SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

SERVICIO SOCIOSANITARIO- ~~PLAN~~ESTRATEGIA INTEGRAL DE ATENCION EN EL SERVICIOS TRANSITORIO

Comentado [MAGM1]: OJO estamos hablando de integral, pero únicamente está salud, no hay nada del otro sector, se había acordado una revisión previa para revisar acciones, deficiencias, duplicidades y hacer análisis para generar sinergias

INTRODUCCION ~~(Dra Astrid)~~

El Modelo de atención en salud de Bogotá MAS Bienestar integra las acciones colectivas e individuales sectoriales e intersectoriales, en este documento se describe dicha visión y accionar integrador que mediante la sinergia de servicios sociales y de salud busca mejorar las condiciones de calidad de vida y salud de las personas sujetos de la presente estrategia.

En una sociedad que experimenta un acelerado envejecimiento de su población, el bienestar y la calidad de vida de las personas mayores se han convertido en prioridades esenciales para las políticas de salud pública y los programas de atención social. A medida que la esperanza de vida se incrementa y las necesidades de este grupo poblacional se diversifican, resulta fundamental adoptar un modelo sociosanitario de gestión integral que no solo satisfaga estas necesidades, sino que también garantice el respeto, la dignidad, ~~y~~ el empoderamiento y se busque la autonomía e inclusión social de las personas~~.~~ mayores.

Comentado [MAGM2]: Considero clave hablar de autonomía, se debe buscar que las personas mayores retornen a los espacios sociales cotidianos con las condiciones adecuadas, de lo contrario seguirán institucionalizados.

Este documento desarrolla el Plan de Gestión Integral para Personas Mayores, un esfuerzo conjunto entre las Secretarías de Integración Social y de Salud, que tiene como eje ~~central~~ el "enfoque centrado en la persona". Este enfoque reconoce que cada individuo posee una tendencia innata hacia el desarrollo personal y la superación continua, siempre que se le proporcionen las condiciones adecuadas". En este sentido, el plan busca crear un entorno donde las personas mayores puedan alcanzar su máximo potencial, promoviendo tanto su toma de decisiones ~~y~~ como la autonomía. Para llevar a cabo este proceso, se consideran cuatro aspectos esenciales que guiarán todas las intervenciones y servicios incluidos en el plan:

Comentado [MAGM3]: ¿cuál es este plan? ¿el plan solo se limita a estos servicios?, si es un plan integral debería ser mucho más amplio, si es exclusivo para la institución, sugiero una denominación diferente, algo así "Plan de manejo integral de la persona mayor en los centros transitorios"

Comentado [MAGM4]: faltan unas comillas, importante hacer la referencia del documento original de la cita

Comentado [MAGM5]: ¿la familia y las redes sociales?

Me llama la atención que siendo un espacio transitorio que dentro de sus opciones tiene encontrar las familias o redes de las personas y si son favorables, apoyarlas para que regresen a estos contextos, sin embargo, en los abordajes nunca se mencionan acciones relacionadas con las familias o redes sociales.

- **Actitudes de aceptación y empatía**: Este pilar se centra en la importancia de escuchar activamente, mostrar comprensión y ser tolerante ante las experiencias y necesidades de cada persona mayor. Una relación basada en la empatía y la aceptación es crucial para establecer un vínculo de confianza que permita la intervención eficaz y significativa.

- **Desarrollo de habilidades de respeto y comprensión**: Para facilitar un clima de intervención adecuado, es necesario que los profesionales adquieran habilidades que les permitan interactuar con respeto y comprensión profunda hacia las personas mayores. Este clima de respeto mutuo contribuye a que los mayores se sientan valorados y seguros, lo cual es esencial para fomentar su participación en su propio

proceso de cuidado.

- **Prestación de servicios personalizados:** El plan prioriza la oferta de servicios que tomen en cuenta las necesidades, preferencias y deseos de las personas mayores, promoviendo un enfoque de atención que potencia sus habilidades de autocuidado favorece su independencia y autonomía. Al brindar estos servicios adaptados, se refuerza la capacidad de la persona mayor para gestionar su propia salud y bienestar, fortaleciendo su rol activo en su proceso de vida.

- **Capacidad de innovación en las intervenciones**: Para atender las necesidades y aspiraciones de las personas mayores, el plan propone implementar intervenciones innovadoras que refuercen actitudes y conductas positivas. Este enfoque centrado en la persona fomenta el desarrollo de habilidades y la adaptación a nuevas experiencias, ayudando a mejorar la relación de las personas mayores con sus pares y su entorno social.

