DOCUMENTO OPERATIVO EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES DE HOGAR

INTERACCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA CUIDADO PARA LA SALUD FAMILIAR

“BIENESTAR PARA NUESTRO HOGAR”.

Bogotá D.C

Contenido

INTRODUCCIÓN 6

1. Interacción integral e integrada Cuidado para la Salud Familiar. 7

GESTIÓN TERRITORIAL 8

PLANEACION DEL TERRITORIO 9

Abordaje del sector catastral 13

APROPIACIÓN TERRITORIAL 13

CARACTERIZACIÓN TERRITORIAL 14

1.1. Producto 1. AVANZADA PARA EL ABORDAJE TERRITORIAL 15

1.1.1. Unidad de medida 15

1.1.2. Forma de reporte de ejecución del producto 15

1.1.3. Detalle de las actividades 16

1.1.3.1. Actividad 1. Alistamiento y definición de territorios para la avanzada 16

1.1.3.2. Actividad 2. Acercamiento al territorio y gestión con líderes comunitarios y actores intersectoriales. 16

Tabla resumen del producto: 18

GESTIÓN FAMILIAR DEL RIESGO 18

CARACTERIZACIÓN FAMILIAR 19

1.2. Productos 2, 3 y 56. ABORDAJE TERRITORIAL (Urbano y Rural). 19

1.2.1. Unidad de medida 19

1.2.2. Forma de reporte de ejecución del producto 20

1.2.3. Detalle de las actividades 20

1.2.3.1. Actividad 1. Atención inicial para la identificación de riesgos. 20

Descripción de Actividad 20

Descripción de Actividad 32

1.2.3.3. Actividad 3. Seguimiento Familiar 39

Tabla resumen del producto: 40

PLAN DE CUIDADO 42

1.3. Productos. PLAN DE CUIDADO FAMILIAR 49

1.3.1. Unidad de medida 52

1.3.2. Forma de reporte de ejecución del producto 52

1.3.3. Detalle de las actividades 53

1.3.3.1. Actividad 1. Contacto inicial con la familia para la implementación del plan de cuidado familiar 53

Descripción de la actividad 53

1.3.3.2. Actividad 2. Caracterización Social y Ambiental (CSA) 53

Descripción de la actividad 53

1.3.3.3. Actividad 3. Concertación del Plan de Cuidado Familiar. 58

Descripción de la actividad 58

Descripción de la actividad 59

1.3.3.5. Actividad 5. Evaluación y cierre del Plan de Cuidado Familiar. 65

Descripción de la actividad 65

Tabla resumen del producto: 66

1.4. Producto 20. PLAN DE CUIDADO FAMILIAR EN ZONAS DE RURALIDAD CERCANA 70

1.4.1. Unidad de medida 70

1.4.2. Forma de reporte de ejecución del producto 70

1.4.3. Detalle de las actividades 70

Tabla resumen del producto: 72

PLAN DE CUIDADO INDIVIDUAL 72

1.5. Productos 12, 13 y 64. PLAN DE CUIDADO INDIVIDUAL Medicina General (Urbano y Rural). 77

1.5.1. Unidad de medida 77

1.5.2. Forma de reporte de ejecución del producto 77

1.5.3. Detalle de las actividades 77

Tabla resumen del producto: 79

1.6. Producto. 14 ,15 y 65. PLAN DE CUIDADO INDIVIDUAL_ Enfermería (Urbano y Rural). 80

1.6.1. Unidad de medida 80

1.6.2. Forma de reporte de ejecución del producto 80

1.6.3. Detalle de las actividades 80

Tabla resumen del producto: 83

1.7. Producto 17 y 67. PLAN DE CUIDADO INDIVIDUAL_ Nutrición (Urbano y Rural). 84

1.7.1. Unidad de medida 84

1.7.2. Forma de reporte de ejecución del producto 84

1.7.3. Detalle de las actividades 84

Tabla resumen del producto: 85

1.8. Producto 16 Y 66. PLAN DE CUIDADO INDIVIDUAL_Psicología (Urbano y Rural). 86

1.8.1. Unidad de medida 86

1.8.2. Forma de reporte de ejecución del producto 86

1.8.3. Detalle de las actividades 86

Tabla resumen del producto: 88

1.9. Producto 19. Plan de Cuidado Individual - Vacunación Extramural 88

1.9.1. Unidad de medida 88

Avance mensual al plan de acción. 88

1.9.2. Forma de reporte de ejecución del producto 88

1.9.3. Detalle de las actividades 88

Tabla resumen del producto: 90

1.10. Producto 18 y 63. Plan de Cuidado Individual - Mas Bienestar para la persona cuidadora (Urbano y Rural) 91

1.10.1. Unidad de medida 91

1.10.2. Forma de reporte de ejecución del producto 91

1.10.3. Detalle de las actividades 92

Tabla resumen del producto: 94

1.11. Productos. Grupos de Familias para el Bienestar. 94

1.11.1. Unidad de medida 9490

1.11.2. Forma de reporte de ejecución del producto 94

1.11.3. Detalle de las actividades 95

1.11.3.1. Actividad 1. Alistamiento de la sesión de educación para grupos de familias 95

1.4.3.2 Actividad 2. Desarrollo de sesión de educación para grupos de familias 96

Tabla resumen del producto: 97

PLAN DE CUIDADO TERRITORIAL 98

1.12. Productos 42, 43, 44 y 45. Comité de Cuidado. 98

1.12.1. Unidad de medida 98

1.12.2. Forma de reporte de ejecución del producto 98

1.12.3. Detalle de las actividades 98

1.12.3.1. Actividad 1. Fortalecimiento Técnico de los Equipos Básicos Extramurales. 98

1.12.3.2. Actividad 2. Comité de Cuidado del Equipo Territorial para el análisis y apropiación territorial, familiar e individual. 99

1.12.3.3. Actividad 3. Reunión de Equipo. 101

Tabla resumen del producto: 102

MONITOREO Y EVALUACIÓN 103

ASPECTOS TRANSVERSALES A TENER EN CUENTA 106

REFERENCIAS 106

CONTROL DE CAMBIOS 107

INTRODUCCIÓN

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 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.

Desde el abordaje extramural, como primer contacto con las familias, se busca la continuidad del cuidado de la salud, generando enlace con las unidades básicas resolutiva de atención intramural, mediante la caracterización territorial, familiar e individual que es realizada por los equipos, y a partir de la cual se generan derivaciones para las atenciones colectivas e individuales, sectoriales e intersectoriales, acorde a las necesidades y expectativas en salud.

La respuesta a dichas necesidades se da en articulación con los diferentes actores del sector salud, dentro de los que se encuentran las Empresas Promotoras de Salud (EPS), los demás equipos de la capa de gestión extramural del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, gestión y evaluación de políticas, participación social incidente, así como los equipos de salud de las unidades básicas resolutivas. De igual forma, se generan procesos de articulación a nivel intersectorial y comunitario, para la organización de la respuesta.

Particularmente desde los Equipos Básicos Extramurales, se definen tres interacciones integradas e integrales que organizan la operación y respuesta en el componente extramural:

1. Cuidado para la Salud Familiar.
2. Estrategia de Abordaje Étnico Diferencial.
3. Macro, meso y micro gestión de la salud pública en los equipos básicos extramurales.

Este documento describe las acciones de la interacción de cuidado para la salud familiar, donde se incluyen las actividades individuales y colectivas, de los equipos operativos.

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

A través de la estrategia *Bienestar para nuestro hogar*, se abordan los núcleos familiares priorizados en la ciudad por sus características de riesgo, condiciones de vulnerabilidad y por sus determinantes sociales en salud, para desarrollar procesos de cuidado en esta red primaria, desde un enfoque diferencial, con el reconocimiento de los patrones culturales, sociales y ambientales del entorno y el contexto familiar.

El desarrollo de esta interacción contribuye a la implementación de planes de cuidado, 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. Allí, la intervención desde los equipos básicos extramurales de hogar parte de la planeación territorial, donde se priorizan los sectores catastrales en zonas urbanas y rurales, según criterios poblacionales, epidemiológicos, de riesgo multifactorial, entre otros aspectos que permiten focalizar acciones para la intervención familiar e individual, así como la respuesta integral de los actores sectoriales e intersectoriales requeridos para dar respuesta a las alertas en salud identificadas en los hogares priorizados.

Posteriormente, como resultado del abordaje de territorios priorizados, donde se adelanta la caracterización familiar y teniendo en cuenta otras fuentes de información sectorial e intersectorial, se llevan a cabo planes de cuidado territorial, familiar e individual, que fortalecen las acciones de seguimiento familiar en aquellos núcleos donde se evidencian riesgos latentes para la salud y con quienes se emprenden acciones que permiten la trasformación de condiciones de riesgo a partir de un trabajo concertado entre los equipos básicos extramurales y la familia; de igual forma, los planes de cuidado familiar e individual pueden ser emprendidos con familias que, si bien no están en territorios priorizados, si cuentan con condiciones prioritarias en salud que requieren la intervención por los equipos básicos, como lo son eventos de interés en salud pública, grupos de riesgo sin atención en salud y con factores determinantes que generan riesgo para la salud (Condiciones sociales, geográficas y determinantes proximales).

Para operativizar las acciones descritas, a continuación de describen los procesos de gestión territorial y gestión familiar e individual del riesgo que se desarrollan desde los EBEH, en articulación con otros a nivel sectorial e intersectorial.

GESTIÓN TERRITORIAL

La gestión territorial integral garantiza la coordinación y articulación de los cuatro pilares del modelo MAS Bienestar en el marco de la Atención Primaria Social. Lo anterior, requiere la construcción de esfuerzos unificados encaminados a renovar las formas clásicas de comprender y actuar en pro del bienestar de las personas, familias y comunidades del distrito capital. De un lado, implica acoger la comprensión del territorio, más allá de las lógicas político-administrativas instituidas, para integrar las diferentes formas en que los habitantes se organizan y construyen posibilidades de vida digna y saludable en los territorios. De otro lado, requiere transformar las formas tradicionales de gestión, de tipo instrumental y burocratizadas, que no permiten integrar las adecuaciones institucionales necesarias para la gestión integral de los determinantes sociales según contextos diferenciales tanto poblaciones como territoriales[1].

Los equipos básicos extramurales de hogar son parte fundamental de la capa de gestión extramural en el pilar de Gestión Integra del riesgo del modelo de atención en salud MAS Bienestar, y es por ello, que a partir de su accionar se aporta en los procesos de microgestión de la salud pública, a partir de la planeación y apropiación territorial, análisis y respuesta a las necesidades y expectativas de la población, en los niveles territorial, familiar e individual, en coordinación con los demás pilares del modelo MAS Bienestar.

Este proceso se adelanta con la concurrencia de diferentes actores y equipos a nivel sectorial e intersectorial, dentro de los que se encuentra con una articulación más fuerte, los equipos a cargo de la caracterización territorial del entorno cuidador comunitario del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC), en el nivel operativo. Sin embargo, el proceso de la gestión territorial inicia con la priorización y planeación territorial, en la que se estableció un proceso inicial desde la Secretaría Distrital de Salud con el análisis de indicadores trazadores en salud, sociales y poblacionales, que posteriormente se concreta a través de una metodología de análisis y organización desde el nivel local, donde se vinculan variables y características específicas de cada territorio, aportadas a partir del conocimiento y experiencia en el trabajo en campo.

Todo lo anterior, a partir de una construcción conjunta entre delegados de los diferentes pilares del modelo de atención en salud MAS Bienestar.

[1] Tomado de Documento de Gestión Territorial, Modelo MAS Bienestar, Secretaría Distrital de Salud, 2024.

PLANEACION DEL TERRITORIO

La planificación territorial en salud es un proceso de construcción dinámico y multisectorial que opera en múltiples niveles y escalas. Desde la Secretaría Distrital de Salud se han implementado estrategias de planificación territorial con un enfoque diferencial, orientadas a identificar y priorizar las necesidades específicas de salud de la población capitalina.

En el marco de Modelo Territorial de Salud +MAS Bienestar se desarrolló un proceso espacial de valoración territorial, que permitió no solo un análisis profundo de las condiciones socio espaciales, sino también la definición de fases estratégicas de abordaje en cada uno de los sectores catastrales de la ciudad. Este proceso tuvo en cuenta los siguientes aspectos fundamentales:

- Definición de territorios.
- Identificación de sectores catastrales.
- Análisis de vulnerabilidad.
- Temporalidad de Acciones en Salud Previas.
- Actualización y Participación.

