia y/o adición en caso de presentarse.

			-Listado de familias priorizadas juntamente con autoridad representativa al inicio del convenio. -Formato de identificación familiar wounaan baud mos. -Formato de seguimiento a familias wounaan baud mos -Formato de canalización de rutas integrales de atención en salud o sociales.
Acciones propias desde los Saberes Ancestrales (Medicina Ancestral y Partería)	mensualmente acorde a necesidad y/o concertación	Técnico 1; (en áreas de la salud) Gestores comunitarios	Plan de acción con el cronograma publicado una vez se de inicio a las actividades en la plataforma Google drive, habilitada desde nivel central, y el seguimiento mensual que deberá ser publicado en los primeros 7 días hábiles de cada mes. -Formato de bitácora para los espacios comunitarios y atenciones individuales junto con listado de asistencia propio de la subred, diligenciado acorde a la población abordada. -Acta de espacios con autoridades comunitarias acorde a demanda y/o concertación. - informe bimensual abordaje étnico comunidades indígenas-Wounaan, cargado en DRIVE distrital los primeros 7 días del mes siguiente al periodo reportado -Actas de articulación con equipos de atención en casa, acorde a programación y dinamicas de la operación.

ABORDAJE DIFERENCIAL A FAMILIAS PALENQUERAS DESDE LA ESTRATEGIA KILUMBA

Se reconoce a la comunidad palenquera como aquella procedente de san basilio de palenque, ubicada en el corregimiento de Mahates, del departamento de Bolívar, los cuales por años han migrado de su territorio por diferentes factores sociales y económicos a la ciudad de Bogotá DC.

La atención diferencial de dicha comunidad debe partir del reconocimiento del acervo cultural que identifica y reconoce a este pueblo como bien de interés cultural nacional de Colombia y también obra maestra del patrimonio oral e inmaterial de la humanidad [3]. En el marco de la atención con enfoque étnico diferencial a la comunidad, se establece el termino de Kilumba como aquel lugar de encuentro destinado para el fortalecimiento de las practicas, usos y costumbres bajo la cosmovisión propia de la comunidad, reconociendo la medicina tradicional palenquera, como una práctica propia de la población residente en Bogotá.

La estrategia de atención en salud palenquera kilumba, desarrollará acciones a nivel distrital en el marco de tres productos, el primero estará direccionado a un abordaje familiar, por medio de la cual se busca identificar factores de riesgo en salud en las familias y sus integrantes, establecer planes de cuidado familiar y generar estrategias que permitan adopción de acciones de autocuidado y preservación de la salud; seguido de las acciones colectivas las cuales tienen como objetivo gestar escenarios grupales que promuevan y refuercen aspectos de dialogo, educación en salud en materia ambiental y finalmente acciones propias de medicina ancestral, las cuales desde las practicas, saberes, usos y costumbres tradicionales de la población Palenquera, buscan conservar un equilibrio y armonía en las personas Palenqueras.

*El desarrollo de los productos estará a cargo de un equipo interdisciplinario presentado a la subred Integrada de servicios de salud Sur Occidente para la respectiva contratación, previo aval por parte de la comunidad étnica tras la verificación de cumplimiento de las siguientes características:

-Pertenencia Étnica Palenquera certificada por su comunidad

-Conocimiento de la ciudad, lengua, y cultura de la población

-Experiencia de trabajo comunitario, con énfasis en temas de salud

-El perfil de medicina ancestral presentara un aval que da cuenta del conocimiento como sabedor, medico ancestral, partera o comadrona por su instancia representativa

A continuación, se relacionan algunas de las acciones y roles que tendrán cada uno de los perfiles, contemplando las acciones, comunitarias e individuales

Enfermería: líder del equipo, que coordina y gestiona los procesos administrativos; además, acompañará continuamente el ejercicio de las practicas ancestrales, potenciando las intervenciones según las estrategias educación entorno a los cuidados y promoción de la salud.

-Activación de rutas comunitarias, sectoriales e intersectoriales según las situaciones en salud o sociales que se presenten
-Realiza seguimiento y acompañamiento de las condiciones de salud priorizadas a otros casos de la comunidad, y de la adherencia a las rutas de promoción y mantenimiento de la salud acorde a ciclo vital de cada persona abordada.

Sabedor(a): realizarán las acciones pertinentes orientadas en la atención desde los saberes, usos y costumbres propias de la población palenquera, definirá los contenidos a desarrollar en materia de medicina ancestral, así como definir los insumos de medicina ancestral que se requieran en cada sesión, su preparación y uso.

Técnico ambiental: promoverá los entornos ambientalmente saludables y del mismo modo apoyará la intervención frente a la contextualización y socialización del objetivo de la estrategia. Asimismo, apoyará los procesos administrativos de estos escenarios.

Gestor comunitario: encargado de convocar de manera masiva a la población y/o familias, así como, realizar la identificación y acompañamiento en la oferta de servicios distritales, con el fin de fortalecer los canales directos de comunicación con los actores estratégicos (sectores-comunidad y líderes)

2.7. Producto 105. PLAN DE CUIDADO FAMILIAR DIFERENCIAL EN FAMILIAS ÉTNICAS, PALENQUERAS.

2.7.1 Unidad de medida

Sesión de abordaje familiar – familias palenqueras

2.7.2 Forma de reporte de ejecución del producto

Contempla el abordaje mensual a las familias, con plan de cuidado familiar con enfoque diferencial, incluyendo caracterización, implementación y cierre del plan de cuidado familiar.

Se realiza reporte de una unidad al completar el ingreso de todos los perfiles a la familia, en el caso de la caracterización familiar y cierre del plan de cuidado familiar podrán ingresar los 4 perfiles en el mismo momento; en las implementaciones familiares ingresarán en bina acorde a la organización del equipo, en caso de que por dinámicas de las familias soliciten un solo ingreso mensual deberá estar soportado en la implementación del plan de cuidado.

2.7.3 Detalle de las actividades:

2.7.3.1 Actividad 1. Plan de Cuidado Diferencial en Familias Palenqueras

Esta actividad integra las acciones a desarrollar con las familias Palenqueras, las cuales buscan fortalecer procesos de cuidado, que aporten a mejorar condiciones de vida y mitigar riesgos en salud, a través de acciones promocionales desde la cosmovisión palenquera y acciones preventivas aplicadas en los usos y costumbres de la cultura, identificación de riesgos y alertas, canalización a rutas integrales de atención en salud o sociales y seguimiento a casos de personas, quienes por tener el criterio étnico obedecen a una priorización, así como el seguimiento a personas con achake (enfermedad) propias de la comunidad como mal de ojo, pujo, vientos entre otros, los cuales puedan ser abordados integrando la medicina tradicional.

La periodicidad en las intervenciones de cada familia dependerá del plan de cuidado concertado según dinámicas y necesidades, que se desarrollará en tres meses, con mínimo 1 ingreso mensual; si después de 3 meses de abordaje, la familia persiste con riesgo o alerta, ya sea desde la medicina tradicional u occidental, el tiempo podrá ampliarse, siempre y cuando sean factores que puedan ser impactados por medio del abordaje del equipo.

Momento 1: Focalización e identificación familiar, estaría liderado por el gestor comunitario, acorde al listado, planilla o tabla de usuarios, realiza un proceso de ubicación, socialización de la estrategia y concertación para el abordaje.

Momento 2: Lectura de necesidades en salud integral (achakes):

En cuanto a la lectura de necesidades en salud integral, se pretende identificar las principales necesidades en salud y socioambientales de la familia y del individuo, mediante el diálogo de saberes, entendiendo este como el proceso reflexivo, de confianza y de respeto frente a la escucha asertiva del otro, dentro de la cosmovisión y cosmogonía de la comunidad palenquera, la cual se realizará en la vivienda familiar, por parte del equipo interdisciplinario de manera integral y basados en lo conocimientos propios del perfil sabedor frente a la presencia de achakes o situaciones de salud desde la medicina occidental.

La intervención para las familias palenqueras contemplara inicialmente el tamizaje de APGAR familiar para todas las familias abordadas, predicción del riesgo cardiovascular - AMR B de la OMS, tamizaje FINDRISC a todas las personas con condición crónica a excepción de personas con diabetes, escala abreviada para identificación de personas con EPOC a personas mayores de 40 años, los resultados que arrojen deberán ser registrados en el módulo correspondiente del aplicativo en línea.

Se deberá conocer las particularidades y tener la capacidad de explorar:

- Identificar a las personas que conforman la familia, factores protectores y factores de riesgo frente a desenlaces en salud.
- Identificar riesgos en salud ambiental conforme al formato correspondiente el cual se encuentra anexo en la caja de herramientas
- Identificar necesidades para la canalización a rutas sectoriales e intersectoriales, (proceso a articular con gestión de programas y eventos de interés en salud pública y gestión de políticas), según el evento. (Utilizar el formato de canalización el cual se encuentra anexo en la caja de herramientas)
- Realizar notificación a los subsistemas de vigilancia correspondiente, del 100% de los casos que cumplan con criterio, dentro de los cuales se encuentran los casos de violencia al Subsistema de Vigilancia de Violencia Infantil y Maltrato Intrafamiliar (SIVIM), los casos de conducta suicida al Subsistema de Vigilancia de Conducta Suicida (SISVECOS).

- Reconocer prácticas de autocuidado de la salud a nivel individual y de cuidado familiar colectivo reconociendo prácticas propias.
- Rescatar potencialidades y factores protectores de la familia y comunidad.
- Explorar habilidades, conocimientos, experiencias, valores, tradiciones, visiones del mundo respecto al cuidado de la salud, desde su contexto y cultura.
- Realimentar los hallazgos que el equipo identifica de manera inicial de acuerdo con la caracterización social y ambiental, contrastándolos con lo que la familia percibe de sí misma.

Es importante utilizar el formato de carta de compromiso como aceptación o disentimiento a acceder a las visitas que se realizan desde la estrategia de abordaje étnico diferencial.

Para el proceso de caracterización social y ambiental será clave la participación de todos los perfiles que conforman el equipo junto con el apoyo del gestor comunitario, con el fin de identificar necesidades presentes en la familia y así mismo poder establecer pertinencia de cada uno de los perfiles para la concertación y seguimiento del plan de cuidado familiar y en caso de identificarse necesidades de gestión y/o movilización y así poder dar respuesta inicial por medio del gestor comunitario. Para este proceso, se realizará el registro de la información correspondiente, en un aplicativo en línea al cual accede cada uno de los perfiles del entorno con un usuario y contraseña personal; este aplicativo, se encuentra organizado con diferentes módulos que se encuentran dispuestos en cascada, iniciando con la asignación de casos.
En el momento en que cada profesional hace el ingreso al aplicativo, logra visualizar los casos asignados y en cada uno de ellos puede hacer el registro de la efectividad de la intervención, así como la creación de las familias abordadas, los integrantes de cada una de ellas, y los registros propios de la caracterización y plan de cuidado familiar realizados *(Ver caja de herramientas; Manual de usuario Hogar Plan de Cuidado Familiar*).

Momento 3: Concertación del Plan de Cuidado Familiar. Durante y después de la caracterización familiar, el equipo debe identificar los principales aspectos a trabajar de manera concertada con la familia, para la mitigación de riesgos en salud y el fortalecimiento de pautas de cuidado y estilos de vida saludable acorde a las necesidades. Deberá realizar un proceso reflexivo en el cual se identifiquen los riesgos en salud y vulnerabilidades, permitiendo la construcción del plan familiar el cual contemplará como prioridad la Estrategia Cuidado Salud de la Medicina Ancestral con sus respectivas acciones diferenciales.

Es importante que el talento humano con pertenencia étnica potencialice el uso de los recursos y ayudas materiales pedagógicas dadas a las familias desde un enfoque diferencial, así como espacios en la vivienda, horarios y prácticas comunitarias.

A partir de esto, se deberán definir acciones concretas a desarrollar con la familia de manera que se consoliden en compromisos, enfocados a la adopción de pautas de cuidado, la gestión familiar para la mitigación de riesgos y la participación de la familia en las actividades colectivas e individuales que se logren gestionar con los demás actores del sistema de salud. Aspectos que deben ser socializados y concertados con la familia para su implementación y se deberán consignar en el formato de concertación e implementación del plan de cuidado familiar.

A continuación, la descripción de los aspectos a tener en cuenta para el desarrollo de la actividad, que permitirá brindar mayor claridad en relación a las particularidades del abordaje de la población Palenquera:

- El proceso de caracterización debe contener los aportes para el abordaje equipo conformado por la profesional de enfermería, técnico ambiental, gestor comunitario y sabedor ancestral.
- La comunidad mantiene usos y costumbres.
- Cuentan con lengua propia "Palenquera"
- La operación del producto es a nivel distrital. Por tanto, la Subred Sur Occidente no podrá limitar la ejecución de las acciones en las localidades que no hacen parte de la Subred.

Momento 4: Implementación del Plan de Cuidado Diferencial en familias Palenqueras

Una vez concertado el plan de cuidado diferencial se da inicio a las acciones promocionales y de cuidado diferencial de acuerdo con sus patrones culturales, sociales y ambientales que hacen parte del contexto familiar; las cuales darán respuesta a los temas priorizados y concertados en concordancia con las estrategias diferenciales.