Dentro de este plan deberá contemplarse la capacitación y sensibilización de los cuidadores y profesionales que trabajan con personas mayores, asegurando que comprendan y apliquen el enfoque centrado en la persona en su labor diaria. Esto garantizará un abordaje integral, que no solo abarque las necesidades físicas, sino también las emocionales y sociales de las personas mayores

Finalmente, el Plan de Gestión Integral será monitoreado de manera constante para identificar los avances y realizar los ajustes necesarios que permitan su cumplimiento y mejora continua. De este modo, se busca crear un modelo sostenible que beneficie a las personas mayores en abandono social que aunque son dadas de alta, permanecen hospitalizadas en las subredes integradas de servicios de salud, mejorando su calidad de vida y promoviendo una vejez digna y activa.

1. OBJETIVO

Fortalecer la coordinación entre los sectores de salud y sociales mediante la creación e implementación de un plan de gestión integral conjunto en servicios socio sanitarios transitorios, que permitan una atención integral con reconocimiento de las necesidades particulares y diferenciales para personas mayores en condición de abandono, mejorando su bienestar físico, emocional y social, propiciando un envejecimiento activo y saludable.

Coordinar intersectorialmente la operación de los servicios socio sanitarios integrales y transitorio, que articule los servicios de salud, protección social, y otros sectores relevantes, con el fin de ofrecer una atención integral con reconocimiento de las necesidades particulares y diferenciales para personas mayores en condición de abandono, mejorando su bienestar físico, emocional y social, propiciando un envejecimiento activo y saludable.

1. PERFIL DE SALUD

Con formato: Fuente: (Predeterminada) Arial

Con formato: Fuente: (Predeterminada) Arial

Comentado [MAGM6]: El objetivo general debe ser la atención integral, el plan es un medio para lograr el objetivo general

Comentado [MAGM7]: Objetivo propuesto

A continuaciñon se desarrolla una metodología de análisis de riesgos, características y circunstancias individuales y colectivas que permite definir las prioridades frente a intervenciones y/o abordajes, ya que permite obtener un panorama de las diferentes necesidades asociadas a condiciones de salud, enfermedades, y afectaciones psicosociales que podrían estar afectando de forma recurrente a la población en condición de abandono social.

Unos de los principales beneficios del perfil de morbilidad para la población en abandono social se asocian a:

- Identificación de necesidades de salud especificas
- Orientación y direccionamiento de recursos y servicios de salud
- Desarrollo de programas y abordajes específicos
- Evaluación de impacto de las intervenciones
- Mejora de la calidad de vida

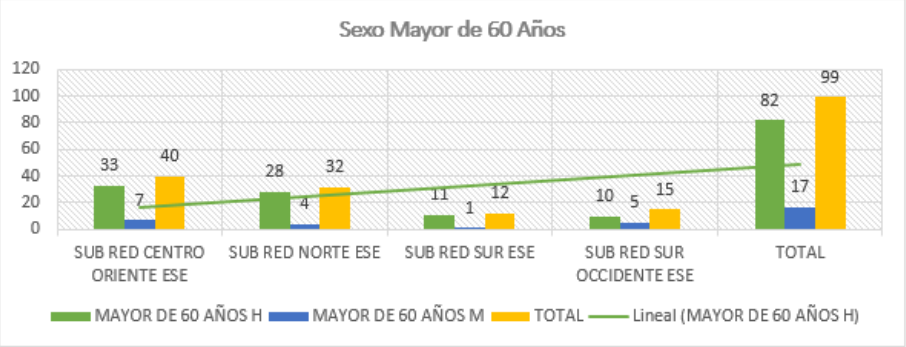
Tabla 1 Distribución poblacional según sexo

SUB-RED/SEXO	MAYOR DE 60 AÑOS		TOTAL
	H	M	
SUB-RED CENTRO ORIENTE ESE	33	7	40
SUB-RED NORTE ESE	28	4	32
SUB-RED SUR ESE	11	1	12
SUB-RED SUR OCCIDENTE ESE	10	5	15
TOTAL	82	17	99

Fuente: Base de datos Subredes Integradas y EAPB Capital Salud octubre 2024

En la tabla 1 se identifica la distribución de ciudadanos en condición de abandono social por cada Subred, los cuales cumplen el criterio de edad (> 60 años) según sexo, con un total de 82 ciudadanos hombres y 17 mujeres, para una distribución porcentual de 83% para el sexo hombres y un 17% para sexo mujer. Para lo cual se interpreta que la población de sexo hombre presentan un mayor riesgo de padecer condición de abandono, es decir de cada 10 personas bajo esta condición de riesgo, 8 serían hombres.