Teniendo en cuenta los aspectos mencionados se realizaron geoprocesos apoyándose en datos estadísticos a nivel local permitiendo identificar áreas prioritarias y adaptar las estrategias de atención en salud. Como resultado de este proceso, se logró la clasificación de los 1,170 sectores catastrales de la ciudad en cuatro categorías de priorización, lo que permitirá un abordaje programado y secuencial de la población.

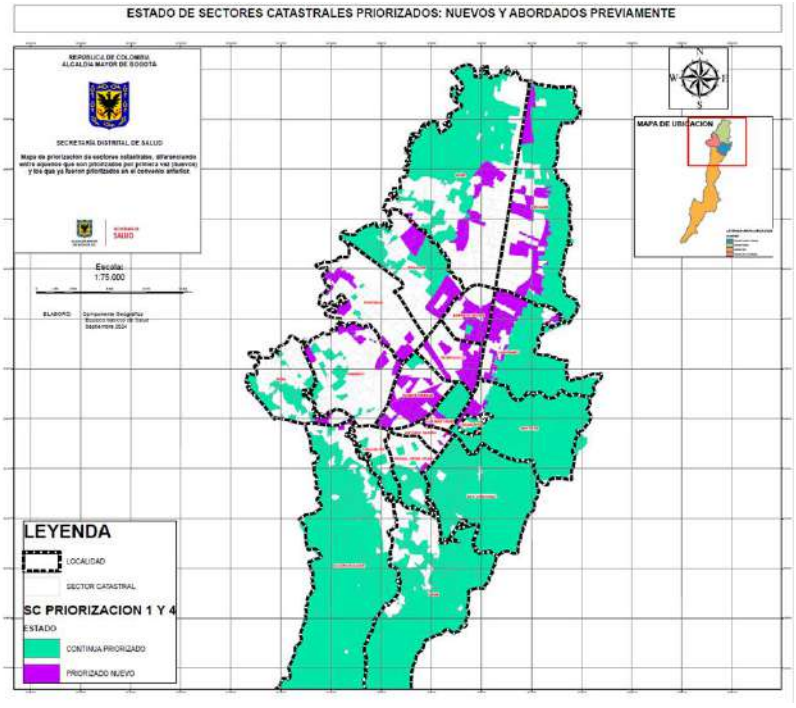
Se establece un abordaje progresivo de la ciudad, dividido en fases y según las categorías de priorización, las cuales fueron definidas a partir de un primer análisis distrital en los que se establece una clasificación para cada uno de los sectores catastrales:

- Las categorías uno (Prioridad alta) y cuatro (Zonas rurales) se abordarán en la fase uno.
- La categoría dos (Prioridad media) se cubrirá en las fases dos y tres.
- La categoría tres (Prioridad baja) se abordará en la fase cuatro, hasta completar el 100% de los sectores catastrales.

Para la organización de este abordaje, posterior al análisis del nivel distrital, se realiza la verificación de información territorial a nivel local, donde se profundiza en características adicionales y específicas del área, lo que permite adaptar las estrategias de intervención de manera más precisa y eficaz, teniendo en cuenta las particularidades de cada sector.

Se considera una planificación diferencial para los sectores catastrales que ya se habían abordado en vigencias anteriores, por estrategias territoriales, en comparación con aquellos en los que no se cuenta con abordajes previos. Esta diferenciación permite ajustar las estrategias y recursos de manera específica para cada grupo, asegurando una intervención más efectiva y adecuada a las necesidades actuales de cada sector y su población frente a la gestión integral del riesgo.

Mapa 1. Sectores catastrales con abordajes previos y priorizados para el despliegue de los EBE.



Fuente: Elaboración propia, septiembre de 2024.

En la etapa de análisis local se requiere implementar un proceso que permita la apropiación progresiva del territorio por parte del talento humano a medida que se incorporen a las actividades; para ello, se utilizará el algebra de mapas y el consenso metodológico Delphi, para lo cual desde nivel central se proporcionan los insumos espaciales (capas) consolidadas y estandarizadas para el

procesamiento local. Con base en estos insumos, las subredes procesarán y generarán el cronograma de abordaje, que se reportará a la secretaría y sobre el que se planearán acciones y seguimiento de actividades de los equipos de trabajo.

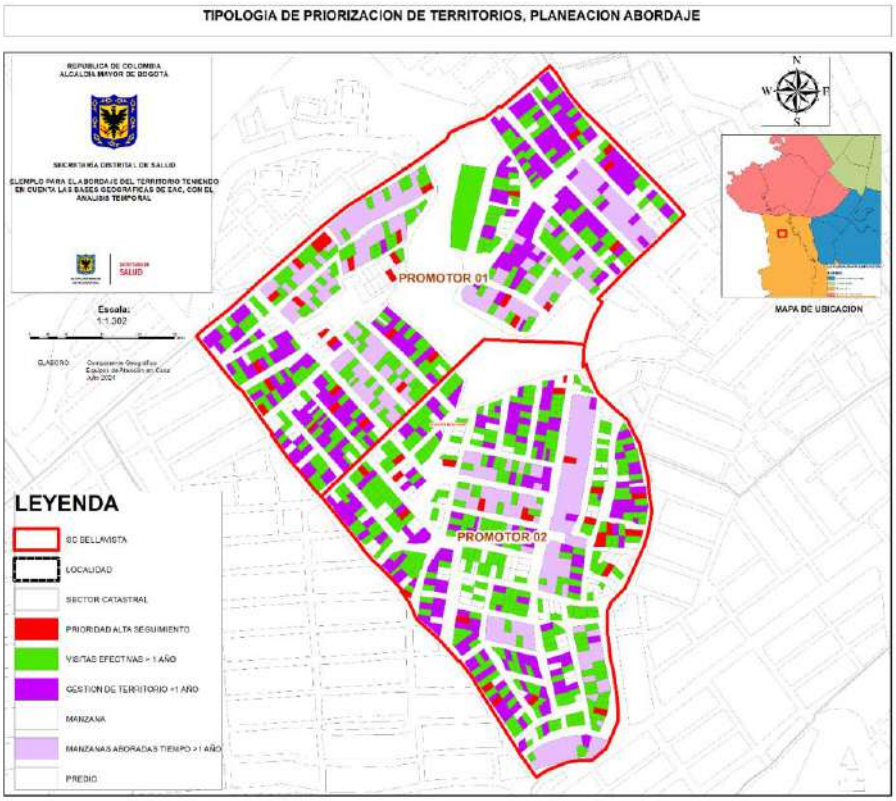
Para este proceso de planeación y puesta en marcha de las actividades operativas de abordaje territorial, se deberá tener en cuenta variables diferenciales para los sectores catastrales que ya han sido abordados y para los que se abordarán por primera vez:

1. **Sectores catastrales que ya han sido abordados:**

Para el abordaje territorial, es esencial realizar un análisis espacial empleando los Sistemas de Información Geográfica (SIG) como herramienta principal; este análisis se basa en la información consolidada de años anteriores. A partir de los resultados obtenidos, se planificará el nuevo abordaje territorial dentro de cada sector catastral, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- **Predios con visitas efectivas mayores a un año (caracterización)**: Este atributo identifica las caracterizaciones que han superado el periodo de un año, indicando la necesidad de una nueva visita y actualización de datos002E
- **Gestión del territorio con visitas efectivas menores a un año:** Es fundamental identificar claramente los predios con caracterizaciones en un tiempo menor a un año, ya que en estos territorios se actualizará la caracterización.
- **Efectividad del abordaje**: Este análisis permite identificar los predios donde se ha tenido una baja efectividad, ya sea porque no se logró contacto con el usuario (visita fallida) o porque, aunque se contactó, no hubo receptividad por parte de este. Con base en estos datos, se tomarán decisiones sobre cómo abordar estos predios y se planificarán acciones previas al abordaje para determinar la estrategia más efectiva para llegar a la población residente en esos territorios.
- **Identificación de cambios territoriales:** El territorio es dinámico y evoluciona con el tiempo, lo que brinda oportunidades para ajustar y optimizar las operaciones. Por ejemplo, un predio que antes no estaba habitado puede transformarse en una o varias unidades habitacionales, o predios previamente residenciales pueden cambiar a uso comercial o ser reemplazados por nuevas construcciones. La identificación de estos cambios territoriales permite adaptar la asignación de hogares a los promotores, asegurando una distribución más eficiente y alineada con las necesidades actuales del entorno.

Mapa 2. Análisis espacial para el abordaje en sectores catastrales que ya han sido abordados.



Fuente: Elaboración propia, septiembre de 2024.

2. <u>Sectores catastrales sin abordajes previos</u>

Para el caso de un nuevo sector catastral, el enfoque propuesto es considerar adecuadamente las dinámicas territoriales y el uso residencial para definir las áreas de apropiación territorial, en cuanto al abordaje programado y secuencial.

- **Dinámicas territoriales**: Tener en cuenta el comportamiento del uso residencial; analizar cómo este comportamiento (ejemplo: flujos poblacionales, factores de seguridad, riesgos

ambientales y las maneras de habitar de población) influye en la delimitación del área para su apropiación territorial.

Abordaje del sector catastral

A partir del análisis de cada uno de los sectores catastrales, tanto los que ya han sido abordados como los que se abordarán por primera vez, se debe tener en cuenta los siguientes aspectos para el accionar del EBEH:

- **Método secuencial**: Un barrido homogéneo del sector.
- **Manzanas**: Abordaje de las manzanas en forma de *culebrilla*, es decir, recorriendo las manzanas de forma secuencial y ordenada, sin saltarse ninguna.
- **Predios**: Abordaje de los predios dentro de cada manzana siguiendo el sentido de las manecillas del reloj, garantizando que todos los predios de cada manzana sean gestionados.

Este enfoque garantiza que no haya duplicidad ni omisiones en el proceso de levantamiento catastral, logrando una cobertura completa y sistemática de las áreas asignadas; con una apropiación territorial y una gestión optima de los riesgos en salud de la población.

Mapa 3. Esquema del orden de abordaje en las manzanas y predios



Fuente: Elaboración propia, septiembre de 2024.

APROPIACIÓN TERRITORIAL

La apropiación territorial de equipos básicos extramurales hace referencia a la asignación de equipos interdisciplinarios de salud en áreas geográficas específicas con el fin de asegurar su presencia y operación efectiva en dichos territorios. Estos equipos están enfocados en atender las necesidades de la población a nivel comunitario, familiar e individual, posibilitando la gestión integral del riesgo. En este contexto, la asignación territorial facilita la planificación y la intervención basada en el conocimiento local y las dinámicas propias del territorio, permitiendo una gestión más

eficiente y adaptada de los recursos, en ese contexto se debe tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Asignación de equipos
- Intervención local.
- Coordinación y colaboración
- Enfoque integral.
- Monitoreo y evaluación.

A partir de la planeación realizada por el equipo del componente geográfico y de gestión de los EBEH, se realizará la asignación de territorios categoría 1 y 4 para el abordaje territorial y el desarrollo de planes de cuidado; de igual forma, esta asignación se realizará para los territorios de categoría 2 y 3, de manera que se cuente con equipos a cargo de dichos sectores, para el abordaje de casos que son remitidos mediante la estrategia de ruteo que se precisa en los productos operativos.

CARACTERIZACIÓN TERRITORIAL

En este proceso se llevará a cabo el control del abordaje geográfico y la caracterización de las condiciones del entorno geográfico, asegurando un análisis exhaustivo que permita identificar las particularidades del territorio. Esta labor implica un monitoreo continuo y sistemático de las variables que afectan al espacio físico y a las dinámicas sociales y económicas, para adaptar las intervenciones de manera efectiva y contextualizada.