Todas las sesiones desarrolladas como parte de la implementación deberán ser registradas en el aplicativo en línea, plan de cuidado familiar dando respuesta a los compromisos acorde a las alertas en salud encontradas en la caracterización. En este momento, se hará entrega de un tablero de plan de cuidado en donde se consignarán todos aquellos compromisos concertados con los integrantes de la familia y sus avances en cada una de las visitas de seguimiento, así como el tablero de plan de cuidado de vivienda saludable El plan familiar debe incorporar acciones como:

• Compromisos de acciones que la familia puede y debe realizar en su vivienda para el manejo de los riesgos caracterizados.

• Acciones promocionales para la adopción de comportamiento y conductas para la salud desde practicas propias de salud y cuidado, donde se incluyan acciones preventivas en el hogar. De igual forma, las relacionadas con la ruta de promoción y mantenimiento de la salud y temáticas promocionales para una vida saludable y activa.

Como acciones clave, posterior a la identificación de riesgo y de la concertación del plan familiar, el equipo deberá realizar la canalización, notificación y seguimiento de todos los eventos de interés en salud pública, a partir del momento de la identificación se contará 24 horas para el reporte. De la misma manera, indicar dentro del plan familiar la anotación si la familia no permite realizar el proceso de canalización.

•Así mismo, debe notificar al equipo de gestión operativa, los casos que requieren asignación de cita y que desde el equipo de las subredes se puede agendar, dado que corresponde a población capitada con la que se puede viabilizar y agilizar el acceso a los servicios de salud requeridos

Realizar seguimiento a las variables y aspectos técnicos específicos para cada familia según su prioridad, estos deben ser diligenciados en el formato/base de datos de seguimiento familiar dispuesto para tal fin. Dicho registro se debe realizar rutinariamente, garantizando la completitud en la información, calidad técnica acorde a las características del caso y oportunidad en el reporte; aspectos que deberán ser revisados, validados por los profesionales de apoyo a la gestión operativa, así como consolidados y depurados por el técnico en sistemas que deberá tener el control de los casos remitidos y realimentados, guardando coherencia con las bases recibidas inicialmente.

Una vez validen que se ha dado cumplimiento a los compromisos, se llevará a cabo la evaluación final, con el fin de identificar el efecto real de la acción en la familia, a partir de los indicadores trazadores según la especificidad del evento o situación que generó el abordaje a través de plan familiar; para ello, se usara la información inicial (Caracterización en salud, social y ambiental) y se compara con una medición posterior, para evidenciar los cambios o transformaciones generados en ellas.

El equipo deberá realizar una construcción de contenido en pautas de autocuidado, cuidado y rutas para ser trasmitida a las familias y ser movilizados por los diferentes medios o espacios con las comunidades con enfoque étnico diferencial. Se espera que se realicen de manera práctica, sencilla y diferencial un nuevo contenido (piezas comunicativas) de los temas expuestos (Momento 1)

cercanos a los procesos de orientación hacia la dinámica de la población para garantizar la transmisión adecuada de los mensajes e información, estos deberán ser cargados en el Drive distrital dispuesto por referentes del entorno.

- Con el fin de poder realizar análisis de las acciones adelantadas por cada equipo, se establece elaboración de informe bimensual unificado por subred, para lo cual se debe hacer uso de la estructura dispuesta en la caja de herramientas del entorno.

Nota: Se precisa que los casos que son derivados a Equipos de Atención en Casa, no requieren ser gestionados por el módulo de canalizaciones del SIRC, a menos que se trate de una ruta diferente a los criterios establecidos para dichas derivaciones, dado que se duplicaría la gestión y esfuerzos de diferentes actores del sistema para la respuesta que ya estaría dada por EAC; sin embargo, en caso de no contar con la oferta de atención extramural para el desarrollo de las atenciones individuales por parte de los Equipos de Atención en Casa, se deberá adelantar la derivación del 100% de los casos a la EAPB correspondiente a través del módulo SIRC, o la asignación de citas en los casos de población capitada con la subred.

Tabla resumen del producto:

Nombre de la actividad	***Periodicidad***	***Perfiles del talento humano****	***Entregables***
Plan de Cuidado Diferencial en Familias Palenqueras	Mensualmente e inicia según la programación en el plan de acción y de acuerdo con las dinámicas propias del equipo y la Subred.	Profesional Universitario 2 (Operativo), Enfermera-Médico Técnico 1: (técnico ambiental). Gestor comunitario, Médico ancestral o sabedor o sabedor (a)	-Los establecidos en el producto 92 Plan de Cuidado Familiar. Adicionalmente: -Planilla de gestión para el gestor comunitario acorde a la necesidad de familias, individuos y/o comunidad. -Ficha técnica contenido - Pieza comunicativa cargada en drive distrital del entorno. - informe bimensual de abordaje étnico comunidades palenqueras, cargado en DRIVE

			distrital los primeros 7 días del mes siguiente al periodo reportado

2.8. Producto 106. ACCIONES COLECTIVAS DIFERENCIALES CON FAMILIAS ÉTNICAS PALENQUERAS.

2.8.1 Unidad de medida

Sesiones de acciones colectivas

2.8.2 Forma de reporte de ejecución del producto

Se realizarán de manera mensual en espacios concertados con las comunidades y/o autoridad representativa acorde a necesidad.

Teniendo en cuenta que para este producto se implementó como actividad 1, "Proceso de diálogo y concertación comunitaria", el cual tiene un tiempo de ejecución de 4 horas (lo equivalente a 1 jornada de sesión colectiva) y se reportara en el informe de gestión como una unidad, se aclara que para esta actividad, no se diligenciara formato de sesión colectiva, lo cual se debe tener en cuenta a la hora de soportar las acciones, ya que no será necesariamente proporcional al número de formatos de sesiones colectivas.

2.8.3 Detalle de las actividades

2.8.3.1 Actividad 1. Proceso de diálogo y concertación comunitaria

Momento 1: Concertación y priorización de acciones.

Comprende el primer momento de dialogo, concertación y acercamiento con la instancia representativa de la comunidad Palenquera, la cual tiene como fin socializar estrategia de abordaje diferencial kilumba, la identificación y priorización de familias a abordar, construcción del Plan de acción, la definición de acciones comunitarias, esta se desarrollará solo al inicio de cada la vigencia e inicio de adición, en caso de presentarse.

También se podrán desarrollar espacios comunitarios con la autoridad representativa o comunidad, según la demanda y/o necesidades presentadas, como participación de foros, días conmemorativos para la comunidad, paneles, encuentros comunitarios, entre otros demandados por la instancia representativa, en estas deberá participar todo el equipo.

Para el desarrollo de cada uno de estos espacios, se contará con un tiempo de 4 horas, los cuales incluyen alistamiento, ejecución y captura de información y se contara como una sesión.

2.8.3.1 Actividad 2. Acciones Colectivas Diferenciales

Las acciones colectivas son las sesiones interculturales de promoción y prevención en salud, contemplará el desarrollo de actividades colectivas ambientales y ancestrales, partiendo de los conocimientos propios de la población Palenquera con sus prácticas habituales o tradicionales del territorio, dirigido a las familias y comunidad; para ello, el equipo deberá participar de manera conjunta en el desarrollo de cada sesión. Estando, así las cosas, se realizarán actividades colectivas manera integral desde una mirada ambiental y ancestral.

Para el desarrollo de cada uno de estos espacios, se contará con un tiempo de 4 horas, los cuales incluyen alistamiento, ejecución y captura de información y se contara como una sesión.

Desarrollo de acciones colectivas:

En el plan de acción establecido, se deben contemplar espacios con la comunidad palenquera para desarrollar acciones de educación en temas priorizados.

Para esta actividad el equipo deberá proyectar una ficha técnica de acciones colectivas de cada sesión y el desarrollo de esta se registrará en el formato de acta y formato de sesiones colectivas, para lo cual se espera la asistencia mínima de 10 personas. Los roles a desarrollar por cada uno de los perfiles se encuentran descritos al inicio de la estrategia para comunidades palenqueras.

Nota: es importante mencionar que durante el mes se debe garantizar el desarrollo de acciones colectivas con la comunidad, lo anterior teniendo en cuenta que el equipo tiene la posibilidad de desarrollar espacios comunitarios y con autoridades acorde a la programación y concertación.

Tabla resumen del producto:

Nombre de la actividad	***Periodicidad***	***Perfiles del talento humano****	***Entregables***
Proceso de diálogo y concertación comunitaria	Mensual acorde a la necesidad y/o demanda	Profesional Universitario 2 (Operativo), Enfermera-Médico Técnico 1: (técnico ambiental). Gestor comunitario, Médico ancestral o sabedor	- Plan de acción con el cronograma concertado con la comunidad representativa, cargado en la plataforma Google drive habilitada desde nivel central al inicio de la vigencia y su respectivo seguimiento mensual. -Actas de concertación y priorización de acciones con la autoridad y/o lideres del Kuagro Monari Palenque al inicio de la vigencia e inicio de adición en caso de presentarse. -Actas de reunión de espacios comunitarios acorde a programación y/o demanda.
Acciones Colectivas Diferenciales	Mensual acorde a la necesidad y/o demanda	Profesional Universitario 2 (Operativo), Enfermera-Médico Técnico 1: (técnico ambiental). Gestor comunitario, Médico ancestral o sabedor	-Ficha técnica de acciones colectivas (ver formato en la caja de herramientas) -Formato de acta para el desarrollo de las acciones colectivas. -Formato de sesiones colectivas diligenciados con criterios de calidad y completitud.

2.9. Producto 107. ACCIONES PROPIAS DE MEDICINA ANCESTRAL- PALENQUEROS.

2.9.1 Unidad de medida

Jornadas de medicina ancestral

2.9.2 Forma de reporte de ejecución del producto

Se realizarán de manera mensual en espacios concertados con las comunidades, de acuerdo con las particulares del equipo y sus familias, en el kilumba para la atención en salud desde una mirada ancestral acorde a usos y costumbres de la comunidad.

2.9.3 Detalle de las actividades

2.9.3.1 Actividad 1. Acciones Propias de Medicina Ancestral

Son todas aquellas acciones que dan cuenta de la atención desde la medicina tradicional, basados en la tradición de saberes de benkos en las familias palenqueras, que se realizan en lugares propios de la comunidad, conforme a la dinámica de la población palenquera. El abordaje desde la medicina ancestral podrá realizarse de dos maneras: la primera, deberá desarrollarse en los lugares propios o comunitarios para lo cual el equipo definirá la dinámica a implementar garantizando la participación de la comunidad para lo cual se espera la asistencia mínima de 8 personas y la segunda se realizará en la vivienda de las familias conforme a las dinámicas comunitarias. Los roles a desarrollar por cada uno de los perfiles se encuentran descritos al inicio de la estrategia para comunidades palenqueras.

Estas actividades se registrarán en el formato de acta de la subred que describa el desarrollo de las acciones Propias de Medicina Ancestral, que permita identificar las atenciones realizadas, teniendo en cuenta:

- Número de atenciones realizadas
- Sexo
- Curso de vida
- Motivo de consulta (en caso de no poder registrar por temas de privacidad, especificar, si corresponde a un secreto ancestral o si el usuario no permite dicho registro).

Tabla resumen del producto:

Nombre de la actividad	***Periodicidad***	***Perfiles del talento humano****	***Entregables***

Acciones Propias de Medicina Ancestral	Mensualmente	Profesional Universitario 2 (Operativo), Enfermera-Médico Técnico 1: (técnico ambiental). Gestor comunitario, Médico ancestral o sabedor	Formato de acta que evidencie el desarrollo de las acciones Propias de Medicina Ancestral.

3. Interacción integral e integrada Gestión Estratégica Y Operativa Del Entorno Cuidador Hogar

Integra las acciones para la planeación, ejecución, seguimiento y monitoreo de las diferentes actividades del entorno cuidador hogar, donde se adelanta la gestión estratégica, enmarcada en los propósitos del entorno cuidador en el PSPIC y el Modelo Territorial de salud en el distrito, realizando una acción permanente e intensificada de articulación entre las diferentes líneas operativas del modelo de salud y a nivel intersectorial dada la población sujeto del entorno y los diversos actores clave que intervienen en las acciones; de igual forma, desde los componentes tácticos y operativos, se desarrollan acciones de soporte para la planeación, seguimiento, monitoreo y gestión de la información, en las actividades tanto como promocionales como de gestión del riesgo realizada a través de la activación de rutas sectoriales e intersectoriales, que aportan al cumplimiento de indicadores de impacto ante las necesidades y expectativas de salud de las familias.

3.1. PRODUCTO 108. EJECUCIÓN ESTRATÉGICA Y TÁCTICA DEL ENTORNO CUIDADOR HOGAR

Abarca las acciones de liderazgo y direccionamiento técnico a los equipos operativos del entorno cuidador hogar, así como el desarrollo de acciones de gestión y a nivel administrativo e institucional, para garantizar los recursos necesarios para el desarrollo de las interacciones integrales e integrales en el entorno cuidador hogar.