Gráfica1 Distribución poblacional según sexo



Fuente: Base de datos Subredes Integradas y EAPB Capital Salud octubre 2024

La gráfica muestra la distribución nominal de personas en condición de abandono según sexo, donde la mayor prevalencia la reporta la Subred Centro Oriente con un total de 40 casos distribuidos en 33 hombres y 7 mujeres y en segundo lugar la Subred Norte con un total de 32 casos distribuidos entre 28 hombres y 4 mujeres baja esta condición. La Subred que menos prevalencia reporta frente a ciudadanos en abandono es la Subred Sur con 12 casos, con distribución según sexo de 11 hombres y 1 mujer.

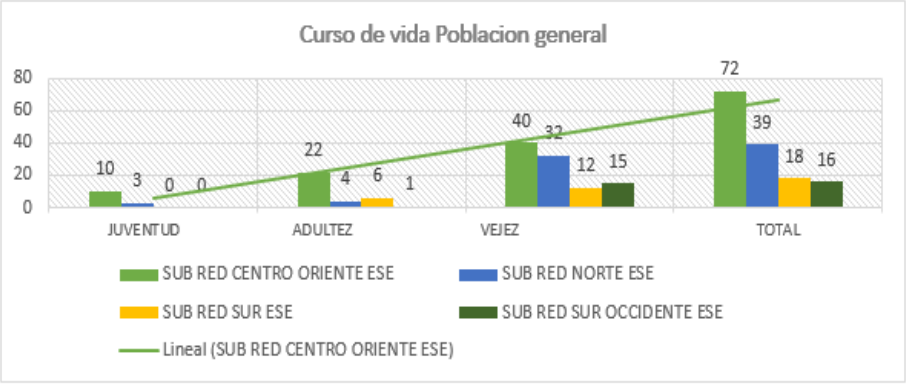
Tabla 2 Distribución poblacional curso de vida

SUB-RED/CURSO DE VIDA	JUVENTUD	ADULTEZ	VEJEZ	TOTAL
SUB-RED CENTRO ORIENTE ESE	10	22	40	72
SUB-RED NORTE ESE	3	4	32	39
SUB-RED SUR ESE	0	6	12	18
SUB-RED SUR OCCIDENTE ESE	0	1	15	16
TOTAL	13	33	99	145

Fuente: Base de datos Subredes Integradas y EAPB Capital Salud octubre 2024

En la tabla 2 se identifica la distribución de ciudadanos en condición de abandono social según curso de vida con un total de 99 casos para vejez, 33 casos para curso de vida adultez y 13 casos curso de vida juventud, para un total nominal de 145 casos identificados entre las cuatro (4) Subredes. Es decir, la distribución porcentual de personas en condición de abandono social que cumplen criterios para el servicio sociosanitario según edad (> 60 años) con relación al total de la población es del 68.2%.

Gráfica 2 Distribución poblacional curso de vida



Fuente: Base de datos Subredes Integradas y EAPB Capital Salud octubre 2024

La gráfica muestra la distribución nominal de personas en condición de abandono según curso de vida, que cumplen con criterios para el servicio sociosanitario según edad (> 60 años) donde la mayor prevalencia la reporta la Subred Centro Oriente con un total de 40 casos, 32 casos Subred Norte, 15 casos Sur Occidente y 12 casos Sur.

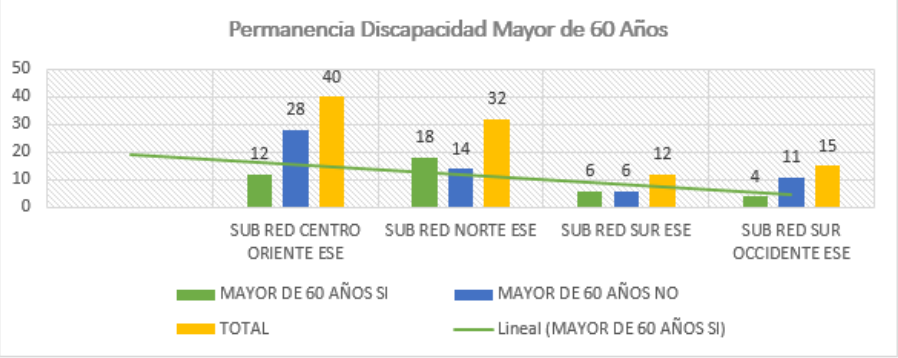
Tabla 3 Distribución según permanencia de discapacidad

SUB-RED/PERMANENCIA DISCAPACIDAD	MAYOR DE 60 AÑOS		TOTAL
	SI	NO	
SUB-RED CENTRO ORIENTE ESE	12	28	40
SUB-RED NORTE ESE	18	14	32
SUB-RED SUR ESE	6	6	12
SUB-RED SUR OCCIDENTE ESE	4	11	15
TOTAL	40	59	99

Fuente: Base de datos Subredes Integradas y EAPB Capital Salud octubre 2024

En la tabla 3 se identifica la distribución de ciudadanos en condición de abandono social según permanencia de condición de discapacidad con un total de 59 casos no presenta condición de discapacidad con distribución porcentual del 60% y un total de 40 ciudadanos identificados con alguna condición de discapacidad, con una distribución porcentual del 40%. Estas condiciones se lograron tipificar en categorías según discapacidad, con los tipos cognitiva, física, mental, neurocognitiva y otras comorbilidades en salud logrando su agrupamiento según características clínicas.