Caracterización del entorno geográfico

Es un proceso de recopilación, análisis y descripción detallada de las características geográficas, sociales y económicas de un territorio específico. Su objetivo es comprender a fondo las condiciones particulares del área, proporcionando una base sólida para la toma de decisiones y la planificación de acciones de los equipos básicos extramurales. Este proceso busca mejorar la gestión integral del riesgo en salud, facilitando la implementación efectiva de estrategias por parte de los equipos territoriales en campo. teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Físicos
- Demográficos
- Socioeconómicos
- Culturales y sociales
- Infraestructura

Esta información es retroalimentada por diferentes fuentes: Por un lado, el ejercicio de análisis territorial, mediante la metodología de álgebra de mapas que se realiza para el proceso de planeación del territorio desde el nivel local, con la concurrencia de profesionales y equipos del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, participación social y los EBEH; las acciones operativas de los equipos básicos extramurales; la caracterización territorial realizada desde el entorno cuidador comunitario; y las acciones de los entornos laboral, educativo e institucional, que aportarán un análisis territorial de las intervenciones en salud y permitirán documentar adecuadamente todas las barreras para la prestación de servicios sanitarios.

Posterior al análisis realizado para la priorización, organización del abordaje y apropiación de los territorios, se definen los productos a desarrollar en los niveles de gestión territorial y gestión familiar e individual, desde los equipos básicos extramurales:

1.1. Producto 1. AVANZADA PARA EL ABORDAJE TERRITORIAL

Incorpora acciones de gestión comunitaria e intersectorial para socializar las diferentes interacciones integrales e integrales de los equipos básicos extramurales de hogar, en la gestión de espacios y autorizaciones para su desarrollo; incluye la gestión con líderes comunitarios (naturales o formales), sectoriales e intersectoriales, con el propósito de posibilitar el abordaje a residencias de propiedad horizontal, zonas inseguras y de alto rechazo, las cuales son priorizadas por sus condiciones de salud para que se emprendan las acciones de abordaje familiar y atenciones individuales en los hogares allí ubicados.

1.1.1. Unidad de medida

Avance al plan de acción.

1.1.2. 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 desarrollar este producto se contarán binas conformadas por perfil de técnico en salud y gestor comunitario.

1.1.4.1.1.3. Detalle de las actividades

1.1.4.1.1.3.1. 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 profesionales de apoyo del equipo, quien deberá contar con insumos como: 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 alto porcentaje de rechazos por parte de las familias.
- Territorios donde se encuentran residencias de propiedad horizontal que no permiten ingreso del equipo.
- Territorios con alto riesgo de inseguridad.
- Territorios con residencias en zonas de invasión y/o asentamientos informales.
- Territorios con dificultades de acceso por motivos sociales y/o políticos.

Obtenidos los datos relevantes y considerando las dinámicas del territorio, se proyectará un plan de acción para acercarse a los territorios priorizados, insumos requeridos, franjas horarias, estrategia de socialización de las acciones a desarrollar en cada producto de los EBEH.

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

Posterior al proceso de planeación y 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 inseguridad, principales vías de acceso, puntos críticos por consumo y expendio de sustancias psicoactivas, entre otras que permitan identificar situaciones de riesgo.

Después, se recogerán o confirmarán datos sobre líderes comunitarios (naturales y/o formales), juntas de acción comunal barrial, administradores de propiedad horizontal, números de contacto de cuadrantes disponibles, representantes administrativos de las instituciones identificadas en la zona, entre otros actores importantes para el proceso de concertación; para esto desde el entorno cuidador comunitario se cuenta con el insumo de mapeo de actores el cual será suministrado por ellos a partir del proceso de articulación en cada una de las Subredes.

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. Se precisa que el proceso de alistamiento previo para el abordaje en el territorio, se complementa a partir de información ya conocida de los territorios, los aportes de entorno cuidador comunitario y el uso de herramientas de verificación o percepción remota que permitan verificar información como la ubicación de conjuntos residenciales, de manera que se identifiquen los nombres de estas propiedades y se realicen acciones de gestión previas al acercamiento en territorio, por ejemplo, proyección de oficios de presentación del equipo, entre otras que se establezcan desde el equipo de avanzada.

Posteriormente, 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 los EBEH se ejecutan, los principales objetivos del abordaje, la población sujeto de intervención, tiempos aproximados de la misma, ya sea para abordaje territorial o cualquiera de los planes de cuidado familiar e individual, perfiles con los cuales se dispone desde las subredes integradas de servicios de salud. En caso de contar con experiencias exitosas y piezas comunicativas, darlas a conocer con el fin de disminuir porcentajes de disentimiento 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. El seguimiento a la gestión, se podrá realizar y documentar, tanto de manera presencial como telefónica acorde a la dinámica de cada territorio y actor con el que se interlocuta.

Una vez se cuente con la gestión efectiva en los diferentes territorios, el equipo de avanzada realizará

~~Alistamiento previo a partir de información ya conocida de los territorios y los aportes de entorno comunitario. Street View~~

acompañamiento en campo al equipo para su presentación con los actores con los que se ha adelantado gestión, así como en algunas de las jornadas de abordaje territorial que se desarrollen posteriormente; de igual forma, una vez se cuente con el proceso de abordaje territorial y se inicie la programación de sesiones de grupos de familias por parte de los diferentes perfiles del EBEH, los perfiles de avanzada apoyarán los procesos de c

Convocatoria ~~grupos de familias~~de dichas sesiones, a partir de la movilización, gestión y articulación con los diferentes actores de territorio.

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	Gestor Comunitario. Técnico 1 (en áreas de la salud, ciencias sociales y humanas). Auxiliar en enfermería o técnico en salud pública.	-Actas de mesas de trabajo realizadas con el geógrafo de los EBEH. -Plan de acción del acercamiento a los territorios priorizados. -Actas de articulación con el equipo del entorno cuidador comunitario.
Acercamiento al territorio y gestión con líderes comunitarios y actores intersectoriales	Mensualmente	Gestor Comunitario. Técnico 1 (en áreas de la salud, ciencias sociales y humanas) Auxiliar en enfermería o técnico en salud pública.	-Actas que soporten la gestión adelantada en los ~~de acercamiento a~~ territorios priorizados. -Directorio de actores sectoriales e intersectoriales identificados en los territorios priorizados para la avanzada y complementados con los aportes del entorno cuidador comunitario. -Matriz de gestión de la avanzada para el abordaje territorial.

GESTIÓN FAMILIAR DEL RIESGO

La Gestión Familiar del Riesgo es una estrategia dentro del Modelo de Salud MAS Bienestar, que se enfoca en identificar, evaluar y abordar los riesgos específicos que afectan a cada familia. Su objetivo es mejorar la salud y el bienestar de las familias mediante una intervención integral y personalizada. A continuación, se detallan los componentes clave:

a. Identificación de Riesgos: Consiste en detectar los factores de riesgo que pueden afectar la salud y el bienestar de los miembros de una familia, a partir de la caracterización familiar. Estos riesgos pueden ser físicos, psicosociales, económicos o ambientales.
b. Evaluación de Riesgos: Se realiza una evaluación detallada de los riesgos identificados para determinar su gravedad y el impacto potencial en la salud de la familia.
c. Abordaje y manejo: Se implementan estrategias y medidas específicas para mitigar o eliminar los riesgos. Esto puede incluir acciones de prevención, tratamiento, educación en salud y apoyo social.
d. Planificación y seguimiento: Se elabora un plan de cuidado familiar e individual, que incluye acciones concretas y un sistema de seguimiento para evaluar la efectividad de las intervenciones y realizar ajustes según sea necesario.
e. Educación en salud pública: Se proporciona a las familias información y herramientas para que puedan reconocer y manejar los riesgos de manera efectiva por sí mismas, promoviendo su autonomía en el cuidado de la salud.
f. Coordinación con otros servicios: Se busca coordinar la gestión del riesgo con otros servicios y recursos disponibles en la comunidad para asegurar una atención integral y continua.

CARACTERIZACIÓN FAMILIAR

1.2. Productos 2, 3 y 56. ABORDAJE TERRITORIAL (Urbano y Rural).

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, la implementación de acciones colectivas e individuales, 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, mediante 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 (Detallado en el apartado de Gestión territorial).

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 todas las 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 promotor 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 conformado por técnicos en salud, reconocidos como promotores de salud del Equipo básico Extramural de Hogar, quienes adelantan el abordaje de territorios definidos según criterios de priorización poblacional y focalización de sectores de alta vulnerabilidad en la ciudad. Para ello, se han adelantado previamente los procesos de planeación y microplaneación territorial por parte del componente geográfico del equipo, en conjunto con actores de este mismo componente del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, donde uno de los productos, corresponde a la definición de territorios a apropiarse por cada uno de los promotores.

En este proceso de apropiación se define un territorio por cada promotor y por cada 10 territorios, se cuenta con un equipo interdisciplinario conformado por medicina, enfermería y psicología; así como profesionales de nutrición, terapias, odontología y ciencias ambientales que se encuentran dispuestos en menor proporción, de manera que a partir del trabajo mancomunado se logre la coordinación necesaria para la respuesta integral a las necesidades y expectativas en salud identificadas en las familias abordadas, a través de las intervenciones colectivas e individuales definidas en el marco de los planes de cuidado familiar e individual.

Los promotores deberán adelantar los procesos de abordaje y seguimiento a la población residente en el territorio asignado, 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, para poder generar acciones complementarias activando profesionales del equipo básico

extramural, acciones del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC) y otros a nivel sectorial e intersectorial.

Las acciones desarrolladas por los promotores de salud serán acorde a los procesos de análisis y microplaneación que se realizan en el nivel de gestión territorial, de manera que se logre la implementación de dos estrategias:

Barrido casa a casa

Cada perfil, a partir de la asignación territorial, tendrá apropiadas un número de familias, que constituye la población sujeta de intervención del promotor y los demás integrantes del equipo básico extramural, 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 promotor deberá realizar la identificación y apropiación del territorio asignado, para el reconocimiento de las características de la población que allí habita y que ha sido asignada 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 integral, teniendo en cuenta procesos de abordajes previos.

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 allí residente, 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, que viabilizar las intervenciones de los promotores en los territorios que lo requieran.

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, si durante el barrido casa a casa se identifican familias con pertenencia étnica indígena, de los pueblos: Muisca Suba, Muisca Bosa, Kichwa, Inga, Pijao, Wounaan, Pastos, Yanacona, Misak- Misak, Uitoto, Cametsa, Nasa, Tubu y Eperara-Siapidara, estos no serán abordados y deberán ser reportados a través de plataforma Google drive; Matriz de remisión jurídico indígena 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. Esta misma acción se desarrollará con los casos que sean recibidas por el EBE en las bases de datos de la estrategia ruteo.

Aquellas familias que no pertenezcan a estos 14 pueblos recibirán abordaje por del promotor previa aceptación de las familias y articulación con el Jurídico Indígena.

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 por los EBEH; para ello, el equipo del componente geográfico y gestión de la SDS, realizará la depuración, georreferenciación y asignación de casos a la subred, donde se informará al promotor que corresponda acorde a la apropiación territorial y a abordajes previos que puedan ser constatados, de manera que si ya ha sido un caso caracterizado que requiere el abordaje de otro perfil del equipo básico extramural, se realizará la asignación de la familia a quien lo requiera; en caso contrario, cuando la familia no cuenta con abordajes previos, el caso es remitido al promotor del territorio para el inicio del abordaje familiar.

Sin embargo, teniendo en cuenta que en la fase I de implementación de los Equipos Básicos no se cuenta con la asignación territorial en el 100% del territorio distrital, los promotores 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 (Territorios de prioridad 2 y 3), para la respuesta de casos de ruteo de familias que puedan estar ubicadas, en territorios no priorizados para la fase I, pero que por activación de otros actores requieren abordaje porque se ha identificado algún riesgo o necesidad en salud; es por ello, que el acercamiento de los promotores está orientado a la confirmación de necesidades en salud, caracterización familiar y derivación a la respuesta que corresponda para la gestión del riesgo. Dentro de las fuentes de estos casos se encuentra:

- Casos remitidos para el abordaje de profesionales del equipo básico extramural, para el desarrollo de actividades de plan de cuidado familiar y/o individual, que no cuentan con caracterización social y ambiental, donde el promotor 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 promotor y profesional a cargo del caso.

  Estos casos, pueden ser remitidos mediante el aplicativo SIRC o envío de bases de datos, por los subsistemas de vigilancia en salud pública, procesos transversales y entornos cuidadores del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas o por las EPS, quienes informan y aprueban el abordaje de casos no adherentes, con necesidad de contacto en el domicilio para la gestión en salud, consulta en casa y acercamiento a los servicios de salud intramural.
- Estrategias intersectoriales, como lo es la Estrategia Territorial Integral Social (ETIS)-Tropa Social, el botón de alerta de gestantes y lactantes de la plataforma Bogotá Cuidadora.
- Otras activaciones que se puedan generar desde el sector salud o en alianza estratégica de trabajo conjunto con otros sectores, que son informados desde la SDS.