3.1.1. Unidad de medida

Avance mensual del plan de acción

3.1.2. Forma de reporte de ejecución del producto

Se realiza reporte mensual de los avances de acuerdo al plan de acción.

3.1.3. Detalle de las actividades

3.1.3.1. Actividad 1. Gestión Estratégica a cargo del Referente del Entorno Hogar.

Descripción de Actividad

Integra las acciones de seguimiento técnico y administrativo del entorno hogar, donde se precisan las acciones estratégicas para el cumplimiento de las demandas de las familias. El referente del entorno debe contar con apropiación del lineamiento, el cual contempla las diferentes actividades, productos, medios de verificación y estrategias o tareas a seguir a partir de las dinámicas del entorno, para orientar el accionar y generar respuestas efectivas con el equipo operativo que lidera.

Dentro de las principales actividades a desarrollar, se encuentra:

- ✓ Seguimiento y evaluación a la ejecución programática, financiera y técnica del entorno hogar por cada una de las subredes y localidades a cargo, donde se debe tener favorecer la ejecución y causas de subejecución que se puedan presentar en la implementación del PSPIC. Para ello, se debe tener la proyección de planes de acción de aquellos productos de las diferentes interacciones integral e integradas, que aplique, y realizar seguimiento a la ejecución de las interacciones del entorno se relacionan a continuación:

1. Cuidado para la salud Familiar
2. Estrategia de Abordaje Étnico Diferencial
3. Gestión estratégica y operativa del Entorno Cuidador Hogar

- ✓ Los productos que cuenten con unidad de medida “Plan de acción”, deben ser cargados en la carpeta en línea compartida a las subredes, los primeros 10 días calendario a partir del inicio del convenio PSPIC.
- ✓ Reporte mensual de los avances y aportes al cumplimiento de metas de los diferentes proyectos de inversión, a partir de las actividades contempladas en el entorno hogar, reportado en el

instrumento en drive establecido por la SDS por localidad, los 7 primeros días hábiles del mes y en el aplicativo dispuesto de acuerdo a apertura del mismo. Se precisa que las actividades están dispuestas en el plan programatico y presupuestal, con un nivel de operación por subred y en algunos casos distrital; sin embargo, al momento de realizar reporte de la ejecución en el informe de gestión y en proyectos de inversión, se debe discriminar la localidad donde se ejecutaron los productos. Lo anterior teniendo en cuenta las dinámicas propias de la ciudad, los eventos de interés en salud pública, los territorios y poblaciones prioritarias que puedan surgir en la vigencia.

- ✓ Garantizar las acciones de planeación, organización y ejecución requeridas para dar cumplimiento a las diferentes estrategias y acciones demandadas en el entorno.
- ✓ Liderar el direccionamiento técnico y operativo, para la implementación de las diferentes actividades del entorno hogar, con el desarrollo de espacios de reunión mensual con el equipo, entre otras estrategias.
- ✓ Realizar la gestión necesaria al interior de la subred, para garantizar la disponibilidad de insumos necesarios para el desarrollo de las actividades, acorde a lo establecido en el anexo 8 del convenio GSP - PSPIC, en relación a características técnicas y en las cantidades requeridas para cada una de las intervenciones; así como el mantenimiento, calibración o cambio de insumos en estado de deterioro. La entrega de dichos insumos al equipo operativo se deberá soportar a través de acta o kardex.
- ✓ **Mesa de planeación y seguimiento de abordaje conjunto con equipos de atención en casa:**

  El referente del entorno lidera la articulación con los Equipos de atención en casa y garantiza la participación de los demás perfiles del equipo en el proceso de concertación, planeación, seguimiento y evaluación. La mesa de articulación se desarrollará de manera mensual con la participación de referente, profesional de apoyo y geógrafos, con el fin de dar cumplimiento a inicialmente a la organización operativa acorde a las actividades relacionadas en el producto de abordaje territorial y la definición de territorios para el abordaje.

  Posteriormente se desarrollarán mesas de seguimiento, con el fin de documentar las novedades de abordaje acorde a cronograma establecido, verificar las posibles demandas que surjan para los equipos en el marco del plan territorial de salud y la organización de talento humano y cronograma de actividades. Así mismo, el referente deberá propiciar los

espacios y talento humano requerido para generar el análisis de resultados, de las intervenciones conjuntas de los equipos del entorno con EAC, teniendo en cuenta las derivaciones adelantadas desde los diferentes productos.

- ✓ Viabilizar el desarrollo y consolidación de informes trimestrales, bimestrales y finales, correspondientes a ejecución del convenio PSPIC, con entrega acorde a las fechas establecidas en el documento operativo de la coordinación PSPIC.
- ✓ Participar en los espacios de reunión, local y distrital a los que le sea convocado. El referente realizará la distribución de espacios de reunión convocados, de manera que participe o delegue al líder o profesional de apoyo, para cubrir todos los escenarios convocados; desde GPAISP, se cuenta con espacios de reunión, definidos a partir de las prioridades y planes de acción emprendidos en el PSPIC.
- ✓ El referente del entorno deberá garantizar:

1. Articulación con espacios locales:

Teniendo en cuenta que, desde la Coordinación se debe favorecer el reconocimiento de la operación y la articulación de las acciones GSP – PSPIC, entre los entornos cuidadores y procesos transversales, por parte de todos los equipos técnicos y operativos de cada una de las Subredes, se establece una matriz con las principales articulaciones a tener en cuenta: Consultar Anexo 1. Acciones_articulacion_GSP_PSPIC.

2. Organización participación mesas locales del cuidado por la salud

Teniendo en cuenta la implementación de las mesas locales del cuidado de la salud, que se están desarrollando por cada localidad, denominadas mesas operativas, estableciendo la participación de delegados permanentes que asistan, gestionen y lideren las acciones desde la línea operativa del modelo territorial de salud, de entornos cuidadores (entornos cuidadores, VSP-VSA y GPAISP). Esta distribución se relaciona a continuación y se debe favorecer el conocimiento integral de las acciones de la GSP y del PSPIC, para dar respuesta y cumplir con el propósito de estos espacios, a continuación, se relacionan los referentes delegados por entornos cuidadores y procesos transversales.

Cuadro. Organización participación mesas locales del cuidado por la salud.

Elaboró: Sindy Julieth Sánchez, María Camila Marín, Milena Useche Velásquez – Referentes Técnicos Entorno Hogar /Revisó: Marcela Martínez Contreras - Subdirectora de Acciones Colectivas, Diana Sofía Ríos Oliveros - Subdirectora de Determinantes en Salud. Diana Marcela Walteros – Subdirectora de Vigilancia en Salud Pública y Claudia Milena Cuéllar Segura - Subdirectora en Gestión y Evaluación de Políticas en Salud Pública / Aprobó: Patricia Eugenia Molano – Directora de Acciones Colectivas y María Belén Jaimes - Directora de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva.

SUBRED	LOCALIDAD	REFERENTE Y/O PROFESIONAL DE APOYO	
		ENTORNOS CUIDADORES	PROCESOS TRANSVERSALES
SUR	USME	Comunitario	VSP
	CIUDAD BOLIVAR	Educativo	GPAISP
	TUNJUELITO	Institucional	VSA
	SUMAPAZ	Ruralidad	VSP
SUR OCCIDENTE	KENNEDY	Hogar	VSA
	BOSA	Laboral	GPAISP
	PUENTE ARANDA	Comunitario	GPAISP
	FONTIBON	Educativo	VSP
CENTRO ORIENTE	SANTA FE	Institucional	VSP
	MARTIRES	Hogar	VSA
	CANDELARIA	Laboral	VSA
	ANTONIO NARIÑO	Comunitario	VSP
	RARAEL URIBE URIBE	Educativo	GPAISP
	SAN CRISTOBAL	Institucional	GPAISP
NORTE	SUBA	Hogar	GPAISP
	ENGATIVA	Laboral	VSA
	TEUSAQUILLO	Educativo	VSP
	BARRIOS UNIDOS	Institucional	VSP
	CHAPINERO	Hogar	VSA
	USAQUEN	Laboral	GPAISP

3. Espacios convocados por los procesos transversales GPAISP, Gestión y Evaluación de Políticas en Salud Pública:

Gestión de Programas y Acciones de Interés en Salud Pública - GPAISP:

- Dimensión de vida saludable y condiciones crónicas no trasmisibles: en el marco del desarrollo con el proceso de Gestión de Programas y Acciones de Interés en Salud Pública CCNT, de manera mensual realizara la mesa de crónicos en las Subredes Integradas de Servicios de Salud con el objetivo de liderar, articular y realizar seguimiento al proceso de canalizaciones de las RIAS de CCNT, plan estratégico y operativo para el abordaje integral de la población expuestas y/o afectada por condiciones crónicas, jornadas de intensificación, y demás temas de interés para el seguimiento a compromisos y mejoras en las subredes en el marco de la prevención y manejo de las CCNT con participación y convocatoria de gestión de políticas, referentes de canalizaciones, RIAS, vigilancia en salud pública y entornos cuidadores (referente, apoyo o referente delegado, del producto de gestión); la mesa se convocara por Subred.

- Equipo de Infancia: Mesa de trabajo para la infancia, realizar el seguimiento a indicadores de condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad en la primera infancia, que permita la toma de decisiones, así como la intensificación de acciones. Personas que se convocan: Referentes de entornos cuidadores (miembros permanentes), procesos transversales (invitados según temáticas de la agenda).
  Periodicidad: Mensual
  Las temáticas propuestas para abordar en estas mesas son: salud mental (violencia intrafamiliar - maltrato infantil, accidentes en el hogar), enfermedades prevalentes de la infancia (IRA, EDA, DNT), mortalidad por IRA/EDA/ DNT/ neumonía/ infantil/ menor de cinco años, cáncer infantil, defectos congénitos, coberturas en valoración integral y Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI).

<u>Gestión y Evaluación de Políticas en Salud Pública:</u>

Los Entornos Cuidadores serán convocados al Espacio de Direccionamiento Estratégico Local de las políticas según necesidad, evitando la multiplicidad de espacios, se sugiere que desde el comienzo de la vigencia sea la misma persona la que asista a las convocatorias y que tenga el conocimiento integral del proceso o entorno que representa, con poder de decisión para darle una dinámica fluida al Espacio y que sean más eficientes en términos de concertaciones y compromisos viables y efectivos para la atención de las situaciones o condiciones priorizadas en el marco de las políticas. Por su parte, el equipo de políticas hará la convocatoria de manera oportuna indicando la hora, lugar y fecha y adjuntando la ficha metodológica de la sesión.

En el marco de la implementación de la Política Pública de Salud Oral y con el propósito de mejorar los indicadores de patología bucodental, es necesario contar con la Mesa Técnica Operativa del Equipo Funcional de Salud Oral, abordando temas relacionados con la evaluación de la política (si la dinámica lo requiere), proyectos de co-inversión, jornadas, temas de intersección con otras políticas, dificultades que se presentan en la operación con otros sectores o actores y la resolución de las mismas, ya sea al interior del equipo o si se requiere escalar a instancias locales o con otras entidades.

Se hace por subred de manera mensual, aunque se tratan particularidades de cada una de las localidades, la convocatoria la hará el delegado o delegada de la política de salud oral y participarán en esta mesa técnica los coordinadores de odontología de la subred, profesionales en odontología de los Entornos Cuidadores, profesionales del susbsistema SISVESO, profesionales GPAISP que trabajan en la salud oral y otros actores locales que sean clave para mejorar los resultados. Cabe aclarar que no es un espacio nuevo, es el mismo que se ha venido desarrollando en la implementación de la política.

En la política pública de Prevención y Atención del Consumo y la Prevención de la Vinculación a la Oferta de Sustancias Psicoactivas en Bogotá el delegado o delegada de la política, convocará a la mesa técnica de SPA de manera mensual y por subred a los profesionales en salud mental de VESPA, GPAISP y Entornos Cuidadores con los que se pueda abordar los temas relacionados con la gestión de la política o si es el caso, para evitar la multiplicidad de espacios, acogerse a los espacios de salud mental ya sostenidos en la subred donde se permita realizar la gestión de la política.

Nota: los espacios convocados a nivel subred, serán asumidos por referentes o apoyos del entorno/proceso; los espacios convocados a nivel local, serán asumidos por las personas delegadas para las mesas locales del cuidado por la salud, según el documento operativo de la Coordinación GSP-PSPIC.

4. Jornadas

En el marco del Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas del Distrito Capital 2020-2024 y del Plan Territorial de Salud, se genera la necesidad de fortalecer el Modelo Territorial de Salud, el cual busca comprender la situación actual de salud en las localidades, a partir del análisis de los procesos sociales que la determinan, tomando como fundamento una perspectiva territorial, poblacional, diferencial y de género, a partir de la cual, se generan planes de salud y el

despliegue de acciones a través de las jornadas territoriales, desde los equipos que operan las diferentes líneas operativas del Modelo, generando respuestas necesarias, para mejorar la calidad de vida en salud de la población y las condiciones del territorio e impactando positivamente los indicadores trazadores de la cuidad con un alto nivel de resolutividad.