Gráfica 4 Distribución según permanencia de discapacidad



Fuente: Base de datos Subredes Integradas y EAPB Capital Salud octubre 2024

La gráfica 4 muestra la distribución nominal de personas en condición de abandono social con alguna condición de discapacidad donde la Subred Norte reportan el mayor número de ciudadanos con un total de 18 casos, seguido de la Subred Centro Oriente con 12 personas, y la Subred que menos reporta Sur Occidente con 4 ciudadanos. Las características clínicas asociadas, más condiciones de biopsicosociales determinan la cronicidad y pronósticos desfavorables en esta población, razón por la cual el trabajo frente a sus prioridades y necesidades específicas serán fundamentales para su pronóstico de evolución.

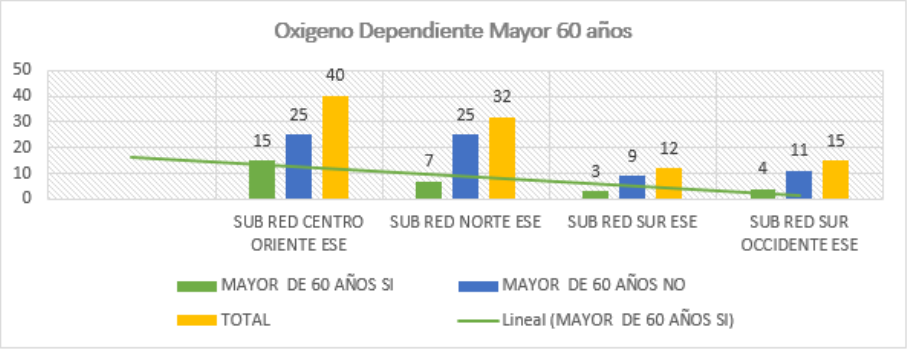
Tabla 5 Distribución de usuarios oxigeno-dependientes

SUB-RED/OXIGENO DEPENDIENTE	MAYOR DE 60 AÑOS		TOTAL
	SI	NO	
SUB-RED CENTRO ORIENTE ESE	15	25	40
SUB-RED NORTE ESE	7	25	32
SUB-RED SUR ESE	3	9	12
SUB-RED SUR OCCIDENTE ESE	4	11	15
TOTAL	29	70	99

Fuente: Base de datos Subredes Integradas y EAPB Capital Salud octubre 2024

En la tabla 5 se identifica la distribución de ciudadanos en condición de abandono social identificados con enfermedad pulmonar obstructiva crónica EPOC, los cuales se les asocia otras comorbilidades los cuales son oxigeno-requirentes con un total de 29 ciudadanos, distribuidos con un mayor número en la Subred Centro Oriente con 15 casos, Norte con 7 casos, Sur Occidente con 4 casos y Sur con 3 casos, con distribución porcentual del 29,2% sobre el total de usuarios reportados.

Gráfica 5 Distribución usuarios oxigeno-dependientes



Fuente: Base de datos Subredes Integradas y EAPB Capital Salud octubre 2024

La gráfica 5 muestra la distribución nominal de personas en condición de abandono social con alguna condición de enfermedad pulmonar obstructiva crónica EPOC requirentes de oxígeno, los cuales cumplen con criterios para el servicio sociosanitario según edad (> 60 años). Esta población presenta una mayor prevalencia en la subred norte, y se convierte en un poco menos de la tercera parte del total de ciudadanos en condición de abandono para lo cual se requiere atenciones individualizadas con paraclínicos y exámenes diagnósticos específicos para su seguimiento, control y manejo de sus comorbilidades.