EL ejercicio de depuración por parte del equipo técnico de la SDS, parte de identificar los usuarios que cumplen con los criterios de inclusión para esta estrategia e información necesaria para realizar

la gestión de los casos. Los usuarios que se excluyan para el abordaje serán devueltos a la fuente de información que inicialmente los remitió.

Posteriormente, se llevará a cabo un proceso de geo codificación de las direcciones con el fin de hacer la asignación de los casos a cada SISS, validando que casos ya cuentan con caracterización por el promotor y definir el o los perfiles que realizarán el abordaje. Se precisa que los casos que no sea posible geo codificar pero que cuenten con datos de contacto, se asignaran a las SISS mediante el aplicativo GTAPS o el medio definido para tal fin.

Una vez la subred cuente con la información de los casos los cuales fueron asignados para atención bajo la estrategia de ruteo, el proceso de abordaje se hará en dos momentos denominados Gestión y Resolutividad.

- **Gestión**: Hace referencia a las actividades realizadas previamente al desplazamiento del equipo a la vivienda del usuario, las cuales se describen a continuación:
  - El grupo de soporte de información de la subred procederá a realizar cruce de base de datos de usuarios asignados con base de caracterización familiar, PGP, Defunciones, bases de las RIAS (Promoción y mantenimiento, materno perinatal, alteraciones nutricionales, entre otras, etc.), para definir pertinencia de la atención por los EBE, acorde al criterio o motivo de priorización, así como definir el perfil que abordará la familia y el tipo de atención (Familiar o individual).
  - Por parte del profesional de acceso, quien direccionará las acciones desarrolladas por dicho equipo, se realizará revisión de los usuarios asignados a la SISS, con el fin de llevar a cabo actividades de planeación para dar inicio a la gestión de los casos, estas actividades incluyen la revisión de base de datos, definición del orden de la gestión según prioridades, organización y agrupación de casos por sector catastral, de tal manera que el agendamiento de los usuarios se realice teniendo en cuenta el factor de cercanía, y de esta manera se optimice los desplazamientos del EBEH en terrero.
  - El grupo de acceso realizará el contacto telefónico con el usuario y revisión de diferentes fuentes de información disponibles en la subred para actualizar y/o confirmar datos de ubicación y agendar la visita del perfil correspondiente.
  - En este primer contacto telefónico se podrá definir un estado para cada caso (programado contactado, programado no contactado, rechazado, fuera de Bogotá,

Otra subred, fallecido, no requiere visita con gestión efectiva), El estado de la gestión será registrado en el aplicativo GTAPS de la siguiente manera:

- Programado contactado: Corresponde a contacto telefónico efectivo, aceptación de la atención, concertación y programación de la visita que realizara el perfil de los EBE.
- Programado no contactado: En caso de que no haya logrado hacer contacto telefónico con el usuario, por lo tanto, requerirá realizar una verificación en campo de acuerdo a la dirección registrada con el fin de verificar datos de ubicación del usuario y concertación de la visita.
- Rechazada: Casos en que el usuario refiera que no acepta la atención o visita por parte de los EBE.
- Fallecido: Hace referencia a los usuarios reportados como fallecidos.
- Fuera de Bogotá: Casos en que según datos suministrados por el usuario informen su lugar de residencia se encuentra fuera de la cuidad de Bogotá.
- Otra subred: Casos en que se identifique que el usuario según su dirección del lugar de residencia se ubique en otra subred diferente a la que se encuentra asignado.
- No requiere visita con gestión efectiva: Casos en que de acuerdo con revisión de atenciones en historia clínica o cruces de bases de datos de las atenciones de las RIAS se identifique que el usuario cuenta con atenciones en donde se haya dado respuesta la necesidad por la cual está ingresando a la estrategia de ruteo. (Aplica para los casos remitidos para atención individual, en que se puede verificar en historia clínica ultimas atenciones según frecuencias de uso).

En los casos en que no sea posible contactar al usuario vía telefónica después de realizar tres (3) intentos de llamadas, el grupo de acceso hará registro del resultado de la llamada en estado “programado no contactado”, e informará al profesional de apoyo con el fin de programar desplazamiento a la dirección registrada para el usuario y definir la gestión.

- **Resolutividad**: Corresponde a las acciones finales del caso una vez el equipo haya realizado el desplazamiento a la vivienda del usuario luego de realizar las actividades contempladas en el primer momento (Gestión) y en los casos en que el usuario acepte recibir la visita de los perfiles de los EBE.

Tras haber realizado el desplazamiento a la vivienda de los usuarios programados contactados o no, se podrán obtener los siguientes estados de la visita:

- Efectiva: Usuario con atención realizada a nivel familiar o individual.
- Rechazada: Familia que manifiesta disentimiento, dado que manifiesta no querer participar del proceso de abordaje familiar; para ello, el equipo debe comunicar claramente el objetivo y beneficios de este y contar con formato de disentimiento de la familia.
- No residencial: Caso en el que se realiza desplazamiento a la dirección registrada para el usuario y se verifica que el predio corresponde a uso no residencial.
- Fallida: Se denomina tras realizar tres intentos de búsqueda del usuario.
- 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 concertación e implementación de plan de cuidado; estas familias contarán únicamente con el registro de un abordaje por el profesional a cargo, donde se relacionen las acciones promocionales adelantadas y justificación del estado.

Esta información deberá ser registrada en el aplicativo GTAPS o mecanismo definido para tal fin, de acuerdo con los parámetros establecidos.

- **Nota**: Se deberá realizar seguimiento de manera semanal por el profesional de apoyo, en articulación con el profesional de acceso, al avance en la gestión de los casos asignados y generar las alertas tempranas necesarias.

Adicional a las dos estrategias clave mencionadas anteriormente, los promotores 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.

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 los 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 gestión 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 promotor se encuentra la caracterización social y ambiental, verificación de las condiciones generales de la familia y las alertas en salud de los diferentes integrantes que la conforma; el promotor debe indagar todos los aspectos incluidos 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. Para ello, se debe contar con el consentimiento informado de la familia, donde aceptan recibir el abordaje del Equipo Básico Extramural, posterior a la presentación de los objetivos que realiza el promotor en el primer contacto que tiene con la familia, y el cual se encuentra relacionado en la planilla de firmas que diligencia quien recibe la visita.

Posterior a ello, se da inicio al abordaje de la familia adelantando las siguientes acciones:

- Caracterización en el contexto familiar para la identificación de factores protectores y de riesgo en la familia, así como el acceso a servicios públicos, sociales y acciones de soporte familiar con los que cuenta; condiciones de seguridad alimentaria y dinámica familiar. En este apartado se reconocen también aspectos ambientales de la vivienda y su entorno más cercano.
- Reconocer en la vivienda Unidades de Trabajo Informal, establecimientos a puerta cerrada, puntos comerciales, entre otros.
- Identificación de 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, personas con discapacidad y cuidadores, entre otras condiciones de riesgo, 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.

- Verificar información relacionada con la asistencia a actividades de Protección Específica y Detección temprana, acorde a las frecuencias de uso de cada integrante de la familia.
- Identificar signos de alarma en mujeres gestantes, menores de 5 años, así como los específicos para la condición crónica de los usuarios identificados.
- Identificación de alertas en salud, acorde al momento de curso de vida, condición o situación de cada uno de los integrantes.
- Verificar esquemas de vacunación acorde al momento de curso de vida.
- 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 caso 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). Así como medición de perímetro braquial en menores de 6 a 59 meses de edad.
    - Tablas de estratificación de riesgo cardiovascular de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y
    - Tamizaje FINDRISK a:
        - Personas con sobrepeso u obesidad.
        - Personas con hipertensión arterial.
        - Personas con consumo de tabaco y alcohol.
        - Población general mayor de 35 años.
    - 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 con un usuario y contraseña personal; este aplicativo, se encuentra

Con formato: Color de fuente: Automático

Con formato: Color de fuente: Automático

Con formato: Color de fuente: Automático

organizado con diferentes módulos dispuestos en cascada, iniciando desde la planeación y asignación territorial, donde a partir del control de abordaje territorial se van asignando los predios a intervenir por los promotores, 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, 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 al promotor; 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 y registro de firmas del integrante cabeza de hogar o quien recibe la visita, como soporte de las acciones desarrolladas con las familias. En esta planilla, se encuentra relacionado el consentimiento informado y política de tratamiento de datos, el cual debe ser socializado de manera explícita a la familia.

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 promotor deberá registrar dicho estado, en el aplicativo en línea, de manera que se realice la reasignación del caso y el equipo de la subred responsable haga el seguimiento.

A partir del proceso de caracterización realizado, se obtendrá tanto la clasificación familiar, como individual de cada uno de los integrantes, de manera que se categorizan los niveles de prioridad

alta, media o baja, que orienta el desarrollo de acciones futuras de los promotores con la familia, así como la activación de los profesionales del equipo básico extramural, para acciones familiares e individuales:

Clasificación familiar

Es un proceso de categorización de familias basado en diferentes criterios y características, el cual permite comprender mejor, las condiciones y necesidades específicas de cada grupo familiar y diseñar intervenciones y políticas más efectivas para dar respuestas a sus necesidades. Los criterios para la clasificación familiar incluyen:

- Estatus Socioeconómico: Basado en ingresos, nivel educativo, ocupación, y condiciones de vivienda. Esto ayuda a identificar el nivel de recursos y las necesidades económicas de la familia.
- Estructura Familiar: Considera la composición del núcleo familiar, como el número de miembros, relaciones entre ellos (padres, hijos, abuelos, etc.), y el tipo de hogar (nuclear, extendido, monoparental, etc.).
- Condiciones de Salud: Clasificación según las necesidades y problemas de salud de los miembros de la familia, como presencia de enfermedades crónicas, discapacidades, y acceso a servicios de salud.
- Vulnerabilidad Social: Evaluación de factores que pueden aumentar el riesgo de dificultades sociales o económicas, como el desempleo, la pobreza, la discriminación, o la falta de redes de apoyo.
- Acceso a Servicios: Evaluación de la capacidad de la familia para acceder a servicios esenciales como educación, salud, servicios sociales y de saneamiento.
- Entorno Habitacional: Consideración del tipo y condiciones de la vivienda, incluyendo su ubicación, seguridad, y adecuación para las necesidades de la familia.
- Características Demográficas: Datos sobre edad, género, y situación de los miembros de la familia, que pueden influir en las necesidades y servicios requeridos.

De acuerdo con la evaluación de los criterios, la prioridad de la familia puede clasificarse en:

- Baja (Saludable): Familias sin riesgo en salud identificados, con acceso regular a servicios médicos preventivos.
- Media: Familias con situaciones de riesgo en salud menores o condiciones crónicas controlables.

- Alta: Familias con riesgos en salud identificados que no acceden a los servicios y se encuentran en alta vulnerabilidad.

Clasificación de los integrantes de la familia.

Dado que una intervención efectiva en la familia y sus miembros es esencial para promover la salud y el bienestar, es necesario realizar una clasificación exhaustiva del riesgo en salud de cada individuo dentro del núcleo familiar. Esta clasificación permite identificar de manera precisa las necesidades específicas y los factores de riesgo que afectan a cada persona.

Una vez clasificados los riesgos, se pueden diseñar y desarrollar planes de cuidado individual, complementando los Planes de Cuidado familiar. Estos planes se adaptan a las condiciones particulares de cada miembro de la familia, abordando de forma específica los problemas de salud identificados y estableciendo estrategias de intervención adecuadas.

Además, es necesario implementar un sistema de monitoreo continuo para observar la evolución de cada caso. Este seguimiento permite evaluar la efectividad de los planes de cuidado, hacer ajustes en tiempo real y detectar cualquier cambio o novedad en el estado de salud de los miembros de la familia. Así, se asegura una atención oportuna y ajustada a las necesidades emergentes, garantizando una respuesta ágil y efectiva ante cualquier situación que pueda surgir.

Por lo anterior los integrantes de la familia, tendrán de acuerdo con su condición de salud la siguiente clasificación:

Clasificación de los integrantes de la familia.