JORNADAS DE INTESIFICACIÓN:

En el marco de los procesos de articulación con GPAISP, se deberán fortalecer las actividades educativas acorde a la línea técnica del referente encargado de las jornadas en las fechas establecidas, desde las acciones rutinarias del entorno cuidador y proceso transversal. A Continuación, se relaciona el listado de las jornadas y los meses en que están establecidas, para favorecer el apoyo de las acciones información en salud pública frente a las mismas. (junio-Jornada "Semana de la salud bucal, visual y auditiva comunicativa"; Jornada "Semana de salud Masculina"; Jornada PAI (julio).

5. Asistencia Técnica

El proceso de asistencia técnica se desarrollará en el marco del lineamiento de asistencia técnica de salud pública, para lo cual se asignará un usuario por entorno y proceso transversal, para la actualización del aplicativo de asistencia técnica. El equipo de líderes y apoyos (entorno y proceso transversal), debe favorecer la realización de las asistencias técnicas tanto internas como externas, acorde al diagnóstico presentado en el marco de la cofinanciación, así mismo, este diagnóstico podrá ser actualizado, según necesidad y se deberá garantizar el uso de los formatos establecidos según lineamiento y la disposición de los mismos en el aplicativo.

Finalmente, junto con los profesionales de apoyo y el equipo de soporte, el referente organizará y monitoreará las siguientes acciones:

- Articulación entre las actividades de abordaje territorial y plan de cuidado familiar, donde se incluyan las acciones realizadas con familias étnicas y ruralidad cercanas; esta articulación debe garantizar la continuidad entre atenciones iniciales y complementarias en la intervención y la gestión integral de los riesgos a partir de las estrategias de abordaje que se tienen en los diferentes equipos, con el apoyo de los perfiles de la gestión operativa (actividad 3 de este producto).

- Realizar el enlace a nivel local e intersectorial para el desarrollo de las actividades de acuerdo a direccionamiento de SDS.
- Consolidar y realizar seguimiento a indicadores trazadores del entorno y verificar oportunidades de mejora en aquellos que no se esté dando cumplimiento. Así como la construcción de plan de análisis del entorno, acorde a direccionamiento desde SDS.
- Direccionar el proceso de agendamiento de citas de población capitada que es posible abordar desde las diferentes subredes para dar respuesta a las necesidades identificadas.
- Direccionamiento técnico a profesionales y técnicos del equipo operativo de las acciones a desarrollar.

Como parte del producto se cuenta con un técnico administrativo, encargado del apoyo y soporte a las acciones de alistamiento y gestión administrativa que se requiera para el adecuado desarrollo de las interacciones integrales e integradas del entorno.

Tabla resumen del producto:

Nombre de la actividad	***Periodicidad***	***Perfiles del talento humano***	***Entregables***
Gestión Estratégica a cargo del Referente del Entorno Hogar	Mensual	1 profesional especializado 2 (Referente gestión) Profesional en ciencias de la salud o ciencias sociales. Con especialización; con habilidades y experiencia para la planeación y el seguimiento técnico y administrativo de procesos en salud pública.	• Plan de acción Programático y Presupuestal del Entorno Hogar, con indicadores de seguimiento programático y financiero por Subred. • Reporte de proyectos de inversión en el instrumento establecido por la SDS, en el aplicativo y en el tablero de control. La información debe ser coincidente con bases de datos del entorno hogar. • Actas y listados de asistencia a reuniones y asistencias técnicas, según programación definida desde SDS y a nivel local para garantizar el cumplimiento de actividades.

		En el entorno, para el desarrollo de las acciones de gestión estratégica, táctica y operativa, se contará con el apoyo de dos Técnico 2 (en áreas administrativas, financieras, archivo, sistemas, programación y bases de datos).	• Soporte de gestión realizada para la adquisición de insumos y entrega al talento humano. • Planes de acción de los productos las diferentes interacciones integrales e integradas con unidad de medida con plan de acción del entorno hogar. • Actas de reunión y direccionamiento técnico al equipo operativo. • Reporte de proyectos de inversión acorde a competencia y responsabilidad. * • Tableros de indicadores consolidados y acciones de mejora en los que se requiera. *Los soportes señalados con (*), deberán ser cargados en drive dispuesto por SDS durante los 7 primeros días hábiles del mes. Para esto deberá soportarse con el pantallazo del cargue de la información.*

3.2. PRODUCTO 109. EJECUCIÓN TÁCTICA Y OPERATIVA DEL ENTORNO CUIDADOR HOGAR

Abarca las actividades de planeación, seguimiento, monitoreo y evaluación, de las intervenciones desarrolladas por los equipos del entorno hogar, a quienes se les debe brindar asistencia técnica y acompañamiento en territorio; estas acciones son desarrolladas por los profesionales de la gestión operativa, quienes orientan a los equipos, para la respuesta y seguimiento de la comunidad, a partir de un enfoque diferencial, poblacional y con perspectiva social y ambiental.

3.2.1. Unidad de medida

Avance mensual del plan de acción

3.2.2. Forma de reporte de ejecución del producto

Se realiza reporte mensual de los avances de acuerdo al plan de acción de acuerdo a la planeación, seguimiento, monitoreo y evaluación, de las intervenciones desarrolladas en el entorno cuidador hogar.

3.2.3. Detalle de las actividades

3.2.3.1. Actividad 1. Desarrollo del Plan Operativo en las diferentes acciones integradas del Entorno Hogar

Descripción de Actividad

Para el desarrollo de esta actividad, se cuenta con un equipo de profesionales organizados para los diferentes productos del entorno hogar, quienes desarrollan algunas acciones transversales y otras específicas acorde a la pertinencia y competencia de cada uno de los procesos dispuestos en los mismos. Dichas acciones se relacionan a continuación:

Acciones Generales

El profesional especializado operativo de apoyo realizará el acompañamiento en campo a las intervenciones realizadas en los hogares, por parte de los profesionales a cargo, con el fin de identificar aspectos a mejorar, que serán trabajados a través del desarrollo de capacidades y asistencia técnica. Así mismo, el seguimiento debe garantizar el cumplimiento en la efectividad del proceso de operación, en las diferentes modalidades que se pueda dar (presencial, virtual, telefónico, etc).

- Consolidar información relacionada al talento humano en el marco del proceso de planeación y seguimiento a la operación en el territorio, verificando productividad y efectividad en las intervenciones.
- Participación en mesas territoriales de salud por localidad, en el marco del direccionamiento estratégico para la GSP, las cuales tienen como objeto orientar, integrar, articular y realizar seguimiento a las diferentes respuestas que se desarrollan desde el sector salud en el territorio y que aporten a mejorar las condiciones de calidad de vida y salud en este.
- Adicionalmente, brinda el soporte técnico y operativo desde el conocimiento del territorio y las dinámicas locales en las políticas que armonice con el plan de cuidado orientado por la coordinación local dispuesta en el modelo.

- En coherencia con lo anterior, el proceso de direccionamiento estratégico vincula los procesos de ACCVSYE, Participación social, Intersectorialidad, Gestión del conocimiento, Vigilancia en salud pública, Acciones individuales y colectivas, Información en Salud Pública entre otras que surjan en cualquier momento del año y requieran ser incorporadas en el plan.
- Apoyar el proceso de convocatoria, alistamiento y desarrollo de la sesión mensual de seguimiento y asistencia técnica convocada por el referente del entorno, donde participa la totalidad del talento humano.
- Generar informes, indicadores y reportes de acciones en documentos o tableros de control, acorde a la solicitud y demanda desde SDS.
- Generar articulación permanente entre las diferentes interacciones integrales e integradas y actividades del entorno, para garantizar la trazabilidad en la intervención de las poblaciones prioritarias y generar informes y respuestas integradas desde el entorno.
- Realizar la revisión de las bases resultado de la operación de acuerdo con los procesos asignados y a cargo, garantizando criterios de oportunidad, completitud y calidad y garantizando coherencia con bases de datos e indicadores solicitados para reporte.
- Generar espacios de trabajo con los geógrafos del entorno, con el fin de verificar aspectos para la organización y planeación de la operación de las acciones propias del lineamiento.
- Realizar canalización de casos de otras subredes a través de la matriz de reporte interlocal, una vez se confirma que pertenece a localidades diferentes a las de su competencia de intervención, brindando los datos de ubicación y contacto que así lo definen.
- Realizar aportes para el reporte de proyectos de inversión, acorde a competencia y responsabilidad.
- Adelantar la precrítica a todos los formatos de captura de información y formularios del aplicativo en línea diligenciadas por los equipos, realimentar al equipo operativo, de manera que se garantice la calidad y completitud tanto del aplicativo como de los registros a digitar por el equipo GESI, según corresponda. De igual forma, verificar la oportunidad y pertinencia en la activación de rutas y notificación de eventos de interés por parte del equipo a cargo.
- Articulación con el equipo GESI de la subred, para la digitación y verificación de bases de datos acorde a proceso asignado.

- Apoyar el desarrollo de todas las jornadas distritales emprendidas desde las diferentes dimensiones, de manera que se dé el direccionamiento a los equipos operativos de las acciones y reportes puntuales a desarrollar.
- Apoyar el proceso de articulación con Participación social a partir de lo establecido en la Ficha Técnica Participación Social Incidente para el desarrollo de acciones de promotores del cuidado en el marco de la estrategia Territorios de Innovación y Participación en Salud-TIPS (Ver caja de herramientas); esto incluye el ejercicio a través de los equipos operativos que visitan las familias.
- Todos los profesionales de apoyo a la gestión operativa deberán atender acciones emergentes y contingencias acorde a demandas específicas por condiciones priorizadas desde nivel central. Deberán mantener disponibilidad para el desarrollo de las diferentes actividades requeridas ante situaciones emergentes que se puedan presentar y requieran su intervención.
- Consolidar y realizar la revisión de la calidad del dato de los formatos de activación de rutas prioritarias, enviado por correo electrónico por parte de los profesionales operativos. Esta actividad se debe realizar teniendo en cuenta, la oportunidad de entrega, la legibilidad, la identificación completa, consistencia, veracidad y concordancia de la información. Así como realizar seguimiento a la respuesta del actor requerido y a algunos de los casos no efectivos con activación de ruta por parte del entorno.
- Seguimiento a la gestión realizada para la respuesta efectiva de los usuarios canalizados al entorno: Familias remitidas desde diferentes entornos y procesos transversales, donde se destacan los subsistemas de vigilancia en salud pública SIVIM, SISVECOS y SISVAN acorde a los criterios de priorización definidos en el documento operativo de la interacción integral e integrada cuidado para la salud familiar.
- Participar de las reuniones o mesas de seguimiento a las activaciones de ruta/canalizaciones, convocadas en el interior de la subred. Todas las acciones de activación de rutas serán desarrolladas con apoyo del equipo de soporte del entorno y debe operar según la línea técnica descrita en ficha técnica procedimiento de canalización para la activación de rutas Integrales de atención en el GSP – PSPIC a la oferta distrital sectorial e intersectorial; la cual encuentra a través de la siguiente Ruta: https://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/Su-Canalizaciones.aspx?RootFolder=%2FSu%5Fcanaliz%2FCaja%5Fherram&FolderCTID=0x012

0005EBEF233EF7D3349B3A1B4A055251D0B&View=%7B1F3C7F9D%2DBA8F%2D4881%2D82AF%2D8D8CDDB4A47D%7D/FT_Activacion_Rutas.pdf

- Apoyar los procesos de fortalecimiento técnico liderados por el equipo de gestión del entorno, realizando asistencia técnica a los perfiles operativos, acorde a la necesidad que se identifique.

Acciones Específicas

- En la actividad de plan de cuidado familiar, el profesional de apoyo debe favorecer la Planeación Estratégica Operativa del Entorno, partiendo de la priorización y asignación de familias a los profesionales operativos.
- Realizar seguimiento técnico con el fin de verificar acciones adelantadas por los profesionales operativos y garantizar el ingreso de información oportuno (El mismo día de la atención) por parte de los equipos operativos, en el aplicativo en línea dispuesto desde SDS.
- Participación en mesas técnicas, unidades de análisis de los casos y reuniones a nivel local, Distrital e intersectorial, acorde a pertinencia, así como el apoyo a actividades solicitadas por el equipo técnico Distrital.
- Generar informes y reportes de acciones, acorde a la solicitud y demanda desde SDS, así como realimentación de casos de las diferentes cohortes abordadas en el entorno, acorde a necesidad de nivel local y distrital.
- Para el producto de abordaje territorial, se debe participar en el análisis para selección de territorios a intervenir en las mesas de trabajo conjunta con los EAC, así como monitorear el proceso definido desde SDS en articulación con las Subredes y demás actores sectoriales para viabilizar el agendamiento y desarrollo de acciones individuales por parte de los diferentes prestadores, a partir de las necesidades identificadas en los grupos poblacionales prioritarios.
- Participarán en la mesa de seguimiento mensual con EAC, con el fin de revisar y documentar las novedades de abordaje, acorde a cronograma establecido; verificar las posibles demandas que surjan para los equipos en el marco del plan territorial de salud y la organización de talento humano y cronograma de actividades.