Tabla 6 Distribución de usuarios categorías afectaciones en salud

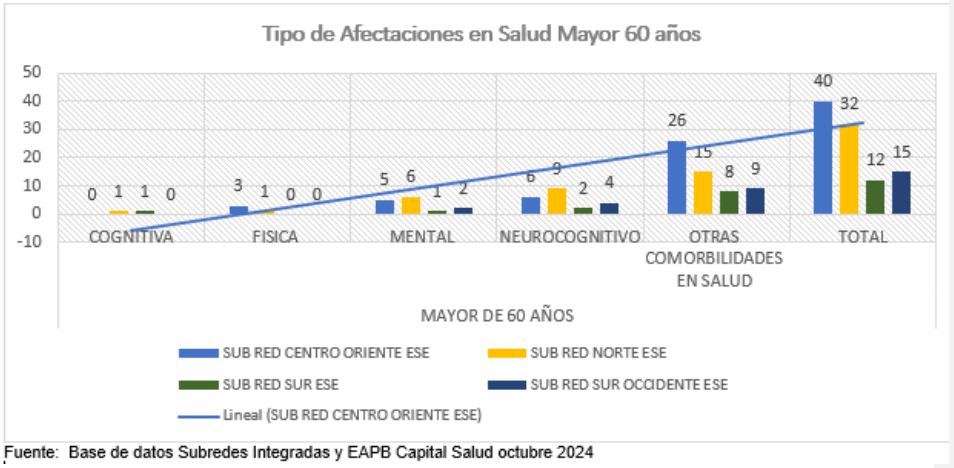
SUB-RED/TIPO DE AFECTACIONES EN SALUD	MAYOR DE 60 AÑOS					
	COGNITIVA	FISICA	MENTAL	NEUROCOGNITIVO	OTRAS COMORBILIDADES EN SALUD	TOTAL
SUB-RED CENTRO ORIENTE ESE	0	3	5	6	26	40
SUB-RED NORTE ESE	1	1	6	9	15	32
SUB-RED SUR ESE	1	0	1	2	8	12
SUB-RED SUR OCCIDENTE ESE	0	0	2	4	9	15
TOTAL	2	4	14	21	58	99

Fuente: Base de datos Subredes Integradas y EAPB Capital Salud octubre 2024

En la tabla 6 se identifica la distribución de ciudadanos en condición de abandono social

identificados con diversas afectaciones en su estado de salud los cuales presentan mayor prevalencia en la categoría de otras comorbilidades en salud con un 58,5% de casos reportados por las subredes, con mayor número de casos en la Subred Centro Oriente con un total de 26 usuarios, seguido de la Subred Norte con 15 personas y las Subredes Sur Occidente y Sur con 9 y 8 casos respectivamente.

Gráfica 6 Distribución de usuarios categorías afectaciones en salud



Fuente: Base de datos Subredes Integradas y EAPB Capital Salud octubre 2024

La gráfica muestra la distribución nominal de personas en condición de abandono social con afectaciones en salud por otras comorbilidades, para lo cual se evidencia que la Subred Centro Oriente reporta el mayor número de ciudadanos con múltiples morbilidades con una proporción del 44,8% y en segundo lugar la Subred Norte con una proporción del 25,8% solo para esta categoría. Como parte de estas necesidades se recomienda focalizar acciones frente al control de las enfermedades crónicas relávenles cómo (valoración médica mensual, controles de laboratorio clínico e imagenología de acuerdo con guías de práctica clínica, garantía en la provisión de oxigenoterapia, disponibilidad de medicamentos para enfermedades crónicas, valoraciones de especialistas según necesidad) entre otras.

Por otra parte, los casos frente a afectaciones asociadas a nivel neurocognitivo la Subred que mayor número de usuarios reporta es Norte con una proporción del 42,8% en esta categoría. Para lo cual dentro de dicha necesidad es importante contar con una serie de atenciones individualizadas especializadas frente a actividades de estimulación cognitiva que permita contención y manejo en la evolución de los cuadros clínicos.

Con respecto a los resultados en la identificación carga de morbilidad en salud mental se logra detectar 14 casos entre las cuatro (4) Subredes, lo cual permite establecer capacidad de respuesta frente a entrega oportuna de medicamentos e intervenciones psicosociales, y terapéuticas que permitan el bienestar emocional de los ciudadanos.

El anterior análisis permite definir que las principales necesidades en salud corresponden a xxxxxxxx por lo cual los servicios de salud requeridos serás xxxxxx, por las patologías descritas, los servicios mencionados deben estar acompañados de toma de laboratorios y entrega de medicamentos.

Comentado [MAGM8]: La introducción del análisis dice que "permite definir las prioridades frente a intervenciones y/o abordajes", en ese sentido hace falta la conclusión que de dicha orientación como herramienta para organizar los procesos de atención

2. Abordaje integral

El Modelo de atención en salud de Bogotá MAS Bienestar integra las acciones colectivas e individuales sectoriales e intersectoriales buscando mejorar las condiciones de calidad de vida y salud de las personas sujetos de la presente estrategia. A Continuación, se hace la descripción del proceso integrado de abordaje social y en salud, la descripción se hace acorde a los hallazgos de del análisis de salud descrito previamente.

a. PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

Comentado [MAGM9]: Se debe incluir un subcapítulo de promoción y mantenimiento, el abordaje no puede ser exclusivamente desde la enfermedad, esta población más que otras necesitan acompañamiento para reforzar hábitos saludables que limiten la progresión a condiciones patológicas