TIPO 4	TIPO 3	TIPO 2	TIPO 1
Usuario que pertenece a grupo de riesgo: - Materno perinatal. - Alteraciones nutricionales. - Enfermedad cardiovascular. - Problemas en salud mental. - Enfermedades respiratorias crónicas. - Riesgos en la primera Infancia	- Usuario con alteraciones en resultado de tamizajes, para la identificación del riesgo por grupo de riesgo o población general, o - Usuario con antecedentes familiares de enfermedades crónicas no trasmisibles, con resultado de	- Usuario de grupo de riesgo o con factores de riesgo identificados que se encuentran vinculados a la ruta o tienen seguimiento.	- Usuario sin riesgo identificado con actividades en salud acordes para el curso de vida.

Sin atención de salud para su condición de riesgo.	tamizaje de riesgo alterado. **Sin atención de salud para su condición de riesgo**.		

Fuente: Elaboración propia.

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 promotores, 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 problemáticas 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, puesto 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 del equipo básico 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 promotor, 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:

Acciones de promoción de la salud:

- El promotor desarrollará acciones promocionales y de educación 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 e incentivando a la asistencia de la misma (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 familias con adolescentes con intención o inicio de vida sexual, sin método anticonceptivo, realizar orientación en Derechos Sexuales y Reproductivos vinculando a la familia.
    - Divulgación de información en el marco de jornadas de intensificación o fechas conmemorativas, con el posicionamiento de temáticas clave en salud. Particularmente, en la temporada de fin de año, se deberá desarrollar acciones de promoción y cuidado de la salud, a través de la divulgación de mensajes relacionados con la no venta y manipulación de pólvora, consumo responsable de alcohol, prevención de accidentes en el hogar y de intoxicación derivada de

consumo de alimentos en mal estado (Ver orientación técnica en la caja de herramientas).

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.

Este componente promocional, se articulará con el desarrollo de actividades de grupos de familias desarrolladas en los territorios por parte del equipo básico extramural, a partir de la concurrencia de diferentes hogares que comparten condiciones de vida, salud y enfermedad y que son convocados a espacios para el fortalecimiento de capacidades para el cuidado de la salud familiar e individual.

Acciones de gestión de los riesgos identificados:

Todas las acciones de gestión de los riesgos identificados deberán ser llevadas a cabo 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 promotores 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 profesionales del Equipo Básico Extramural. Los perfiles, a través del mismo aplicativo pueden visualizar los casos derivados desde la caracterización, de manera que programan y desarrollan la atención familiar o individual en el domicilio, una vez se ha surtido el proceso de revisión y aprobación por el equipo de gestión. Para estas derivaciones, se debe tener en cuenta las siguientes precisiones:

- **Derivaciones para plan de cuidado familiar:** Para familias en las cuales se identifica necesidad de desarrollo de una de las estrategias de plan de cuidado familiar (Ver tabla de criterios y prioridades planes de cuidado familiar), dado que se encuentran factores de riesgo, eventos o prioridades de Interés en salud pública.

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 al profesional requerido, acorde a la pertinencia técnica. De igual forma, cuando se identifican familias con las que se dará continuidad al Plan establecido por el promotor, se deberá informar a la familia con claridad y precisión que profesionales del mismo equipo 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.

- **Derivaciones para plan de cuidado individual:** Estas se definirán acorde a la clasificación de riesgo de cada uno de los integrantes:
    - Usuarios tipo 4. Al identificar estos casos, el promotor realizará el agendamiento de cita, a través de los canales dispuestos por cada una de las EPS, dentro de los que se encuentran medios virtuales, telefónicos y para casos puntuales, el contacto con un perfil dispuesto por cada EPS para la gestión directa de citas.
    - El promotor deberá dejar consignado en el aplicativo en línea, la cita gestionada y la fecha programada, de manera que los perfiles de *Gestión para el acceso a las acciones de los Equipos Básicos Extramurales de Hogar,* puedan consultarlas y realizar recordación el día previo a la visita, así como confirmación de la asistencia el día posterior a la misma; de esta manera, se realiza el seguimiento a la gestión adelantada por el promotor y en caso de no contar con atención efectiva, el equipo de gestión de los EBEH realizará la gestión con la EPS a través de la SDS, para solicitar la aprobación para realizar la atención individual en casa por el profesional requerido.

      Para el caso de niños y niñas identificados con desnutrición aguda que no se encuentren adheridos a la ruta de alteraciones nutricionales y 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, se deberá agendar una cita prioritaria con la EPS; en caso de no lograr dicho procedimiento, se deberá gestionar con el referente de la EPS la aprobación de atención domiciliaria por parte del profesional de medicina del equipo básico extramural para definir escenario de manejo.

Para los casos de menores de 6 meses de edad con desnutrición aguda, los casos con perímetro braquial igual o menor a 11,5cm o menores de 5 años que presenten signos de alarma y desnutrición aguda, se deberá activar el CRUE para garantizar atención inmediata.

- Usuarios tipo 3. La gestión de estos casos se realizará a través del aplicativo SIRC (Sistema de Referencia y Contrarreferencia) - módulo de canalizaciones; para ello, cada perfil tendrá acceso para hacer el cargue de la activación correspondiente, la cual posteriormente será corroborada por el profesional a cargo de activaciones de ruta y canalizaciones, quien apoyará el seguimiento a la respuesta por parte de las EAPB.

De igual forma, se deberá adelantar el proceso a través del aplicativo SIRC, para los usuarios que requieran activación a otras rutas, complementando la respuesta descrita anteriormente para los usuarios con clasificación tipo 3 y 4; en estos se realiza la canalización a la entidad promotora de servicios de salud (EAPB), entorno cuidador del PSPIC, entidad distrital intersectorial y/o oficina de atención al usuario de las subredes integradas de servicios de salud, para que realicen la gestión a estas necesidades según competencias.

Para ello, 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.
- Rutas de grupo de riesgo diferentes a las enunciadas en clasificación de riesgo tipo 4.
- Canalización al entorno laboral, de los casos de unidades de trabajo informal y niños, niñas y adolescentes identificados en trabajo infantil, para su desvinculación.
- Casos potenciales para ser parte de las redes comunitarias del entorno cuidador comunitario.
- Activaciones de ruta intersectoriales, acorde a las necesidades evidenciadas en el hogar y a los determinantes sociales de la salud verificados; particularmente las necesidades de activación a Secretaría Distrital de Integración Social, en los casos

de inseguridad alimentaria, reconocidos partir de la aplicar la Escala ELCSA que se realiza a todas las familias en el marco de la caracterización familiar, y donde se debe tener especial atención en aquellos hogares 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.

- Activación de casos de población no asegurada que cumple con criterios para acceder a la afiliación.

Se precisa que para la población migrante irregular, se realiza el proceso de activación de rutas, a través de la profesional de los EBEH a cargo de esta actividad, por lo que los diferentes perfiles deberán informar los casos puntuales, con la información específica de identificación, contacto, ubicación y necesidad, tal y como se relaciona en el aplicativo SIRC. Estas activaciones se gestionarán a partir de la oferta y disponibilidad de diferentes cooperantes.

Al generar la activación de cualquiera de las 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.

Se precisa que los casos de usuarios tipo 4 que son gestionados por el promotor a través del agendamiento de citas en las unidades básicas resolutivas de cada asegurador, no requieren ser canalizados por el aplicativo 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.

- 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; lo anterior, en la herramienta dispuesta por la subred. El agendamiento de citas estará supeditada a la organización del equipo de gestión, el acceso y disponibilidad de agenda de medicina general y especialidades; este último, en caso de encontrar en la visita, órdenes sin asignación de cita.

- Registrar en las derivaciones de plan de cuidado individual e informar, los casos que requieren de vacunación por parte del auxiliar de enfermería de los equipos básicos extramurales, a cargo de este proceso a nivel extramural.

- 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 integrantes de la familia, 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; aplica también para los casos en que se identifique una urgencia en salud mental.

- 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.

1.2.3.3. Actividad 3. Seguimiento Familiar.

Teniendo en cuenta el proceso de apropiación territorial que adelanta el promotor, deberá realizar acciones de seguimiento a las familias residentes en su territorio, a partir de la caracterización y clasificación realizada, esta actividad incluye:

- Realizar seguimiento a los compromisos concertados con la familia y registro del cumplimiento de estos, en el aplicativo en línea.
- Actualización de condiciones de vida y salud, así como novedades por sucesos vitales, nacimiento de nuevos integrantes, recomposición familiar, etc.
- Concertación de nuevos compromisos acorde a las nuevas condiciones de salud.
- Derivaciones y activación de rutas en caso de identificar necesidades familiares o individuales.

La periodicidad de estos seguimientos, así como la modalidad (Presencial o telefónico), dependerán de la clasificación familiar y su desarrollo deberá quedar registrado en el aplicativo en línea:

- Familia Prioridad alta: 1 seguimiento presencial y 2 telefónicos en el año, a partir de la fecha de caracterización. Teniendo en cuenta que, entre un seguimiento y otro debe haber 3 meses.
- Familia Prioridad media: 1 seguimiento presencial y 1 telefónico en el año, a partir de la fecha de caracterización. Teniendo en cuenta que, entre un seguimiento y otro debe haber 4 meses.
- Familia Prioridad baja: 1 telefónico en el año, a partir de la fecha de caracterización. Teniendo en cuenta que, entre un seguimiento y otro debe haber 6 meses.

Para el desarrollo de estos seguimientos se tomará como punto de partida, los abordajes previos que se han realizado en vigencias anteriores, donde se ha avanzado en los procesos de caracterización e identificación de condiciones de riesgo que permiten clasificar la familia acorde a lo descrito en los apartados anteriores. Esta base, se irá alimentando de las caracterizaciones que realizan los promotores en cada uno de los territorios apropiados.

Se precisa que los seguimientos telefónicos se podrán reportar en el informe de gestión como una (1) unidad, al haber completado y soportado 7 seguimientos telefónicos.

Consideraciones para la acción en la ruralidad del distrito:

Consideraciones para la acción en la ruralidad del distrito:

Para abordar la ruralidad del distrito y teniendo en cuenta que todo el territorio rural se encuentra priorizado acorde al ejercicio de planeación y priorización territorial desarrollado por el equipo de análisis de cada subred, en el caso de la ruralidad cercana, se asignarán promotores por cada subred con territorio rural, siendo así; para la subred norte las localidades de Usaquén, Suba y Chapinero, subred centro oriente con la localidad de Santafé, y la subred Sur con las localidades de Usme, Ciudad Bolívar y la localidad de Sumapaz considerada como la única localidad totalmente rural.

Es fundamental considerar las particularidades de cada territorio, por lo cual en el proceso de planeación del abordaje se deberá tener en cuenta entre otros aspectos:

- Priorizar las zonas, veredas o sectores que no han recibido atención en años anteriores.
- Familias que han tenido un acompañamiento mayor a un año, con el objetivo de identificar nuevos criterios de priorización, riesgos y necesidades en salud.
- Familias con abordaje menor a 1 año, en las cuales se identifique novedades en sus integrantes o la aparición de nuevos criterios o alertas en salud.

Lo anterior permitirá llegar a todo el territorio rural de manera organizada, planificada y oportuna, con el objetivo de brindar herramientas y estrategias para el mantenimiento de prácticas protectoras en salud, así como la derivación a las ofertas sectoriales e intersectoriales para las familias que habitan la ruralidad, esto con un enfoque integral y adaptado a la realidad de cada comunidad.

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 equipo de gestión de EBEH.	- Planilla de familias con consentimiento informado y atención inicial desde abordaje territorial. - Archivo Plano de Caracterización Social y Ambiental, individuos y alertas. - Archivo Plano de tamizaje APGAR familiar. - Planos de los demás tamizajes acorde a pertinencia (OMS, Findrisck, EPOC) - Archivo Plano de módulo Geo, con la relación de predios asignados y gestionados.

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 Planes de Cuidado Familiar e individual. - Archivo Plano de módulo Geo, para verificar 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. - Evidencia de reporte de casos para agendamiento de citas de población capitada en la subred, acorde a mecanismo definido por la subred. - Archivo plano con registro de derivaciones y gestión adelantada por el equipo frente a agendamiento de citas, usuarios tipo 4. - Archivo plano de las activaciones de ruta realizadas. - Formatos de notificación de eventos de interés en salud pública.
Seguimiento Familiar.	Acorde a la clasificación familiar.	Técnico 1 (en áreas de la salud, ciencias sociales y humanas). Auxiliar en enfermería o técnico en salud pública.	- Planilla de familias con consentimiento informado y seguimiento para los casos presenciales. - Archivo Plano de Plan de Cuidado familiar y compromisos concertados y evaluados. - Archivo Plano de alertas con registro de derivaciones a Planes de Cuidado Familiar e individual. - Evidencia de reporte de casos para agendamiento de citas de población capitada en la subred, acorde a mecanismo definido por la subred. - Archivo plano de las activaciones de ruta realizadas. - Formatos de notificación de eventos de interés en salud pública.