- Deberán adelantar la asignación de territorios y verificación de abordajes predio a predio y su efectividad, de manera conjunta con los geógrafos, así como la asignación de casos para la estrategia ruteo.
- En el caso de la estrategia de abordaje étnico diferencial, apoyar el desarrollo de las acciones enmarcadas en atención a comunidades afrodescendientes, indígenas y palenqueras, teniendo en cuenta la concertación con autoridades étnicas.

Tabla resumen del producto:

Nombre de la actividad	***Periodicidad***	***Perfiles del talento humano***	***Entregables***
Desarrollo del Plan Operativo en las diferentes acciones integradas del Entorno Hogar	Mensual	Profesionales especializados 4 (Operativo) Profesionales en Ciencias de la Salud, Ciencias Sociales y humanas, con experiencia en la operación en campo, los cuales deben ser asignados de acuerdo con los productos y competencias técnicas requeridas en cada uno de ellos.	• Soporte de seguimientos realizados al talento humano, en relación a productividad, calidad y efectividad de las intervenciones. • Directorio de profesionales según corresponda, actualizado mensualmente. • Soporte de participación en mesas territoriales de salud por localidad • Aportes a reporte de proyectos de inversión según delegación y competencia. • Informes, reporte de acciones, tableros de control y/o indicadores acordes a solicitud de SDS. * • Matriz de reporte interlocal, con registro de los casos direccionados a otras subredes según pertinencia. • Consolidado por subred de bases de datos de las acciones desarrolladas en el entorno hogar con criterios de calidad y completitud. *

			• Soporte de seguimiento en campo a los equipos, precrítica de formatos, incluyendo canalizaciones y notificaciones a VSP. Así como planes de mejoramiento del talento humano a partir de hallazgos en seguimiento. • Soporte de participación del equipo en las jornadas distritales y en Promotores de Cuidado. • Soporte de unidades de análisis, informes de casos priorizados, y demás solicitudes de nivel central. • Soporte de la gestión de activaciones de ruta generadas y recibidas en el entorno. *Los soportes señalados con (*), deberán ser cargados en drive dispuesto por SDS durante los 7 primeros días hábiles del mes. Para lo relacionado con aplicativo en línea, será acorde a cronograma de cierre de bases mes vencido. Para esto deberá soportarse con el pantallazo del cargue de la información.*

3.3. PRODUCTO 110: SOPORTE OPERATIVO DE LAS ACCIONES DEL ENTORNO CUIDADOR HOGAR.

A través de este producto, se lleva a cabo la planeación, organización, seguimiento y monitoreo de las acciones desarrolladas en el entorno hogar desde el componente geográfico, así como la articulación de las intervenciones colectivas que allí se desarrollan, con las requeridas desde la atención individual que prestan los aseguradores en salud.

Este producto también integra el sistema de información, que debe cumplir con criterios de calidad y oportunidad en todos los niveles de acción, para la verificación de la efectividad de las

intervenciones en el entorno, la toma de decisiones oportunas en salud y el monitoreo de resultados para la generación informes y reportes de información consistentes.

3.3.1. Unidad de medida

Avance mensual del plan de acción.

3.3.2. Forma de reporte de ejecución del producto

Se realiza reporte mensual de los avances, de acuerdo con el plan de acción donde se contemple el seguimiento, monitoreo y evaluación, de las intervenciones desarrolladas en el entorno cuidador hogar.

3.3.3. Detalle de las actividades

3.3.3.1. Actividad 1. Proceso de Georreferenciación.

Descripción de Actividad

El componente geográfico del Entorno Cuidador Hogar construirá información geográfica de las acciones realizadas para el análisis y planeación de las zonas donde se llevarán a cabo las intervenciones colectivas del Entorno Hogar; así mismo apoya la toma de decisiones y se organiza el abordaje territorial. Construye información geográfica de las intervenciones y sus caracterizaciones (urbanas y rurales), para aportar al análisi y toma de decisiones en salud.

Construcción información geográfica para planeación

- Minería de Datos: Extraer información de un conjunto de datos espaciales y transformarla en una estructura comprensible para su uso posterior dentro del operar del entorno hogar.
- Proponer métodos de captura y registro de coordenadas en zonas periurbanas y rurales.
- Depuración y consolidación de datos de dirección para completar los datos de localización de los usuarios y definir usuarios únicos.
- Validación de base mediante manual de nomenclatura para el análisis espacial donde se realiza estandarización, ajuste de las direcciones, codificación y asignación de la información, correspondiente a Localidad georreferenciada, estado, UPZ georreferenciada, sector catastral y barrio.
- Actualización de novedades en el uso del suelo por predios como ejercicio del reconocimiento del territorio a abordar en capa geográfica (shape file).

Métodos de georreferenciación:

- Geocodificación y georreferenciación de datos urbanos y rurales con geocodifacodores de SDS, IDECA y google.
- Recuperación de datos espaciales por localidad con geocodificadores avalados (Open Streep Map, SDS e IDECA).
- Generación de capas (shape file) para convertir las coordenadas en datos espaciales y realizar salidas graficas a diferentes escalas (Localidad, UPZ, sector catastral y Barrio, Cuadrantes, Manzana, puntos, líneas, polilíneas y polígonos).

Análisis espacial:

- Salida grafica en diferentes escalas. Estas serán entregadas en formato PNG, PDF y EPS a 500 DPI.
- Análisis de la información (Caracterización de la población, abordaje territorial, planes de cuidado familiar por condiciones de riesgo, búsqueda activa comunitaria y abordaje diferencial de las diferentes poblaciones intervenidas).
- Priorización de áreas de intervención y cobertura realizada en esas áreas.
- Análisis espacial para identificar categorías geográficas como predio, UPL, etc.

Trabajo en campo

- Actualización de novedades en el uso del suelo por predios como ejercicio del reconocimiento del territorio a abordar en capa geográfica (shape file).
- Acompañamiento en campo en zonas de conflicto o discordancia de direcciones, para constatar las capas geográficas con la realidad del mismo, así como, brindar orientaciones al equipo operativo en relación a ubicación geográfica y estrategia de abordaje y recorridos a partir de las características territoriales.
- Inducciones a talento humano en articulación con los profesionales de apoyo a la gestión operativa, como estrategias para orientar espacialmente a los equipos en terreno. Esto incluye aplicar herramientas diseñadas para las zonas rurales y periurbanas
- Capa Shape file y salidas graficas de resultados de la estrategia (Efectividad de la operación, cobertura de las zonas priorizadas y caracterización del entorno).

Gestión, planificación y evaluación

- Recopilar desde diversas fuentes (sistemas de salud, IDECA, datos abiertos, mesas de trabajo, etc.), información geográfica tanto cualitativa como cuantitativa, que sea pertinente al análisis en salud, para los diferentes productos del entorno. La recopilación de información debe permitir la representación y el análisis cartográfico en la subred y en la secretaria Distrital de Salud.
- Consolidación del estado actual de diferentes fuentes de información espacial, para el análisis y organización operativa a nivel distrital a partir de estrategias e iniciativas de abordaje a poblaciones vulnerables.
- Análisis y generación de estrategias de acuerdo con la información para la toma de decisiones de la operación Distrital y Local.
- Generar cronograma para el fortalecimiento de capacidades y actualización a nivel local y participación en espacios distritales como mesa Distrital.
- Posterior al envío de las bases realizado por Gestión de la información del Entorno Hogar, el componente geográfico enviará las capas de información geográfica con registros evaluados y validados, acorde a cronograma de aplicativo en línea; los consolidados serán enviados a referentes distritales del entorno y componente geográfico

Los geógrafos hacen parte fundamental del proceso de planeación y análisis de resultados del entorno, para la puesta en marcha de las acciones de abordaje territorial principalmente, es por ello, que deben participar de las mesas de planeación y seguimiento con los equipos de atención en casa, las cuales se desarrollarán de manera mensual y al iniciar la vigencia, ser parte activa del proceso de análisis, priorización, alistamiento para el abordaje a realizar a lo largo de la vigencia.

En este primer momento, deberá apoyar la definición de territorios a intervenir, a través de un trabajo conjunto donde se identifiquen los sectores a intervenir a nivel de predio, teniendo en cuenta la priorización y direccionamiento de la SDS.

A partir de ello, se generarán cronogramas de intervención territorial, donde se deberá acompañar el ejercicio en campo y la asignación de territorios a cada una de las auxiliares de enfermería; para ello, deberá adelantar la entrega de los mapas asignados a una para el abordaje, y realizar el cargue de los registros en el módulo geográfico del aplicativo en línea, donde se realiza también, el cargue de los casos de ruteo y plan de cuidado familiar. Así mismo, deberá adelantar seguimiento a la efectividad del abordaje predio a predio, junto con las profesionales de apoyo del producto abordaje territorial, a fin de tener el control y conocimiento del abordaje de los territorios.

Adicional a ello, deberá apoyar los demás procesos del entorno cuidador acorde a lo definido en las actividades de los diferentes productos.

Nota: Para las Subredes Integradas de Servicios de Salud ESE que desarrollen acciones en ruralidad cercana y dispersa, el componente geográfico del entorno cuidador hogar, debe brindar soporte técnico y operativo que se requiera.

- De igual forma, en las entregas adelantadas desde el componente geográfico, se deberán incluir los registros del 100% de localidades de cada una de las subredes, vinculando los procesos de ruralidad cercana y dispersa.

3.3.3.2. Actividad 2. Gestión de la información del Entorno Hogar

Descripción de Actividad

A través de esta actividad se desarrolla el proceso de sistematización, depuración, consolidación, análisis y control de la información producida y recepcionada en el entorno hogar para el desarrollo de las interacciones integradas e integrales. Para ello, se cuenta con equipo conformado por digitadores, técnicos, tecnólogo e ingeniero en sistemas que realizan un proceso sistemático para garantizar criterios de oportunidad, completitud y calidad de los datos que permiten la toma de decisiones en salud; el profesional en ingeniería de sistemas será el encargado de liderar el proceso de gestión de la información del entorno.

Esta acción da respuesta a las necesidades de gestión de la información rutinaria en el entorno, liderada por el perfil de ingeniería en sistemas, quien debe direccionar y organizar el equipo para dar respuesta a todas las necesidades. Para cumplir con este propósito se desarrollan diferentes acciones paralelas. A continuación, se relacionan algunas de las tareas clave a desarrollar por los diferentes perfiles del equipo, donde una de las prioridades es el proceso de gestión de la información en el aplicativo en línea, así como acciones de alistamiento, planeación y soporte para la acción en campo de los perfiles operativos que visitan las familias. La distribución y asignación de tareas puede variar acorde a las necesidades y organización propia de cada subred, la cual debe estar concertada y mediada por el referente del entorno y el ingeniero de sistemas:

DIGITADORES:

- Desarrollo de acciones de sistematización de Información, asignación de citas y contacto con usuarios:
    - Sistematización de datos en los aplicativos dispuestos, a partir de la información registrada en las fichas de recolección de información por parte de los profesionales responsables la operación en campo.
    - Las bases de datos a digitar por parte del talento humano están relacionadas con la operación del entorno según lo definido para los productos u otras necesidades que sean direccionadas desde SDS.
    - Los digitadores, también realizarán el ejercicio de asignación de citas acorde a la disponibilidad de cada subred y de los casos que no pueden ser atendidos por los EAC, realizarán el contacto telefónico para notificar información de citas programadas y realizará el seguimiento a la asistencia.
    - Apoyar los procesos de precritica de formatos generados en el entorno.
    - Apoyarán el proceso de contacto telefónico, confirmación de información y/o agendamiento en casos de bases de datos que son remitidas por estrategias sectoriales e intersectoriales que requieren intervención del equipo operativo de las acciones integradas; esto incluye los casos de planes de cuidado familiar que previamente requieren de confirmación de información de identificación, contacto, ubicación y datos básicos de necesidades en salud, así como los casos de ruteo para auxiliares de enfermería de abordaje territorial. Para ello, se deberán verificar previamente con los demás integrantes del equipo de Gestión de la información del Entorno Hogar, si los casos a contactar ya cuentan con intervenciones por el entorno hogar en alguno de los productos, con el fin de evitar duplicidades y realizar la realimentación correspondiente.

Nota: Para el desarrollo de estas actividades y las demás que se requieran en el entorno, en el marco de la gestión de la información, se cuenta con tres digitadores adicionales a los contemplados en el producto de soporte, los cuales están dispuestos desde el producto propio del equipo GESI de la subred.