Estas acciones están dirigidas a promover la salud, prevenir el riesgo, prevenir la enfermedad y generar cultura del cuidado de la salud en las personas, familias y comunidades; incluye la valoración integral del estado de salud, la detección temprana de alteraciones, la protección específica y la educación para la salud, así como las rutas integrales de atención para grupos de riesgo, intervenciones individuales y colectivas dirigidas a la identificación oportuna de factores de riesgo y su intervención, ya sea para evitar la aparición de una condición específica en salud o para realizar un diagnóstico y una derivación oportuna para el tratamiento (Ministerio de Salud y Protección Social, https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/paginas/rutas-integrales-de-atencion-en-salud-rias.aspx).

Describir las atenciones que se enmarcan en esta categoría XXXXXXXXX

a.b. PROGRAMA SALUD MENTAL

La importancia de la salud mental de los usuarios en situación de "abandono social" dados de alta de las subredes integradas de servicios de salud representa una prioridad, ya que estas personas enfrentan un contexto de extrema vulnerabilidad. La falta de redes de apoyo, sumada al aislamiento prolongado y las experiencias de abandono, los coloca en un riesgo elevado de sufrir trastornos mentales como la depresión, la ansiedad y el deterioro cognitivo. Esta situación no solo afecta su bienestar psicológico, sino que también tiene repercusiones en su salud física y en su capacidad para participar en procesos de recuperación médica.

Comentado [MAGM10]: ¿por qué las "", no se supone el abandono social está confirmado?

En este contexto, la atención a la salud mental se convierte en un factor determinante para la mejora de la calidad de vida de estos usuarios. Intervenciones psicosociales, como el acompañamiento

terapéutico y el fortalecimiento de habilidades sociales, pueden contrarrestar los efectos negativos del aislamiento y fomentar la resiliencia. Además, los programas de apoyo emocional, tanto individuales como grupales, permiten generar un entorno de contención, en el que los pacientes se sientan escuchados y valorados, ayudando a disminuir los síntomas de desmotivación y el impacto del abandono.

1.1i. Descripción general (Dr Marrugo)

Abordar la salud mental en usuarios en "abandono social" va más allá del tratamiento de síntomas, ya que busca facilitar su reintegración en la sociedad y promover su autonomía. Al ofrecerles herramientas para el autocuidado, fomentar redes de apoyo y desarrollar programas de reinserción, estos usuarios pueden recuperar un sentido de propósito y conexión con la comunidad. En última instancia, un enfoque integral de salud mental no solo beneficia al individuo, sino que reduce la carga en los sistemas de salud y genera impactos positivos a nivel social. Para lo cual a continuación se describen algunas acciones trazadoras en salud mental para esta población:

- Evaluación inicial integral: Realizar evaluaciones psiquiátricas y psicológicas para identificar necesidades específicas de salud mental y crear planes de intervención personalizados.
- Apoyo psicosocial continuo: Implementar intervenciones de apoyo emocional y acompañamiento que incluyan terapias individuales, grupos de apoyo y actividades terapéuticas para reducir el aislamiento y promover el bienestar emocional.
- Fortalecimiento de redes de apoyo: Facilitar el contacto con familiares, amigos, o redes comunitarias cuando sea posible, y en su ausencia, promover redes de voluntariado y programas de acompañamiento.
- Actividades recreativas y de estimulación cognitiva: Organizar talleres, juegos y otras actividades que mantengan activa la mente, refuercen habilidades sociales y proporcionen distracción positiva.
- Promoción de habilidades de autocuidado: Proveer educación sobre el autocuidado y manejo del estrés, ayudando a desarrollar habilidades que fomenten la autonomía y la resiliencia personal.
- Entrenamiento del personal: Capacitar al personal de salud en sensibilización y estrategias de intervención específicas para manejar las complejidades emocionales y sociales de personas en abandono social.
- Programas de reinserción social: Trabajar con instituciones locales para crear oportunidades de vivienda, empleo y otras formas de reintegración social cuando el paciente esté listo para dejar el hospital.

1.2ii. Plan de Intervenciones Colectivas

Comentado [MAGM11]: Error en numeración, si el numeral anterior es 2, este debería ser 2.1

Comentado [MAGM12]:
Sugiero cambiar el título por "Acciones colectivas para el Bienestar" o algo similar

Creo aquí falta aclarar que estas actividades se desarrollan en el marco del Plan de Intervenciones colectivas, entorno institucional que hace parte del Modelo de Atención en Salud de Bogotá MAS Bienestar

La acción integrada de cuidado para la salud de personas mayores dadas de alta de las Subredes Integradas de Servicios de Salud que se encuentran en abandono social, se basa en acciones de identificación y gestión del riesgo en salud, así como acciones de educación a través de un plan de cuidado en beneficio de las personas mayores y sus cuidadores. A continuación, se describen las acciones a desarrollar:

Establecer un proceso articulador que contemple reuniones periódicas de concertación (frecuencia y número de sesiones) y seguimiento de las acciones desarrolladas.
Identificación de condiciones generales de la institución y de los riesgos individuales y colectivos de las personas mayores que se encuentran allí.