			- Archivo con la relación de los seguimientos realizados a la familia.

PLAN DE CUIDADO

A partir de los procesos adelantados en el marco de la caracterización territorial realizada desde el entorno cuidador comunitario, la apropiación territorial del Equipo Básico Extramural de Hogar y la caracterización familiar e individual que se realiza a las familias residentes de cada uno de los territorios, se lleva a cabo la definición de actividades a emprender de manera coordinada en cada uno de ellos.

Estos aspectos, hacen parte de las acciones de la microgestión territorial, donde se cuenta con los espacios de mesas locales de la Atención Primaria Social, y se realiza el análisis y posicionamiento de las principales necesidades de la comunidad para disponer la oferta social e intersectorial que permita tanto la gestión integral de riesgos, como la promoción del cuidado de la salud. De igual forma, se cuenta con espacios de comités de cuidado desde los Equipos Básicos Extramurales, y a los cuales se vincularán los equipos de entorno cuidador comunitario, para adelantar el análisis de dichas necesidades y organizar la respuesta a brindar en los diferentes niveles de gestión territorial.

Particularmente, con relación a la gestión familiar e individual, desde el equipo básico extramural, se cuenta con un conjunto de actividades e intervenciones para la concertación e implementación de los planes de cuidado familiar e individual, acorde a los hallazgos de la caracterización y con la puesta en marcha de estrategias integrales, que contienen actividades específicas acorde a las prioridades de las familias e individuos.

A continuación, se encuentra la relación de los criterios de priorización, las estrategias de intervención y los perfiles que las desarrollan en el marco de los planes de cuidado familiar e individual.

Con formato: Oculto

Actividades que incluyen los planes de cuidado familiar e individual acorde a la prioridad encontrada en la familia.

Actividades que incluyen los planes de cuidado familiar e individual acorde a la prioridad encontrada en la familia.

GRUPO DE RIESGO MATERNO PERINATAL					
CRITERIOS	ESTRATEGIA	ATENCIONES			
		COLECTIVAS	PERFIL ATENCIÓN COLECTIVA	INDIVIDUALES	PERFIL ATENCIÓN INDIVIDUAL
Gestantes con ITS (Sífilis, VIH, HB) y casos de sífilis congénita.	EMBARAZADOS CON MÁS BIENESTAR	Abordaje al 100% de los casos con acciones promocionales y de Gestión del Riesgo.	Enfermería. o Nutrición para los casos de gestantes con bajo peso y obesidad.	Abordaje a los casos inadherentes al tratamiento para administración completa de la gestante y sus contactos sexuales. Aplicación de tratamiento para sífilis en caso de resultado positivo.	Enfermería
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.				Consulta individual para los casos de gestante con bajo peso y obesidad sin atención	Nutricionista
Gestantes de alto riesgo identificadas con cáncer y cardiopatías.				Consulta individual a Gestantes **sin atención** Medicina: CNP gestantes alto riesgo e inscripción al CNP Enfermeria: CNP gestantes Bajo riesgo e inscripción al CNP Enfermeria:Aplicación de pruebas rápidas VIH- Sífilis	Medicina-Enfermería
Gestante con riesgo cardio cerebro vascular y metabólico.					
Gestante con discapacidad sin atención.					
Gestante cuidadora de personas con alta dependencia y pobre red de apoyo no adherentes.					
Gestantes y lactantes adolescentes con deserción escolar o en casos de recién nacido con condición de riesgo.					
Gestantes sin control prenatal.					
Gestantes esquema de vacunacion incompleto.				Vacunación extramural	Vacunación EBEH
Gestantes MME (TEP, preclamsia severa, Sepsis y Hemorragias).	ÁNGELES GUARDIANES	Abordaje con acciones promocionales y de Gestión del Riesgo. Primer seguimiento en las siguientes 48-72 horas pos egreso hospitalario, con continuidad semanal hasta los 42 días pos evento obstetrico (Excepto la semana en la que hay consulta por profesional de medicina).	Enfermería.	Consulta de regulación de la fecundidad, para los casos post evento obstétrico que no cuentan con método.	Enfermería
				Consulta a la semana del primer seguimiento por profesional de enfermería, para los casos que no asisten a control en unidad básica resolutiva.	Medicina

GRUPO DE RIESGO INFANCIA					
CRITERIOS	ESTRATEGIA	ATENCIONES			
		COLECTIVAS	PERFIL ATENCIÓN COLECTIVA	INDIVIDUALES	PERFIL ATENCIÓN INDIVIDUAL
Casos de Morbilidad Neonatal Extrema, referidos por Vigilancia en Salud Pública, con condición de alto riesgo y necesidad de abordaje familiar.	AIEPI Comunitario Seguimiento a la recuperación nutricional. Consejería en Lactancia materna y alimentación complementaria.	Abordaje al 100% de los casos con acciones promocionales y de Gestión del Riesgo.	Enfermería.	No aplica	No aplica
Cáncer Infantil.					
Cohorte de Recién nacidos pretérmino con Bajo Peso al Nacer; entre 2000 y 2500gr. Y los casos de bajo peso al nacer remitidos como priorizados desde el SISVAN.				Antecedentes de bajo peso al nacer menores de un año sin adherencia al plan canguro.	Nutricion
Recién nacidos sin control.				Atención (visita domiciliaria)	Medicina
Menores de 5 años con presencia de tres o más episodios de Enfermedad diarreica Aguda (EDA) en el último mes sin control.				Atención (visita domiciliaria)	Medicina
Menores de 5 años con esquema de vacunacion incompleto para la edad		No aplica	No aplica	Atención (visita domiciliaria)	Vacunación EBEH
Niños y niñas menores de 1 año notificados al SIVIGILA por IRAG (Centinela) o IRAG (Inusitado), al egreso de hospitalización.	Prevención, manejo y control de la Infección Respiratoria Aguda (IRA).	Seguimiento semanal inicialmente, al egreso hospitalario; al identificar apropiación de prácticas de cuidado en el hogar, 1 seguimiento cada 15 días	Enfermería.	No aplica	No aplica
Niños y niñas menores de 5 años, atendidos en Sala ERA, con factores de				Atención (visita domiciliaria)	Medicina o Enfermería
Menores de 2 años con bronquiolitis de alto riesgo sin control (prematuridad, enfermedad congénita cardiovasculares y neurológicas, displasía broncopulmonar, trastornos congénitos de vías respiratorias, síndrome de Down, DNT aguda, inmunodeficiencia).				Atención (visita domiciliaria)	Medicina

GRUPO DE RIESGO MATERNO ALTERACIONES NUTRICIONALES					
CRITERIOS	ESTRATEGIA	ATENCIONES			
		COLECTIVAS	PERFIL ATENCIÓN COLECTIVA	INDIVIDUALES	PERFIL ATENCIÓN INDIVIDUAL
Desnutrición Aguda Severa y 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 y los remitidos por las EPS	Seguimiento a la recuperación nutricional. Consejería en Lactancia materna y alimentación complementaria.	Abordaje al 100% de los casos con acciones promocionales y de Gestión del Riesgo. Seguimientos semanal inicialmente en los casos de DNT severa y en los que se identifiquen no adherencia o signos de alarma; posteriormente 2 seguimientos mensuales.	Enfermería o Nutrición.	Atención (visita domiciliaria) Para los casos con DNT aguda sin adherencia a la ruta de alteraciones nutricionales remitidos por las EPS	Nutricion - Medicina
Casos referenciados por el equipo de abordaje territorial que realiza la identificación de casos con desnutrición aguda.				Atención (visita domiciliaria) Para los casos con DNT aguda sin adherencia a la ruta de alteraciones nutricionales identificados por el promotor	Medicina - Nutricion
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.				No aplica	No aplica
Niños y niñas con diagnóstico de riesgo de desnutrición aguda que presenten una clasificación nutricional con desviación estándar de -1.5 a -2.0.				Atención (visita domiciliaria) a casos de riesgo de DNT inhaderentes a la ruta de alteraciones nutricionales	Nutricion o Enfermera
Menores de 5 años con obesidad, remitidos en base SISVAN.				No aplica	No aplica

GRUPO DE RIESGO CONDICIONES CRÓNICAS (CCVM)					
CRITERIOS	ESTRATEGIA	ATENCIONES			PERFIL
		COLECTIVAS	PERFIL ATENCIÓN COLECTIVA	INDIVIDUALES	PERFIL ATENCIÓN INDIVIDUAL
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).	PLANES DE AUTOMANEJO Actividad Física para la Salud.	Abordaje al 100% de los casos con acciones promocionales y de Gestión del Riesgo.	Enfermería.	No aplica	No aplica
Personas con puntuaciones mayores a 12 en el tamizaje de FINDRISK y/o resultado de glucometría mayor de 180.				No aplica	No aplica
Personas con diagnóstico de diabetes mellitus y glucometría mayor de 180.				No aplica	No aplica
Personas oxígeno dependientes (indicación médica de oxígeno 24 horas) sin suministro de oxígeno.				No aplica	No aplica
Personas con diagnóstico de cáncer (infantil, seno, cuello uterino, próstata, colon y recto) sin tratamiento.				No aplica	No aplica
Usuarios con patología crónica (HTA-DM) cuidadores de personas con alta dependencia sin atención.				Atención (visita domiciliaria)	Medicina
Usuarios con patología crónica con discapacidad sin atención				Atención (visita domiciliaria)	Medicina
Persona con capacidad de gestar con intención reproductiva con patología crónica sin atención				Atención (visita domiciliaria) preconcepcional	Enfermería o Medicina
Persona con capacidad de gestar sin intención reproductiva con patología crónica sin método de regulación de la fecundidad, sin atención				Consulta de regulación de la fecundidad, para las usuarias que no cuentan con método.	Enfermería
Usuarios post egreso hospitalario IAM-ACV, sin atención				Atención (visita domiciliaria)	Medicina
Usuarios con patología crónica no adherentes, sin atención				Educacón individual en salud	Medicina o Enfermera
Egresos hospitalarios - lesiones en piel secundarias a pie diabético, sin atención.				Educacón individual en salud	Enfermería
Mayores de 60 años sin esquema de vacunación	No aplica	No aplica	No aplica	Vacunación extramural	Vacunación EBEH

GRUPO DE RIESGO MATERNO SALUD MENTAL					
CRITERIOS	ESTRATEGIA	ATENCIONES			
		COLECTIVAS	PERFIL ATENCIÓN COLECTIVA	INDIVIDUALES	PERFIL ATENCIÓN INDIVIDUAL
Conducta suicida en gestantes.	ESTRATEGIA CONFRÓNTATE 7	Abordaje al 100% de los casos con acciones promocionales y de Gestión del Riesgo. Seguimiento cada 15 días	Psicología	No aplica	No aplica
Casos de ideación estructurada e intento suicida en población hasta 27 años, 11 meses 29 días.			Psicología		
Intento suicida reiterado.			Psicología		
Casos de duelo asociado a suicidio consumado derivadas desde SISVECOS, así como casos de duelo identificados desde abordaje territorial.			Psicología Clínica		
Casos remitidos desde el SISVECOS por intento de suicidio con trastorno mental de base en niños, niñas, adolescentes y jóvenes hasta 27 años, 11 meses 29 días.	Apoyo psicológico en duelo.		Psicología Clínica		
Maltrato infantil reiterado.	ESTRATEGIA FORTALECIMIENTO DE LAS PAUTAS DE CRIANZA		Psicología		
Violencia ejercida contra gestantes.			Psicología		
Casos remitidos desde el SIVIM por violencia sexual ejercida contra gestantes o maltrato infantil reiterado con presencia de violencia sexual ejercida en NNA.			Psicología Clínica		
Factor de riesgo psicosocial identificado en abordaje territorial u otros planes de cuidado familiar.	ESTRATEGIA DE ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL		Psicología		

GRUPO DE RIESGO MATERNO SALUD AMBIENTAL					
CRITERIOS	ESTRATEGIA	ATENCIONES			PERFIL
		COLECTIVAS	PERFIL ATENCIÓN COLECTIVA	INDIVIDUALES	PERFIL ATENCIÓN INDIVIDUAL
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.	Vivienda Saludable Agricultura Urbana	Abordaje al 100% de los casos con acciones promocionales. Seguimiento cada 15 días	Técnico en ciencias ambientales en zona urbana. Profesional en ciencias ambientales en zona rural.	No aplica	No aplica
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.					