TECNICOS

- Recepción de base de población sujeto de abordaje, depuración y completitud de información:

- Inicia con la verificación de bases de datos de las poblaciones sujeto de abordaje, que sean priorizadas para las intervenciones en hogares, de acuerdo a lo establecido en las metas Plan Territorial de Salud o por contingencias en salud pública, informadas previamente por SDS.
- Se realizará la depuración, validación y cruce con otras bases dispuestas por la subred, con el fin de completar la información de los usuarios, definir usuarios únicos y verificar las novedades que permitan orientar la operación.
- Se deberá retomar las bases remitidas por actores sectoriales e intersectoriales para el abordaje, de manera que se verifiquen intervenciones previas en el entono y poder evitar acciones duplicadas.
- Finalmente, se debe contar con las bases de datos depuradas y con datos de ubicación, identificación y contacto, para el abordaje por parte del equipo operativo, a quien se le debe hacer entrega de toda la información disponible del caso, teniendo en cuenta los datos que fueron remitidos al entorno, así como, los demás recabados, actualizados, y de intervenciones previas tanto de otros equipos como en el interior del entorno.

- Verificación de registros y validación de reglas de negocio de los datos ingresados por los equipos operativos:

  - Revisar toda la información registrada en las bases de datos por proceso con el fin verificar la cantidad, calidad y consistencia de los datos, e informar los hallazgos para establecer las medidas correctivas y planes de mejoramiento a los que haya lugar.
  - Consolidar las bases de datos con los aportes de los perfiles de los equipos operativos con los avances en la intervención de las familias priorizadas, validando reglas de negocio en el diligenciamiento de las variables definidas; esta actividad es complementaria a las acciones de precrítica realizada por los profesionales de apoyo a la gestión operativa en los criterios técnicos del abordaje.

- Apoyar los procesos de precritica de formatos generados en el entorno.
- Apoyar el proceso de agendamiento de citas acorde a la disponibilidad de agendas por la subred.

- Apoyo en las acciones de relación, envío, seguimiento, depuración y balance de activaciones de rutas emitidas y recepcionadas en el entorno, así como el agendamiento de citas, junto con profesionales de apoyo a cargo. Dentro de este proceso de encuentra:
    - Envió por correo electrónico, al referente de canalización de la Subred Integrada de Servicios de Salud; los formatos generados por el equipo; estos deben ser remitidos máximos 24 de horas desde la recepción de la activación de ruta, con el fin de garantizar criterios de oportunidad desde el entorno y los tiempos establecidos al interior del proceso para la respuesta de las activaciones generadas en el entorno (Riesgo alto 24 horas y riesgo medio 5 días).
    - Verificar que el 100% de los usuarios canalizados estén en el SIRC.
    - Verificar la respuesta y la oportunidad en la asignación de citas a usuarios canalizados, e informar en mesa de canalizaciones y/o líder de canalizaciones, los problemas de calidad y pertinencia de las respuestas de las EAPB ante la canalización generada en el entorno.
    - Seguimiento a la respuesta de canalización y activación de ruta, generadas desde el entorno, así como los casos recibidos para gestión pertinente.
    - Seguimiento a la efectividad en la asignación y asistencia a citas programadas.

TECNÓLOGO

- A partir de la realimentación recibida por los equipos operativos, se debe diligenciar la matriz de reporte interlocal, con el reporte de los casos asignados a la subred pero que, en el ejercicio de verificación en campo y contacto con la familia, se verifica que corresponde a localidades de otra Subred; en este reporte, se deberá informar los datos de ubicación y contacto para garantizar el trabajo conjunto entre subredes y la efectividad de las acciones a nivel distrital. De igual forma, debe realimentar los casos que fueron remitidos desde otras subredes, con el fin de conocer la efectividad del abordaje a las familias.
- Revisión de historias clínicas en el aplicativo dispuesto de cada subred, según la necesidad de verificación por parte de los diferentes procesos adelantados en el entorno.
- Centralizar, controlar y monitorear los diferentes procesos de derivaciones adelantados en el entorno, entre el equipo de abordaje territorial y planes de cuidado familiar, así como los casos remitidos a EAC, el agendamiento de citas, activaciones de rutas, respuestas intersectoriales, entre otras.

- Centralizar los procesos adelantados por los técnicos de sistemas y adelantar precritica, seguimiento y realimentación relacionados con elementos de calidad y completitud.

PROFESIONAL EN INGENIERÍA DE SISTEMAS

- Generación de informes, indicadores, registro en tableros de control y cargue de bases de datos:
  - Consolidar los productos de bases de datos y hacer entrega oficial a nivel central, según los tiempos preestablecidos, teniendo en cuenta el número de registros mínimos a entregar según lo pactado el plan de acción programático mensual.
  - Entregar las bases de datos a nivel Local y Distrital cuando sean requeridas, con previa verificación. Se precisa que las bases de datos que son administradas desde el entorno deben ser cargadas al drive dispuesto desde SDS; de manera mensual los primeros 7 días hábiles de cada mes, junto con los demás soportes de gestión operativa del entorno para revisión y posterior concepto técnico desde SDS.
  - Realizar el monitoreo, control y verificación de la información generada en el marco de las acciones desarrolladas en el entorno, a partir de la administración de aplicativos y bases de datos, dispuestos para tal fin y el cruce de diferentes fuentes de información para direccionar los equipos y generar reportes de información.
  - Alimentar tableros de reporte y programación de actividades, solicitados desde nivel central, incluyendo el reporte SEGPLAN y tablero de indicadores.
  - Validar y pilotear aplicativos informáticos dispuestos por la SDS; administrar usuarios acordes a premisos en aplicativos, así como emplear los roles asignados desde SDS para garantizar el flujo y calidad de la información.
  - Asegurar la calidad e integridad de la información, por medio de procesos de control de calidad de los datos de manera periódica, comparando los contenidos de las fichas de la información digitadas con la productividad.
  - Realizar y/o participar en el desarrollo de procesos de fortalecimiento de competencias de talento humano, impartidos por la Subred y la Secretaría Distrital de Salud. Así mismo, asegurar la divulgación de dichos conocimientos a los profesionales, técnicos y digitadores sobre el uso correcto y eficiente de las aplicaciones para el registro de información.

- Construir procesos de cruce de bases de datos del entorno con las demás bases de la Subred (RIPS, SIVIGILA, geocodificadores, etc.), para apoyar el análisis de calidad de vida salud y enfermedad.
- Suministrar la información requerida para la generación de procesos de georreferenciación, acorde a las variables definidas para el componente geográfico.
- Participar de manera periódica a reuniones programadas por la Secretaría Distrital de Salud, correspondientes a temas de seguimiento, asistencia técnica y retroalimentación.
- Articulación permanente con el equipo GESI de la subred, con el fin de verificar calidad y concordancia de las bases a través de revisiones periódicas de las bases de datos. Identificar debilidades en el proceso y medidas de fortalecimiento a emprender con el equipo operativo, en articulación con los profesionales de apoyo del entorno.

Acciones propias relacionadas con el aplicativo en línea:

El equipo de gestión de la información, deberá organizarse estratégica y operativamente para dar cumplimiento a los mínimos relacionados con el aplicativo, que se enuncian a continuación, para ello, se propone una organización de un técnico en sistemas o digitador con cada uno de los profesionales de apoyo, con el propósito de avanzar en el proceso de precrítica, seguimeinto y control de la información ingresada a los diferencias módulos y formularios:

- Realizar validaciones, seguimiento a la completitud, precisión y pertinencia de la información ingresada en el aplicativo.
- Adelantar seguimiento de los ajustes solicitados por los profesionales en el módulo dispuesto, para los casos de ingreso de información equivocada.
- Seguimiento a la implementación de ajustes y correcciones por parte del equipo operativo, para garantizar la calidad y precisión en los datos.
- Participar en las mesas de soporte, fortalecimiento técnico y construcción conjunta adelantadas con el equipo desarrollador del aplicativo en línea.}
- Generar soporte interno al equipo del entorno, en el uso del aplicativo en línea.
- Generar estrategias internas de control, seguimiento y evaluación de los procesos de relacionados con la gestión de la información.
- Dar cumplimiento al cronograma de actividades relacionadas con el aplicativo en línea, concertado con nivel central.

Elaboró: Sindy Julieth Sánchez, María Camila Marín, Milena Useche Velásquez – Referentes Técnicos Entorno Hogar /Revisó: Marcela Martínez Contreras - Subdirectora de Acciones Colectivas, Diana Sofía Ríos Oliveros - Subdirectora de Determinantes en Salud. Diana Marcela Walteros – Subdirectora de Vigilancia en Salud Pública y Claudia Milena Cuéllar Segura - Subdirectora en Gestión y Evaluación de Políticas en Salud Pública / Aprobó: Patricia Eugenia Molano – Directora de Acciones Colectivas y María Belén Jaimes - Directora de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva.

Tabla resumen del producto:

Nombre de la actividad	***Periodicidad***	***Perfiles del talento humano***	***Entregables***
Proceso de Georreferenciación.	Mensual	2 profesionales Universitario 2 (Operativo). Profesional en Geografía o ingeniería catastral.	• Bases georreferenciadas y validadas para el análisis espacial. • Generación de capas (shape file) o salidas graficas a diferentes escalas, como parte de la planeación de la operación de los equipos. • Capa geográfica (shape file) de resultados de las actividades desarrolladas en las diferentes interacciones integradas. • Soportes de actas de articulación con PSPIC y los EAC. • Mapas de territorios priorizados asignados a binas cuidadoras para el abordaje. • Control de abordajes predio a predio del abordaje territorial adelantado por auxiliares de enfermería, Módulo geográfico del aplicativo en línea que soporta el indicador de efectividad del territorio.
Gestión de la información del Entorno Hogar	Mensual	1 profesional Universitario 2 (Operativo). Profesional en ingeniería de Sistemas. 1 tecnólogo (administrativo, financiero, de	• Ingreso de información con criterios de calidad y completitud de las bases y aplicativos dispuestos. • Bases de datos con ingreso de información diaria y criterios de calidad, de las actividades desarrolladas en el entorno hogar que lo requieran.

		sistemas, programación y bases de datos, mercadeo, salud ocupacional, alimentos) Tecnólogo en sistemas. 5 técnicos 2 (en áreas administrativas, financieras, archivo, sistemas, programación y bases de datos) Técnicos en Sistemas. 2 técnicos 3 (Bachiller digitador)	• Base de datos cargadas al drive dispuesto para tal fin (Aplica para todas las bases que se tienen en los diferentes procesos, diferentes a las del aplicativo en línea). • Diligenciamiento de tableros de Control acorde a la periodicidad y requerimientos de SDS en las diferentes estrategias emprendidas desde el entorno. • Matriz de reporte interlocal. • Base de agendamiento y seguimiento a citas. • Base de datos realimentadas, con la validación, contacto y/o concertación de casos a intervenir por el equipo operativo del entorno. • Bases de datos del proceso de activación de rutas, correspondiente a las activaciones remitidas al equipo de Canalizaciones de la subred. • Soporte de las acciones propias adelantadas para la implementación del aplicativo en línea.

3.4. PRODUCTO 111: DEPURACIÓN Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN A NIVEL DISTRITAL, EN EL MARCO DE LA ARTICULACIÓN SECTORIAL E INTERSECTORIAL.

Integra las acciones de gestión de la información del entorno hogar con un alcance distrital, encaminado a favorecer la planeación, el abordaje y la respuesta desde el entorno a partir de los compromisos para el desarrollo de estrategias de intervención sectoriales e intersectoriales.

3.4.1. Unidad de medida

Avance mensual del plan de acción

3.4.2. Forma de reporte de ejecución del producto

Cumplimiento de las acciones programadas en el plan de acción

3.4.3. Detalle de las actividades

3.4.3.1. Actividad 1. Depuración, consolidación y análisis de información a nivel distrital.

Descripción de Actividad

A través de esta subactividad se desarrolla el proceso de depuración, consolidación, análisis y control de la información producida y recepcionada en el entorno hogar a nivel distrital, para el desarrollo de las interacciones integradas e integrales. Para ello, se cuenta con un tecnólogo en sistemas a nivel distrital, que realiza un proceso sistemático para garantizar la remisión de información a nivel local, así como recepcionarla, consolidarla y de esa manera poder generar informes y balances de las diferentes estrategias que se tienen a nivel distrital, verificando criterios de oportunidad, completitud y calidad de los datos remitidos desde las cuatro subredes y que permitirán realimentar y generar conceptos técnicos de las bases de datos y tableros de control.

Para cumplir con este propósito se desarrollan diferentes acciones paralelas:

- Depuración y cargue de bases de datos en drive dispuesto desde SDS, para consulta de las subredes, de manera que se viabilice la operación del entorno, a partir de los criterios de priorización establecidos para las acciones de abordaje territorial y plan de cuidado familiar.
- Apoyar los procesos de cualificación, gestión documental, depuración, salidas de información y reportes de información, acorde a demanda de la SDS.
- Consolidación de información generada en las subredes integradas se servicios de salud, con el fin de verificar la realimentación de casos, avances en el abordaje y efectividad de las intervenciones.
- Validación de tableros de control y concordancia con las bases de datos de las subredes integradas.

- Generación de tablero de control distrital, acorde a necesidad y solicitud de referentes de la SDS.
- Generación de bases de datos, tableros, salidas de información y reportes acorde a solicitudes de la SDS, así como de los indicadores rutinarios que se miden en el entorno.