Concertación del Plan de cuidado tras el análisis de procesos protectores y deteriorantes, prioridades de abordaje, riesgos sociales y en salud con énfasis en condiciones crónicas y salud mental.

Comentado [MAGM13]: ¿esas reuniones y concertaciones se hacen con quién, el operador, los equipos de Subredes e SDIS, las personas sujeto del servicio, con todas?

Desarrollo de acciones de promoción y prevención de la salud, permitiendo que las personas mayores puedan obtener y mantener su autonomía, a través de acciones de educación en salud para el fortalecimiento de pautas de cuidado y gestión integral de riesgos identificados.

Elaboración de una ficha metodológica para cada uno de los contenidos temáticos, considerando lo siguiente:

a. Potenciar las fortalezas y oportunidades del servicio de salud para las personas mayores dadas de alta en las Subredes Integradas de Servicios de Salud que se encuentran en situación de abandono.

b. Seguimiento de acciones desarrolladas en las sesiones previas con el fin de identificar elementos incorporados en la cotidianidad.

c. Desarrollo de módulos propuestos de acuerdo con lo acordado con el equipo articulador.

Módulo: Movimiento, relajación.
- ¿Que nos preocupa hoy?
- ¿Cómo hemos dormido, es importante indagar sobre si se tiene algún problema al dormir?
- Higiene del sueño, su importancia.
- Desarrollar ejercicios cognitivos que buscan apoyar las funciones de memoria, lenguaje, percepción, entre otros.
- Importancia de la autonomía de las personas mayores, para adquirir hábitos saludables para su bienestar y salud mental

Módulo: Importancia del cuerpo-autoconciencia del movimiento
- Realizar énfasis en acciones de actividad física que permitan a las personas mayores recobrar la importancia de ¿Cómo se sienten con su cuerpo y la importancia de este?

● ¿Sé a qué horas debo consumir mi medicamento?, ¿después de las comidas? ¿antes y después? Como se sintió mi cuerpo.
● Consumo de frutas ayuda a la digestión.
● Beneficios del consumo de agua.
● Ejercicios de lecturas cortas, ¿cómo aprender a amarnos?, música.
● Importancia de la autonomía de las personas mayores, para adquirir hábitos saludables para la salud mental.

1.3iii. Plan de intervención Individuales para el bienestar

Los Equipos Básicos Extramurales de Hogar (EBEH), hacen parte de la capa de gestión extramural del pilar de Gestión Integral del Riesgo, del modelo de atención en salud de Bogotá MAS Bienestar, el cual contempla componentes de la Atención Primaria Social, centrando su abordaje en la generación de bienestar y salud, donde la persona, la familia y la comunidad son el núcleo fundamental para la identificación temprana e intervención oportuna de riesgos generando procesos corresponsables para el cuidado de la salud.

Las atenciones individuales estarán dirigidas a los integrantes de las comunidades de cuidado en donde se identifiquen riesgos en salud mental, planteando así la oportunidad de aportar modificaciones positivas al estado emocional del usuario con temas relevantes que impactarán el fortalecimiento de las herramientas de afrontamiento y la gestión de emociones en el paciente.

Es importante aclarar que todas las derivaciones de usuarios con requerimiento de una atención individual estará mediada por una verificación de pertinencia de la atención por parte de las EPS 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 /o adherencia a las rutas de riesgo, de acuerdo con la necesidad en salud del usuario.

1.3.1iv. Atención equipos básicos (Dra gloria)

Se realizará la atención individual de psicología de acuerdo con las prioridades establecidas para ello, en el marco del perfil de morbilidad que presenta la población sujeta de intervención:

- Persona mayor con Identificación de riesgo para problemas de salud mental; Depresión y/o Ansiedad.

- Pacientes crónicos de salud mental (usuarios con diagnósticos agudos)

Como respuesta a la identificación inicial, el profesional de psicología establecerá el proceso terapéutico de intervención para cada usuario, el cual estará generado en el marco de la guía de intervención MhGap[1], estableciendo entre 4 a 7 sesiones individuales según necesidad especifica de los usuarios, las que serán definidas de acuerdo al resultado de la valoración integral establecida, planteando así la oportunidad de aportar modificaciones positivas al estado emocional del usuario con temas relevantes que impactarán en el estado de bienestar y la gestión de emociones en el paciente.