GRUPO DE RIESGO MATERNO DISCAPACIDAD Y CUIDADORES					
CRITERIOS	ESTRATEGIA	ATENCIONES			
		COLECTIVAS	PERFIL ATENCIÓN COLECTIVA	INDIVIDUALES	PERFIL ATENCIÓN INDIVIDUAL
Personas con discapacidad	Rehabilitación Basada en Comunidad	Abordaje al 100% de los casos con acciones promocionales y de Gestión del Riesgo. 2 seguimientos mensuales.	ta y agente de	No aplica	No aplica
Cuidadores de personas con limitación funcional con sobrecarga de cuidado moderada y severa.				Usuarios con sobrecarga (resultado de zarit moderado o intenso).	Psicología
				Servicios temporales de relevo domiciliario	Auxiliar de enfermería

GRUPO DE RIESGO MATERNO SALUD BUCAL					
CRITERIOS	ESTRATEGIA	ATENCIONES			PERFIL
		COLECTIVAS	PERFIL ATENCIÓN COLECTIVA	INDIVIDUALES	PERFIL ATENCIÓN INDIVIDUAL
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, "3 o más dientes perdidos por caries, fuente SISVESO	Cuidado y autocuidado para la salud bucal familiar.	Abordaje al 100% de los casos con acciones promocionales y de Gestión del Riesgo. 2 seguimientos mensuales.	Odontología	No aplica	No aplica
Familias identificadas por el equipo de abordaje territorial con riesgos en salud bucal.					

1.3. Productos. PLAN DE CUIDADO FAMILIAR

Las actividades a realizar en el marco del plan de cuidado familiar son materializadas a través de productos, los cuales se encuentran establecidos para los diferentes perfiles del equipo básico extramural, tanto en el abordaje colectivo, familiar como individual. Los productos para el desarrollo de planes de cuidado familiar en zonas urbanas y rurales de la ciudad son:

- Producto 4 y 57. Plan de Cuidado Familiar - Cuidado y Bienestar (Urbano y Rural): Desarrollado por profesionales en enfermería.
- Producto 5 y 58. Plan de Cuidado Familiar - Bienestar Emocional (Urbano y Rural): Desarrollado por profesionales en psicología.
- Producto 6. Plan de Cuidado Familiar con enfoque en Salud Mental: Desarrollado por profesionales especializados en psicología clínica.

- Producto 7 y 59. Plan de Cuidado Familiar - Seguridad Alimentaria y Nutricional (Urbano y Rural): Desarrollado por profesionales en nutrición.
- Producto 8 y 60. Plan de Cuidado Familiar - RBC para el bienestar de población con discapacidad y sus cuidadores (Urbano y Rural): Desarrollado por profesionales en terapias.
- Producto 9. Plan de Cuidado Familiar - RBC para la ruta de inclusión de población con discapacidad: Desarrollado por agentes de cambio.
- Producto 10 y 61. Plan de Cuidado Familiar - Salud Bucal (Urbano y Rural): Desarrollado por profesionales en odontología.
- Producto 11 y 62. Plan de Cuidado Familiar con enfoque en Vivienda Saludable (Urbano y Rural): Desarrollado por técnicos en ciencias ambientales en la zona urbana y profesionales en ciencias ambientales en ruralidad.

A partir de estos productos se lleva a cabo el abordaje de diferentes núcleos familiares definidos acorde a las necesidades identificadas en el distrito, teniendo en cuenta 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; los planes de cuidado familiar son definidos con enfoque poblacional, diferencial y de derechos, a través de los cuales se establecen compromisos con las familias para la apropiación de prácticas de cuidado, la transformación de hábitos y la mitigación de riesgos en salud.

Las acciones de plan de cuidado familiar se adelantarán de manera presencial en el domicilio de las familias priorizadas, las cuales se encuentran directamente relacionados con las prioridades de identificadas en la caracterización realizada por el promotor y la ocurrencia de eventos de interés en salud pública, así como otros casos prioritarios y situaciones emergentes que serán notificadas por SDS y derivadas de otras estrategias emprendidas a nivel sectorial o en articulación con otros sectores. Se proyecta que en promedio cada familia cuente con dos acercamientos mensuales presenciales, acorde a dinámicas concertadas, el avance del plan de cuidado y prioridad de la

intervención; 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].

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; los cuales se relacionaron en el apartado de ruteo del producto de abordaje territorial y se relacionan en la tabla de "*Actividades que incluyen los planes de cuidado familiar e individual acorde a la prioridad encontrada en la familia"*.

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 (Para el caso 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 en salud, se contará con los demás perfiles del equipo, quienes desarrollarán las 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 estrategias intersectoriales como Tropa Social, botón de alertas de gestantes y lactantes, entre otras que lo requieran, se realizará la asignación de casos a los digitadores, 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 del equipo operativo. Una vez confirmado que las alertas corresponden a los criterios de priorización de los equipos básicos, 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 acceso a través del aplicativo en línea, previo cargue de registros de información geográfica e identificación del caso por parte de la SDS.

[2] La periodicidad puede variar acorde a la necesidad de la familia y precisiones establecidas en las fichas técnicas de la caja de herramientas. Por ejemplo, estrategias como ángeles guardianes requieren seguimiento semanal, o casos de sífilis donde ya se ha realizado seguimiento y acompañamiento para completar tratamientos, las intervenciones se realizan teniendo en cuenta la periodicidad de los seguimientos serológicos. Las periodicidades 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.

En este proceso, se 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 (Generadas por los diferentes entornos de vida cotidiana y procesos transversales del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas), 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 abordaje supere capacidad de respuesta del equipo, se deberá priorizar la atención de las familias donde han ocurrido eventos priorizados, con el fin de impactar la reducción de 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 de identificar necesidades de abordaje de otros criterios, que implique el ajuste o incorporación en los ya definidos, se informará desde SDS para el desarrollo de los planes de cuidado familiar.

Los profesionales de enfermería y nutrición, podrán desarrollar las intervenciones individuales y colectivas en una misma visita a la familia, garantizando la calidad, pertinencia e integralidad de cada una de ellas, acorde a las actividades definidas en los productos correspondientes, los entregables allí descritos y la aprobación previa por parte de las EPS. En estos casos, se realizará el reporte en informe de gestión por cada uno de los productos, conforme a las actividades desarrolladas en la familia.

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 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.

1.3.3. Detalle de las actividades

1.3.3.1. Actividad 1. Contacto inicial con la familia para la implementación del plan de cuidado familiar.

Descripción de la actividad

Los criterios definidos para el desarrollo de planes de cuidado familiar se encuentran relacionados en las tablas de eventos y prioridades, donde se relacionan las intervenciones tanto colectivas como individuales que el equipo realizará; dentro de estos criterios, se encuentran los concertados con las EPS, los cuales deben contar con abordaje familiar, así como los demás que se determinan por el comportamiento de indicadores trazadores en salud pública.

Una vez asignados los casos a cada profesional, deberá realizar el contacto con la familia, acercamiento a la vivienda para el inicio del proceso y realimentar el estado del seguimiento del 100% de los casos asignados. Para ello, establecerá el resultado del abordaje, acorde a los criterios de estado de la gestión descritos en el apartado de la estrategia de ruteo del producto abordaje territorial.

Para las familias con las que se logra el contacto presencial, se realizará el diligenciamiento de la planilla de firmas, en el cual se encuentra relacionado el consentimiento informado y política de tratamiento de datos, el cual debe ser socializado de manera explícita a la familia.

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

Descripción de la actividad

Una vez asignadas las familias a abordar por 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 promotores de salud; sin embargo, en caso de identificar integrantes en el hogar, que no hayan sido caracterizados, deberán ingresarlos al aplicativo, en el formulario de creación de integrante, de manera que en los momentos de seguimiento o actualización a desarrollar por profesionales de enfermería o promotores, se complete la información correspondiente a las medidas y alertas.

Los profesionales de enfermería podrán adelantar la caracterización de la familia en los casos que no hayan tenido abordaje previo por el promotor de salud; por su parte, los demás perfiles del equipo realizarán la complementariedad de la información de identificación de riesgos a partir de la aplicación de tamizajes acorde a la pertinencia técnica, necesidad y características poblacionales de los integrantes de la familia. De igual forma, se indagará por los aspectos claves que se requiera para la puesta en marcha de las diferentes estrategias para el acompañamiento familiar según alertas, las cuales registrará en el aplicativo en línea, módulo de seguimiento e implementación del plan de cuidado familiar.

Todos los perfiles del equipo básico extramural podrán verificar los registros de la caracterización familiar e individual, lo que permitirá la apropiación de todos los perfiles, frente a las necesidades de la familia (Ver apartado de clasificación familiar e individual del producto de abordaje territorial).

Este primer momento de los profesionales con la familia, permite 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, establecido a partir de las características de la familia y orientado a partir de las disposiciones técnicas para las diferentes estrategias dispuestas en las fichas técnicas (Ver caja de herramientas).

Esta actividad se realiza en el primer acercamiento al domicilio, donde 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 misma, acorde a sus determinantes sociales; es decir, el profesional debe indagar acerca de condiciones de salud de toda la familia y mantener el enfoque de abordaje familiar en el entorno hogar.

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 a nivel hospitalario (Para los casos en que las condiciones de salud y dinámicas institucionales lo permiten), donde se realiza la socialización del proceso a realizar y se busca 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.

Como parte del primer abordaje del profesional a la familia, se debe generar un espacio de confianza, que permita valorar los conocimientos, percepciones usos y costumbres de la familia que puedan incidir en la concertación e implementación del plan de cuidado. En este proceso, se realizará el registro de la información correspondiente, en el aplicativo en línea al cual accede cada uno de los perfiles del EBEH 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, con énfasis en el módulo de seguimiento y 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.
- Si se identifica que la prioridad por la que es inicialmente remitida la familia no corresponde precisamente a la situación actual, se debe precisar 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.

- 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.

De igual forma, acorde al criterio de priorización, los eventos de interés en salud pública presentes en la familia, el curso de vida de los integrantes de la misma y la pertinencia técnica del perfil que aborda la familia, 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 mentales y del comportamiento. Esta identificación de riesgos puede darse en cualquier momento del proceso de intervención y no necesariamente en la caracterización.
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).	
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	A todas las personas con condiciones crónicas.	Permite identificar factores de riesgo cardiovascular.

de la Organización Mundial de la Salud - AMR B de la OMS		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.
Whodas	Personas con discapacidad.	Permite caracterizar y valorar el riesgo relacionado con el funcionamiento, categoría de discapacidad, limitaciones en la realización de actividades, participación, presencia de barreras y facilitadores físicos, actitudinales y comunicativos en el entorno.
Zarit	Persona cuidadora.	Permite identificar nivel de sobrecarga.
Barthel	Personas con discapacidad.	Permite medir la capacidad de una persona para realizar diez actividades de la vida diaria (AVD), consideradas como básicas, obteniéndose una estimación de su grado de independencia.

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); en un lapso que no supere las 24 horas desde la visita realizada. De igual forma, se desarrollarán los primeros contenidos de educación en salud pública a partir de las necesidades identificadas, los cuales se registrarán en el apartado inicial del formulario de Plan de Cuidado Familiar.

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

Con formato: Normal, Justificado, Sangría: Izquierda: 0 cm, Primera línea: 0 cm

Descripción de la actividad

En el proceso de abordaje a la familia, el profesional debe identificar los principales aspectos a trabajar de manera concertada con ella, 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, enfocados 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 del promotor, por lo que desde la acción complementaria de los demás perfiles se deberá realizar la actualización y continuidad 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; 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 y el perfil que la desarrolla.