Tabla resumen del producto:

Nombre de la actividad	***Periodicidad***	***Perfiles del talento humano***	***Entregables***
Depuración, consolidación y análisis de información a nivel distrital.	Mensual	1 tecnólogo (administrativo, financiero, de sistemas, programación y bases de datos, mercadeo, salud ocupacional, alimentos) Tecnólogo en sistemas.	• Bases depuradas y validadas, cargadas al drive para consulta de las subredes. • Consolidación de base de datos • Revisión de tableros de Control acorde a la periodicidad y requerimientos de SDS en las diferentes estrategias emprendidas desde el entorno. • Reportes y salidas de información acorde a solicitudes allegadas al entorno. • Acciones de apoyo a la cualificación e implementación del aplicativo en línea. • Respuestas a demandas y solicitudes de la SDS.

4. Monitoreo y seguimiento

Texto introductorio.
Indicadores definitivos para EBS.
Mensual, último comité de cuidado del mes, por equipo.

N°.	**Nombre del indicador**	**Frecuencia de medición**	**Fórmula**	**Fuente**	**Responsable del cálculo**

1	Familias con intervenciones para la promoción de la salud	Mensual	Número de familias con intervenciones para la promoción de la salud / Total de familias intervenidas*100.	Base de datos de abordaje familiar.	Equipo de gestión estratégica y táctica del entorno, con los insumos suministrados por los equipos operativos que desarrollan la intervención.
2	Familias donde se identifican riesgos en salud y se emprenden acciones de gestión inicial para su mitigación.	Mensual	Número de familias donde se identifican riesgos en salud y se emprenden acciones de gestión inicial para su mitigación / Total de familias intervenidas*100.	Base de datos de abordaje familiar.	Equipo de gestión estratégica y táctica del entorno, con los insumos suministrados por los equipos operativos que desarrollan la intervención.
3	Familias con menores de 5 años identificados con desnutrición aguda, con intervención inicial para la gestión integral de riesgos	Mensual	Número de familias con menores de 5 años identificados con DNTA con intervención inicial para la gestión integral de riesgos / de familias con menores de 5 años	Base de datos de abordaje familiar.	Equipo de gestión estratégica y táctica del entorno, con los insumos suministrados por los equipos

			identificados con DNTA *100		operativos que desarrollan la intervención.
4	Familias con acciones de gestión del riesgo implementadas.	Mensual	Número de familias con acciones de gestión del riesgo implementadas/Total de familias remitidas con criterio de abordaje por el entorno hogar*100.	Base de datos de abordaje familiar. Base de datos Estadísticas Vitales- Defunciones. Aplicativo PAI. Aplicativo SIRC.	Equipo de gestión estratégica y táctica del entorno, con los insumos suministrados por los equipos operativos que desarrollan la intervención.
3	Efectividad de las canalizaciones generadas.	Mensual	Número de individuos canalizados con respuesta efectiva/Total de individuos canalizados *100.	Base de datos de abordaje familiar. Base de datos Estadísticas Vitales- Defunciones. Aplicativo PAI. Aplicativo SIRC.	Equipo de gestión estratégica y táctica del entorno, con los insumos suministrados por los equipos operativos que desarrollan la intervención.
4	Efectividad de las acciones de abordaje familiar, acorde a la	Mensual	N° de familias caracterizadas con acciones centradas	Base de datos de abordaje familiar.	Equipo de gestión estratégica y

	disminución de riesgos para la salud.		en familia que disminuyen riesgos para la salud posterior al abordaje familiar/Total de familias abordadas por el entorno hogar*100.	Base de datos Estadísticas Vitales- Defunciones. Aplicativo PAI. Aplicativo SIRC.	táctica del entorno, con los insumos suministrados por los equipos operativos que desarrollan la intervención.
5	Familias con menores con alerta nutricional con intervención para el mejoramiento de su condición y vinculación a programas de apoyo nutricional acorde a su necesidad.	Mensual	Número de personas con activación de ruta efectiva / Total de personas con activaciones de ruta *100	Base de datos de abordaje familiar. Base de datos Estadísticas Vitales- Defunciones. Aplicativo PAI. Aplicativo SIRC.	Equipo de gestión estratégica y táctica del entorno, con los insumos suministrados por los equipos operativos que desarrollan la intervención.
6	Porcentaje de casos de Bajo peso al nacer con ganancia de peso para la edad.	Mensual	N° de casos de Bajo Peso al Nacer con ganancia de peso adecuada para la edad (20 o más gramos diarios)/ N° de casos de Bajo peso al Nacer intervenidos por el espacio*100.	Base de datos de abordaje familiar. Base de datos Estadísticas Vitales- Defunciones.	Equipo de gestión estratégica y táctica del entorno, con los insumos suministrados por los equipos

				Aplicativo PAI. Aplicativo SIRC.	operativos que desarrollan la intervención.
7	Porcentaje de casos de DNT aguda con ganancia de peso para la talla.	Mensual	Número de casos de DNT aguda con recuperación nutricional (Cambio de canal de clasificación nutricional)/ N° de casos de DNT aguda intervenidos por el espacio*100	Base de datos de abordaje familiar. Base de datos Estadísticas Vitales- Defunciones. Aplicativo PAI. Aplicativo SIRC.	Equipo de gestión estratégica y táctica del entorno, con los insumos suministrados por los equipos operativos que desarrollan la intervención.
8	Recuperación Nutricional de gestantes con bajo peso intervenidas (estado nutricional adecuado para la edad gestacional).	Mensual	Número de gestantes con bajo peso que presentan ganancia de peso/Número de casos de gestantes con bajo peso intervenidas por el espacio*100.	Base de datos de abordaje familiar. Base de datos Estadísticas Vitales- Defunciones. Aplicativo PAI. Aplicativo SIRC.	Equipo de gestión estratégica y táctica del entorno, con los insumos suministrados por los equipos operativos que desarrollan la intervención.

9	Familias con gestión integral en riesgos materno infantiles identificados.	Mensual	Número de familias con gestión integral en riesgos materno infantiles identificados/ Total de familias identificadas con riesgos materno infantiles *100.	Base de datos de abordaje familiar. Base de datos Estadísticas Vitales- Defunciones. Aplicativo PAI. Aplicativo SIRC.	Equipo de gestión estratégica y táctica del entorno, con los insumos suministrados por los equipos operativos que desarrollan la intervención.
10	Relación MME/MM.	Mensual	N° de casos de muerte materna temprana en las familias intervenidas/N° de casos de MME*100.	Base de datos de abordaje familiar. Base de datos Estadísticas Vitales- Defunciones. Aplicativo PAI. Aplicativo SIRC.	Equipo de gestión estratégica y táctica del entorno, con los insumos suministrados por los equipos operativos que desarrollan la intervención.
11	Índice de mortalidad perinatal por MME.	Mensual	N° de muertes perinatales de casos MME/ Número de casos de MME en las	Base de datos de abordaje familiar.	Equipo de gestión estratégica y táctica del

			familias intervenidas*100	Base de datos Estadísticas Vitales- Defunciones. Aplicativo PAI. Aplicativo SIRC.	entorno, con los insumos suministrados por los equipos operativos que desarrollan la intervención.
12	Relación Sífilis Gestacional/Sífilis Congénita	Mensual	N° de casos de Sífilis Congénita/ Número de casos de Sífilis Gestacional intervenidos*100.	Base de datos de abordaje familiar. Base de datos Estadísticas Vitales- Defunciones. Aplicativo PAI. Aplicativo SIRC.	Equipo de gestión estratégica y táctica del entorno, con los insumos suministrados por los equipos operativos que desarrollan la intervención.
13	Porcentaje de casos de Sífilis Gestacional con tratamiento.	Mensual	Nº de casos de sífilis gestacional con tratamiento finalizado/Nº total de casos de sífilis gestacional intervenidos*100	Base de datos de abordaje familiar. Base de datos Estadísticas Vitales- Defunciones.	Equipo de gestión estratégica y táctica del entorno, con los insumos suministrados por los equipos

				Aplicativo PAI. Aplicativo SIRC.	operativos que desarrollan la intervención.
14	Porcentaje de casos de Sífilis Congénita con tratamiento.	Mensual	Nº de casos de sífilis congénita con tratamiento/Nº de casos de sífilis congénita identificados*100	Base de datos de abordaje familiar. Base de datos Estadísticas Vitales-Defunciones. Aplicativo PAI. Aplicativo SIRC.	Equipo de gestión estratégica y táctica del entorno, con los insumos suministrados por los equipos operativos que desarrollan la intervención.
15	Porcentaje de casos de VIH Gestacional con tratamiento	Mensual	Nº de casos de VIH Gestacional con tratamiento/Nº de casos de VIH Gestacional intervenidos*100	Base de datos de abordaje familiar. Base de datos Estadísticas Vitales-Defunciones. Aplicativo PAI. Aplicativo SIRC.	Equipo de gestión estratégica y táctica del entorno, con los insumos suministrados por los equipos operativos que desarrollan la intervención.

16	Porcentaje de casos de Hepatitis B gestacional con tratamiento.	Mensual	Nº de casos de Hepatitis B gestacional con tratamiento/Nº de casos de Hepatitis B gestacional intervenidos*100	Base de datos de abordaje familiar. Base de datos Estadísticas Vitales- Defunciones. Aplicativo PAI. Aplicativo SIRC.	Equipo de gestión estratégica y táctica del entorno, con los insumos suministrados por los equipos operativos que desarrollan la intervención.
17	Gestantes con Adherencia a Control Prenatal.	Mensual	Número de Gestantes con Adherencia a Control Prenatal/Total de gestantes abordadas con plan familiar*100.	Base de datos de abordaje familiar. Base de datos Estadísticas Vitales- Defunciones. Aplicativo PAI. Aplicativo SIRC.	Equipo de gestión estratégica y táctica del entorno, con los insumos suministrados por los equipos operativos que desarrollan la intervención.
18	Niños y niñas menores de 5 años abordados con adherencia a controles de	Mensual	Número de Niños y niñas menores de 5 años abordados con adherencia a	Base de datos de abordaje familiar.	Equipo de gestión estratégica y táctica del

	Crecimiento y Desarrollo.		controles de Crecimiento y Desarrollo/Total de niños y niñas menores de 5 años abordados por plan familia*100r.	Base de datos Estadísticas Vitales- Defunciones. Aplicativo PAI. Aplicativo SIRC.	entorno, con los insumos suministrados por los equipos operativos que desarrollan la intervención.
19	Niños y niñas menores de 5 años abordados con esquema de vacunación completo para la edad.	Mensual	Número de Niños y niñas menores de 5 años abordados con esquema de vacunación completo para la edad/Total de niños y niñas menores de 5 años abordados por plan familiar*100.	Base de datos de abordaje familiar. Base de datos Estadísticas Vitales- Defunciones. Aplicativo PAI. Aplicativo SIRC.	Equipo de gestión estratégica y táctica del entorno, con los insumos suministrados por los equipos operativos que desarrollan la intervención.
20	Familias con personas con condición crónica con intervención para la gestión de riesgo en salud.	Mensual	Número de familias con personas con condición crónica con intervención para la gestión de riesgo en salud / Total de familias con personas con condición crónica*100.	Base de datos de abordaje familiar. Base de datos Estadísticas Vitales- Defunciones.	Equipo de gestión estratégica y táctica del entorno, con los insumos suministrados por los equipos

				Aplicativo PAI. Aplicativo SIRC.	operativos que desarrollan la intervención.
21	Familias intervenidas para la gestión integral de riesgos en salud mental.	Mensual	Número de familias intervenidas para la gestión integral de riesgos que mejoran sus habilidades en salud mental/ Total de familias identificadas con riesgos en salud mental*100.	Base de datos de abordaje familiar. Base de datos Estadísticas Vitales- Defunciones. Aplicativo PAI. Aplicativo SIRC.	Equipo de gestión estratégica y táctica del entorno, con los insumos suministrados por los equipos operativos que desarrollan la intervención.
22	Número de personas que mejoraron prácticas de salud bucal.	Mensual	Número de personas con mejores prácticas en salud bucal/Total de personas intervenidas *100.	Base de datos de abordaje familiar. Base de datos Estadísticas Vitales- Defunciones. Aplicativo PAI. Aplicativo SIRC.	Equipo de gestión estratégica y táctica del entorno, con los insumos suministrados por los equipos operativos que desarrollan la intervención.

Elaboró: Sindy Julieth Sánchez, María Camila Marín, Milena Useche Velásquez – Referentes Técnicos Entorno Hogar /Revisó: Marcela Martínez Contreras - Subdirectora de Acciones Colectivas, Diana Sofía Ríos Oliveros - Subdirectora de Determinantes en Salud. Diana Marcela Walteros – Subdirectora de Vigilancia en Salud Pública y Claudia Milena Cuéllar Segura - Subdirectora en Gestión y Evaluación de Políticas en Salud Pública / Aprobó: Patricia Eugenia Molano – Directora de Acciones Colectivas y María Belén Jaimes - Directora de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva.

ASPECTOS TRANSVERSALES A TENER EN CUENTA

- Se precisa, que todos los perfiles operativos son responsables de los registros en el aplicativo en línea y formatos de captura de información, matrices, y demás entregables dispuestos en el entorno para soportar las intervenciones adelantadas en los diferentes productos; razón por la cual, deben contar con la calidad, completitud, legibilidad y coherencia requerida.