1.3.22.1.1 Atención equipos Especializados (subred)
1.3.32.1.2 Servicios complementarios(subred)

- **Entrega de medicamentos**
- **Apoyo diagnostico**

2.v. PROGRAMA DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Comentado [MAGM14]: Mis ma observación de títulos y estructura del anterior

2.12.2 Descripción general

2.22.3 Plan de intervención Colectiva (Astrid y Camila)

Desarrollo de acciones de educación en salud para el fortalecimiento de pautas de cuidado y gestión integral de riesgos identificados, de acuerdo con la concertación del Plan de Cuidado, con el siguiente módulo propuesto.

Módulo: Afectaciones Neurocognitivas

- En que consiste una afectación neurocognitiva
- Como reconocerla
- Aprenderla a manejar y pedir ayuda cuando me siento mal
- La importancia de asistir al control de servicio médico y toma medicamentos

2.32.4 Plan de intervención Individual

El proceso Rehabilitación basada en comunidad para población con discapacidad se lleva a cabo mediante la asesoría a la persona con discapacidad y la persona cuidadora; con el objetivo de favorecer sus capacidades y empoderamiento para mayor percepción de bienestar, autonomía y dominio del entorno, e incluye promover los factores protectores en el marco de sus derechos.

[1] MhGAP (Mental Health Gap Action Programme) es un recurso valioso para mejorar la atención en salud mental y cerrar la brecha de atención en diferentes contextos.

2.3.12.4.1 Atención equipos básicos (Dra gloria)

Comprende sesiones con asesoría y orientación para implementar un plan de cuidado, construido a partir de la identificación de necesidades, riesgos en salud, intereses, capacidades del individuo, nivel de funcionamiento de la persona con discapacidad a través de la aplicación del tamizaje WHODAS. Dicho plan se orienta a empoderar a las personas en el ejercicio de sus derechos, en prácticas diferenciales de autocuidado, cuidado mutuo, cuidado colectivo y cuidado del ambiente, educación en salud, conocimiento y uso de rutas de atención en salud.

2.3.22.4.2 Atención equipos Especializados (subred)
2.3.32.4.3 Servicios complementarios (subred)

- **Entrega de medicamentos**
- **Apoyo diagnostico**

3.vi. PROGRAMA PERSONAS CON CONDICIONES CRONICAS NO TRASMISIBLES

3.12.5 Descripción general
3.22.6 Plan de intervención Colectiva (Astrid y Camila)

Desarrollo de acciones de educación en salud para el fortalecimiento de pautas de cuidado y gestión integral de riesgos identificados, de acuerdo con la concertación del Plan de Cuidado, con los siguientes módulos propuestos.

Módulo: Manejo de condiciones crónicas.
● Como nos sentimos hoy.
● Autoconciencia del movimiento
● Como definir la condición crónica, Identificación de sintomatología, uso de medicamentos y consumo de estos.
● Control de la condición crónica.
● Alimentación adecuada
● Importancia de la autonomía de las personas mayores con su condición crónica.

Módulo: Aprender a reconocer necesidades para llegar a ser autónomo
● Yoga-Como ponerme en movimiento
● Reconocer potencialidades en personas mayores, para mantener su autonomía.
● Sintonizar mis situaciones complejas en mí día a día, ¿cuál es mi mayor preocupación?
● ¿Cuántos de nosotros tenemos una condición crónica?
● Retroalimentación de acciones para el autocuidado.

3.32.7 Plan de intervención Individual

Se realizarán 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 vigente, a partir de la valoración integral, detección temprana, protección específica, diagnóstico, tratamiento y educación para la salud. Lo anterior, acorde a los criterios establecidos para la atención por los equipos básicos extramurales.

Comentado [MAGM15]: ¿en condiciones crónicas no hay enfermería?

3.3.12.7.1 Atención equipos básicos (Dra gloria)

Las atenciones individuales que desarrollar en las personas mayores dadas de alta de los servicios de salud, estarán dirigidas a personas con condición crónica, 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.

Estas atenciones se realizarán de manera mensual de acuerdo con los requerimientos de cada usuario y plan de manejo instaurado por el médico especialista en los casos que corresponda.

Las órdenes médicas y derivaciones a toma de laboratorios, entrega de medicamentos y exámenes de apoyo diagnóstico generadas a partir de la valoración médica realizada por los equipos básicos extramurales serán gestionadas por las subredes integradas de servicios de salud.

3.3.22.7.2 Atención equipos Especializados (subred)

3.3.32.7.3 Servicios complementarios (subred)

- **Entrega de medicamentos**
- **Apoyo diagnostico**