- Se precisa que, en el marco de la atención de urgencias y emergencias, el equipo del entorno se organizará para dar respuesta a la demanda requerida. Dichas situaciones serán notificadas desde nivel central, junto con los medios de verificación a contemplar y la forma de reporte de ejecución en informe de gestión.

- De igual forma, teniendo en cuenta los postulados de la resolución 295 del 16 de febrero de 2023 y la articulación con los Equipos de Atención en Casa, para la implementación de los equipos territoriales de salud, se podrán informar desde la SDS de manera oficial, cambios a la operación y entregables de los productos, sin que esto afecte la naturaleza de los mismos, ni el recurso asignado.

- Desde el entorno, los equipos operativos, tácticos y estratégicos participarán de manera activa en las jornadas de intensificación que se desarrollan a lo largo del año, según prioridades en salud. Se aportará desde las acciones rutinarias del entorno, así como en los procesos de alistamiento, planeación y reporte acorde a la estructura y parámetros definidos desde nivel central, a cargo del equipo de gestión.

Temas transversales a la gestión e implementación de la GSP-PSPIC

Para la implementación de las acciones de apoyo a la Gestión de la Salud Publica GSP- y del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas -PSPIC, que se realizan a través de los equipos operativos

de las Subredes Integradas de Servicios de Salud E.S.E., en los diferentes entornos cuidadores y procesos transversales, es fundamental que se reconozcan unos temas que transversalizan las acciones dirigidas a población del Distrito Capital y que deben ser de conocimiento por parte de los equipos, aportando a intervenciones más integradas e integrales, para lo cual, se contará con las respectivas fichas técnicas para su consulta y apropiación.

Estos temas transversales se dividen en dos categorías:

- Temas que implican procesos de intervención y cuyas fichas técnicas, están inmersos en la caja de herramientas de la coordinación GSP- PSPIC.
- Temas transversales de procesos de Educación en Salud Pública, a través de los cuales se favorece la socialización, demanda de servicios, programas y acciones, y participación de la población que se interviene desde las acciones de la GSP-PSPIC.

A la primera categoría pertenecen:

Implementación - activación de rutas Integrales y canalización: Para el desarrollo de este tema transversal, consultar, apropiar y aplicar las fases y lo pertinente a su rol en el documento: “Ficha técnica del Procedimiento de Canalización sectorial e intersectorial distrital, para la activación de rutas integrales de atención en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (GSP – PSPIC); toda vez que dicho documento genera la línea técnica oficial sobre la cual se generará el respectivo seguimiento a los entornos cuidadores y procesos transversales.

La cual encuentra a través de la siguiente Ruta: https://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/Su-Canalizaciones.aspx?RootFolder=%2FSu%5Fcanaliz%2FCaja%5Fherram&FolderCTID=0x0120005EBEF233EF7D3349B3A1B4A055251D0B&View=%7B1F3C7F9D%2DBA8F%2D4881%2D82AF%2D8D8CDDB4A47D%7D/FT_Activacion_Rutas.pdf

Gestión del sistema de información – GESI: su objetivo es disponer de aplicativos para el proceso del ciclo de vida de la Información de las acciones realizadas con criterios de calidad, Continuidad, Oportunidad, Pertinencia, Accesibilidad, Seguridad e integralidad, durante las etapas de planeación, ejecución, seguimiento y evaluación de las acciones colectivas desarrolladas en el marco del Plan de

Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PSPIC y GSP, para la toma de decisiones estratégicas para el mejoramiento de la salud.

Educación en Salud Pública: 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. Esto nos conduce a la implementación de intervenciones pedagógicas orientadas a la transformación social, a la construcción de pensamiento crítico, de sujetos capaces de leer su realidad de forma amplia y compleja, y al fortalecimiento de la identidad y la defensa de la vida de sectores excluidos de la población.

Población procedente de flujos migratorios mixtos/Migrantes: su objetivo es disponer de información para responder de manera pertinente los requerimientos de la población migrante y aportar al direccionamiento resolutivo de sus necesidades en el marco de las políticas migratorias nacionales vigentes.

Participación social incidente: Es el proceso mediante el cual las personas, familias y comunidades, desde la construcción democrática, las iniciativas y la gestión de la respuesta a sus necesidades y situaciones, inciden en la toma de decisiones y la agenda pública promoviendo el cuidado de la salud y la vida. Así las cosas, cada entorno cuidador y proceso transversal, deberá propender por acompañar y orientar los procesos comunitarios para que logren incidir en escenarios de decisión y de esta manera gestionar sus necesidades.

Por lo anterior, es importante que los entornos cuidadores y procesos transversales reconozcan y apropien la ficha técnica de participación social incidente, la cual es liderada y orientada desde la coordinación GSP-PSPIC y dinamizada por el equipo funcional comunitario de participación social incidente local con la orientación técnica del equipo distrital. Además, cada entorno y proceso deberá propender por acompañar y orientar los procesos comunitarios para que logren incidir en escenarios de decisión y de esta manera gestionar sus necesidades.

La consulta documental de los temas transversales se realizará a través de la siguiente Ruta: Coordinación GSP - PSPIC / Caja de herramientas / Temas transversales.

De otro lado y con relación a los temas transversales que hacen parte del proceso de Educación en Salud Pública - ESP, se contemplan: autorregulación, donación de sangre, donación y trasplante de órganos, infección respiratoria aguda –IRA y Programa Ampliado de Inmunización – PAI, por lo cual, para su orientación técnica, se contará con fichas técnicas específicas que deben ser de conocimiento de los equipos operativos. A esta categoría pertenecen:

Autorregulación: Busca aportar a los procesos de prevención y control de los factores de riesgo sanitarios, así como del monitoreo de los factores ambientales, a través de la sensibilización de la población sobre los aspectos que se deben tener en cuenta para minimizar o controlar los efectos en salud por inadecuadas condiciones sanitarias o ambientales, complementario con la sensibilización acerca de la responsabilidad que tienen los propietarios de los establecimientos sobre el cumplimiento de la normatividad sanitaria. Por tal motivo se promueve en la comunidad la estrategia de autorregulación, donde los proveedores o productores de bienes o servicios pueden inscribirse para la revisión de la norma sanitaria según la actividad económica, el registro, la verificación del cumplimiento normativo con base en una lista de chequeo, la solicitud de la visita sanitaria y la autorregulación posterior y de manera permanente.

Teniendo en cuenta el contexto mencionado, la Secretaría Distrital de Salud implementó en Bogotá, esta estrategia, la cual puede ser consultada a través de la página web “negocios saludables – negocios rentables”, (http://autorregulacion.saludcapital.gov.co/), donde los proveedores o productores de bienes o servicios pueden inscribirse siguiendo los pasos allí establecidos, los cuales incluyen la revisión de la norma sanitaria según la actividad económica, el registro, la verificación del cumplimiento normativo con base en una lista de chequeo, la solicitud de la visita sanitaria y la autorregulación posterior y de manera permanente. Adicionalmente, la invitación a que los establecimientos se vinculen a los programas de excelencia sanitaria que brinda la Secretaría Distrital de Salud.

Donación de sangre -Donación y trasplante de órganos: favorecer el despliegue de acciones de información desde los equipos técnicos de la GSP-PSPIC, enfocadas en contenidos puntuales y de

divulgación permanente, que puedan llegar a la comunidad a través de diferentes canales y favorecer la conciencia y sensibilidad sobre el acto solidario y voluntario de donar, así como motivar el registro de voluntades sobre la donación.

Infección respiratoria aguda –IRA: En el momento en que la Subdirección de Vigilancia en Salud Pública identifique e informe a la coordinación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC) que el número de casos de infección respiratoria aguda en la ciudad sobrepasa la zona de seguridad del canal endémico, todos los equipos de entornos cuidadores y procesos transversales desarrollarán en el marco de sus acciones con la población, estrategias de información, educación y comunicación orientadas a la prevención de la infección respiratoria, la identificación de signos de alarma y la atención oportuna de los casos, de igual forma se espera que cuando se decreten los picos respiratorios en el Distrito (primer pico entre abril, mayo y junio, segundo pico entre septiembre , octubre y noviembre) se prioricen las temáticas previamente mencionadas por los equipos de entornos cuidadores y se involucren otros sectores que atiende población vulnerable.

Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI): desde el PAI, se orienta a los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS y demás entidades responsables de las acciones en salud para brindar una atención continua de acuerdo con los momentos del curso de vida de manera integral, mediante intervenciones de demanda inducida a los servicios de vacunación teniendo en cuenta el tipo y el enfoque diferencial previo a la identificación de la población susceptible. En este sentido, los equipos de la GSP-PSPIC, deben conocer el programa y lograr la demanda inducida a la población susceptible a vacunar, que se identifica en las diferentes entornos y procesos.

Los temas transversales mencionados anteriormente, son de vital importancia, dada la necesidad existente de posicionar y fortalecer temas de interés en salud, con la población que se interviene en los diferentes entornos cuidadores y procesos transversales de la GSP-PSPIC, que permitan promocionar el acceso a servicios, el fortalecimiento social y comunitario en salud, procesos de IVC, para el bienestar y prácticas de co-cuidado, que conllevan a que las personas sean capaces de asumir la responsabilidad de sí mismos (autocuidado) y del cuidado de otros y de otras formas de vida.

Para orientar el desarrollo de estos temas, se cuenta con las respectivas fichas técnicas, cuya consulta se realizará a través de la siguiente Ruta: Fichas_tecnicas_Educacion en Salud Pública -ESP

Referencias

- Ministerio de salud y protección social. Resolución 518 de 2015. Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC.
- Ministerio de salud y protección social. Resolución 3280 de 2018. Lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la salud y la Ruta Integral de Atención en salud para la Población.
- Circular 011 de 2018. Directrices para avanzar en la construcción e implementación del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural- SISPI a nivel territorial, en diálogo con el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Planes Integrales de Acciones afirmativas 2020-2024 políticas Indígena, Gitano, Raizal, Palenquero y negro/afrodescendiente.
- Resolución 2626 de 2019 "Línea de acción de enfoque diferencial" del Modelo de Acción Integral Territorial- MAITE.
- Resolución 050 de enero de 2021 adopción capítulo para pueblos y comunidades indígenas de Colombia como parte integral del plan decenal de salud pública.
- Ministerio de salud y protección social. Resolución 295 de 2023. Por la cual se modifican los artículos 3, 8, 11, 14, 16, y 18 de la Resolución 518 de 2015 en relación con la gestión de la salud pública, las responsabilidades de las entidades territoriales y de los ejecutores del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas y las condiciones para la ejecución.

CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	RAZÓN DE ACTUALIZACIÓN

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL		
	DOCUMENTO OPERATIVO DE ENTORNO CUIDADOR HOGAR		
	Controlado no codificado	Versión:	1

Elaboró: Sindy Julieth Sánchez, María Camila Marín, Milena Useche Velásquez – Referentes Técnicos Entorno Hogar /Revisó: Marcela Martínez Contreras - Subdirectora de Acciones Colectivas, Diana Sofía Ríos Oliveros - Subdirectora de Determinantes en Salud. Diana Marcela Walteros – Subdirectora de Vigilancia en Salud Pública y Claudia Milena Cuéllar Segura - Subdirectora en Gestión y Evaluación de Políticas en Salud Pública / Aprobó: Patricia Eugenia Molano – Directora de Acciones Colectivas y María Belén Jaimes - Directora de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva.

1	Mayo de 2024	Se realiza la creación del documento dado a los nuevos convenios interadministrativos celebrados ente la Secretaria Distrital de Salud – FFDS y las Subredes Integradas de Servicios de Salud E.S.E; para la ejecución de las acciones Gestión de la Salud Pública de competencia y el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas PSPIC.

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Sindy Julieth Sánchez **Cargo:** Referente Técnico Entorno Hogar **Nombre:** María Camila Marín **Cargo:** Referente Técnico Entorno Hogar **Nombre:** Milena Useche **Cargo:** Referente Técnico Entorno Hogar **Nombre:** Juan Carlos Rojas **Cargo:** Referente Técnico Etnias **Nombre:** Edyanni Ramos **Cargo:** Referente Técnico Etnias **Nombre:** Anya Mercedes Suarez **Cargo:** Referente Técnico Etnias **Fecha:** Mayo de 2024	**Nombre:** Marcela Martínez Contreras **Cargo:** Subdirectora Acciones Colectivas **Nombre:** Andrea López **Cargo:** Subdirectora Gestión y Evaluación de Políticas en Salud Pública **Nombre:** Diana Sofia Rios Oliveros **Cargo:** Subdirectora Determinantes en Salud **Nombre:** Diana Marcela Walteros **Cargo:** Subdirectora de Vigilancia en Salud Pública **Fecha:** Mayo de 2024	**Nombre:** Patricia Molano **Cargo:** Directora Acciones Colectivas **Nombre:** María Belén Jaimes **Cargo:** Directora Vigilancia en Salud Pública **Fecha:** Mayo de 2024