	ESTRATEGIAS DE PLAN DE CUIDADO FAMILIAR ACORDE A LA PRIORIDAD/EVENTO A ABORDAR
GESTANTES	Embarazados con Mas Bienestar. Ángeles Guardianes.
INFANCIA	AIEPI Promoción de la Alimentación Saludable 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. Apoyo psicológico en duelo.
SALUD BUCAL	Cuidado y autocuidado para la salud bucal familiar.
DISCAPACIDAD Y CUIDADORES	Rehabilitación Basada en Comunidad.
SALUD AMBIENTAL	Vivienda Saludable. Agricultura Urbana.

En el momento de la concertación del plan de cuidado familiar, 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; por su parte, en las familias abordadas por perfiles ambientales con la estrategia de vivienda saludable, también se hará entrega del tablero correspondiente a esta estrategia.

Estos deben contar con las especificaciones establecidas por la SDS (Ver anexo de insumos), y se dejará a la familia en un lugar visible de la vivienda con el objetivo de emplearlo en el proceso de implementación y evaluación del plan de cuidado familiar.

1.3.3.4. 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 las de 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 elementos 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 familiares. 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 otros perfiles 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 perfiles deberá informar a través de los profesionales de apoyo, la necesidad de vincular a los perfiles 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 adelantar 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 la 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 está definido para 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 caracterización, 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 equipo de salud de la gestión extramural, 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 implementación del plan familiar, dicha situación. Sin embargo, se deberá adelantar seguimiento a dicha respuesta de manera conjunta con el profesional de canalizaciones, 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.

- Las activaciones de ruta, las realizará el equipo directamente en el aplicativo SIRC, módulo de canalizaciones, para lo cual contarán con usuario de acceso para su registro. Al generar dicha 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 será validada por el profesional a cargo de canalizaciones, con quien se verificará también la efectividad de la respuesta a través de los registros de aplicativo SIRC.

- Se precisa que si el riesgo identificado, corresponde a alguno de los descritos para la clasificación de usuarios tipo 4, el perfil deberá adelantar la gestión para agendamiento de cita, a través de los canales dispuestos por cada una de las EPS, dentro de los que se encuentran medios virtuales, telefónicos y para casos puntuales, el contacto de un perfil dispuesto por cada EPS para la gestión directa de citas. En estos casos el perfil deberá dejar consignado en el aplicativo en línea, la cita gestionada y la fecha programada, de manera que los perfiles de *Gestión para el acceso a las acciones de los Equipos Básicos Extramurales de Hogar,* puedan consultarlas y realizar recordación el día previo a la visita, así como confirmación de la asistencia el día posterior a la misma; de esta manera, se realiza el seguimiento a la gestión adelantada por el equipo y en caso de no contar con atención efectiva, el equipo de gestión del entorno realizará el proceso definido con la EPS para solicitar la aprobación a través de la SDS, para realizar la atención individual en casa por el profesional requerido.

  Para el caso de niños y niñas identificados con desnutrición aguda que no se encuentren adheridos a la ruta de alteraciones nutricionales y 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, se deberá agendar una cita prioritaria con la EPS; en caso de no lograr dicho procedimiento, se deberá gestionar con el referente de la EPS la aprobación de atención domiciliaria por parte del profesional de medicina del equipo básico extramural para definir escenario de manejo.

Para los casos de menores de 6 meses de edad con desnutrición aguda, los casos con perímetro braquial igual o menor a 11,5cm o menores de 5 años que presenten signos de alarma y desnutrición aguda, se deberá activar el CRUE para garantizar atención inmediata.

- 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.

- 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. Para el caso de la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad, se contará con un

único registro que dé cuenta de la intervención del profesional de terapias y el agente de cambio que adelanten la sesión familiar.

- 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 de los equipos básicos extramurales.

Nota 1: Se precisa que para los casos que se encuentran en seguimiento desde meses anteriores, se debe dar continuidad y cierre, empleando los sistemas de información y bases de registro con las que se inició el abordaje familiar, con el fin de tener trazabilidad y continuidad en la intervención; esto incluye los abordajes desde la estrategia ángeles guardianes que cuentan con un seguimiento previo en el marco de la implementación de la estrategia desde el entorno cuidador hogar, de manera que los registros se cargarán en el sistema dispuesto desde el Plan de Intervenciones Colectivas.

Con relación a las planillas de firmas en formato físico, se realizará apertura de nuevas versiones, acorde a los anexos de la caja de herramientas, registrando la continuidad del abordaje. Para los casos que se caracterizan a partir del inicio de la vigencia por los Equipos Básicos Extramurales, el 100% de los registros se realizarán en el aplicativo en línea dispuesto para tal fin y/o el formulario establecido desde la SDS para la estrategia Ángeles Guardianes, acorde al direccionamiento.

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.

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.

1.3.3.5. 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 los avances en la implementación del plan de cuidado familiar, para evidenciar los cambios o transformaciones generados en las familias a través del registro de información 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 riesgo alto para la salud o riesgo vital que requiera el acompañamiento del equipo 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.

Aspectos a tener en cuenta para el abordaje en la ruralidad dispersa:

En el caso de la ruralidad dispersa, se cuenta un equipo para cada cuenca, quienes cuentan con un producto establecido por cada perfil, pero podrán ingresar de manera planificada a las viviendas, acorde a la necesidad identificada, generando la concertación de un plan de cuidado familiar que apunte al desarrollo de estrategias y acciones específicas desde la competencia del perfil que aborde la familia, así mismo estos establecerán el tiempo de abordaje que requiere la familia, esperando no exceda los 3 meses de abordaje.

Teniendo en cuenta las particularidades del territorio, estos profesionales podrán ingresar de manera conjunta a la familia, si las dinámicas del territorio y las familias así lo demandan, cada una de las acciones desarrolladas por cada perfil deberá estar igualmente registrada en la herramienta dispuesta para tal fin.

Así mismo es importante que como equipo, independientemente de que puedan ingresar de manera separada, se genere un dialogo como equipo encaminado al abordaje integral y planificado de la familia.

Para el caso del perfil de ingeniería agrónoma, es importante que se potencialice las acciones de salud ambiental dado contexto del territorio rural y las condiciones de vida de las familias campesinas, por lo que se debe promover el fortalecimiento o instauración de huertas caseras como una de las prácticas principales y favorecedoras en lo relacionado a la seguridad alimentaria y nutricional, tanto como fuente suplementaria de productos alimenticios o como fuente de aprovisionamiento durante la estancia no productiva.

Otro aspecto importante para tener en cuenta es la identificación y generación de estrategias diferenciales en aquellas viviendas en las que se identifica una práctica económica, considerada como vivienda de uso compartido, para así generar la derivación a los perfiles disponibles desde el convenio GSP-PSPIC para la subred Sur, específicamente del entorno cuidador laboral, así mismo establecer un plan de cuidado que pueda complementar y potencializar el impacto en dichas viviendas, se espera que esta articulación se logre dar dentro de los espacios de comité del cuidado o la generación del proceso de canalización y activación de rutas por medio del módulo SIRC.

Cada una de las acciones desarrolladas, ya sea caracterización, concertación, implementación o evaluación y cierre del plan de cuidado familiar deberá estar contenido en los módulos correspondientes del aplicativo en línea SIGINF-SDS.

Tabla resumen del producto:

Nombre de la actividad	***Periodicidad***	***Perfiles del talento humano***	***Entregables***
Contacto inicial con la familia para la implementación del plan de cuidado familiar.	Actividad a desarrollar durante todos los meses de la vigencia, una vez se asignan los casos a cada perfil.	Perfiles 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: - Profesionales Universitarios 2 (Operativos). Enfermería, psicología, nutrición, terapias (Ocupacional, física y fonoaudiología) y odontología.	- Planilla de familias y consentimiento informado de las familias con las que se da inicio a los planes de cuidado familiar. - Formato de Disentimiento de las familias que rechazan la intervención.

		-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 para la zona urbana. - Profesionales Universitarios 2 (Operativos). Ciencias ambientales; Ingeniería Agrónoma para la ruralidad dispersa. -Profesional Especializado 4 (Operativo). Psicología Clínica. -Agente de Cambio.	
Caracterización Social y Ambiental (CSA).	Una vez por familia, al ser asignado el caso.	Perfiles 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: - Profesionales Universitarios 2 (Operativos). Enfermería, psicología, nutrición, terapias (Ocupacional, física y fonoaudiología) y odontología. -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 para la zona urbana. - Profesionales Universitarios 2 (Operativos). Ciencias ambientales; Ingeniería Agrónoma para la ruralidad dispersa. -Profesional Especializado 4 (Operativo). Psicología Clínica. -Agente de Cambio.	- Planilla de familias con planes de cuidado familiar. - Archivo Plano de Caracterización Social y Ambiental. - Archivo Plano de alertas con registro de derivaciones a Planes de Cuidado Familiar e individual. - Archivos planos de Plan de Cuidado familiar - Archivo Plano de los tamizajes acorde a pertinencia (APGAR, OMS, Findrisck, EPOC, COPE 28, SRQ, RQC, Whodas, Zarit, Barthel) - Archivo plano con registro de derivaciones y gestión adelantada por el equipo frente a agendamiento de citas, usuarios tipo 4. - Archivo plano de aplicativo SIRC con las canalizaciones generadas. - Notificación de eventos de interés de salud pública.

Concertación del Plan de Cuidado Familiar	Una vez por familia, posterior a la caracterización familiar.	Perfiles 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: - Profesionales Universitarios 2 (Operativos). Enfermería, psicología, nutrición, terapias (Ocupacional, física y fonoaudiología) y odontología. -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 para la zona urbana. - Profesionales Universitarios 2 (Operativos). Ciencias ambientales; Ingeniería Agrónoma para la ruralidad dispersa. -Profesional Especializado 4 (Operativo). Psicología Clínica. -Agente de Cambio.	- Archivo Plano de Plan de Cuidado familiar y compromisos concertados.
Implementación y Seguimiento del Plan de Cuidado Familiar	Acorde a características propias de la familia, según concertación de plan de cuidado.	Perfiles 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: - Profesionales Universitarios 2 (Operativos). Enfermería, psicología, nutrición, terapias (Ocupacional, física y fonoaudiología) y odontología. -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 para la zona urbana.	- Archivos Planos de Plan de Cuidado familiar, seguimiento e implementación acorde a las prioridades de la familia. - 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:

		- Profesionales Universitarios 2 (Operativos). Ciencias ambientales; Ingeniería Agrónoma para la ruralidad dispersa. -Profesional Especializado 4 (Operativo). Psicología Clínica. -Agente de Cambio.	- Archivo plano de aplicativo SIRC con las canalizaciones generadas. - Notificación de eventos de interés de salud pública.
Evaluación y cierre del Plan de Cuidado Familiar	Una vez por familia en la vigencia.	Perfiles 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: - Profesionales Universitarios 2 (Operativos). Enfermería, psicología, nutrición, terapias (Ocupacional, física y fonoaudiología) y odontología. -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 para la zona urbana. - Profesionales Universitarios 2 (Operativos). Ciencias ambientales; Ingeniería Agrónoma para la ruralidad dispersa. -Profesional Especializado 4 (Operativo). Psicología Clínica. -Agente de Cambio.	- Archivos Planos de Caracterización Social y Ambiental y alertas, con registro de la evaluación y cierre de plan de cuidado familiar, para el caso de familias abordadas por perfiles de enfermería. - Planilla de familias con planes de cuidado familiar - Archivos planos de Plan de Cuidado familiar seguimiento e implementación, con registro de la evaluación y cierre de plan de cuidado familiar. - Archivo Plano de tamizajes, en los casos que implican medición posterior a la implementación de estrategias. 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.

1.4. Producto 20. 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.

1.4.1. Unidad de medida

Sesión de abordaje familias.

1.4.2. 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.

1.4.3. 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, así mismo se recibirán familias captadas de manera inicial por el promotor en salud, en las cuales haya identificado necesidades y alertas en salud.
- 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, 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.

Reporte de las atenciones individuales en caso de ser generadas:

En el marco del modelo en salud Mas Bienestar, la apuesta de implementación equipos básicos extramurales hogar y en aras de poder dar respuesta a las familias y sus integrantes a las necesidades identificadas de tipo individual se da la opción de realizar dichas atenciones directamente en el domicilio, previa autorización de la EPS, por lo cual en el caso de identificarse la necesidad de atención en los individuos de las familias en zonas de ruralidad cercana, se desarrollará la misma gestión de agendamiento, seguimiento a la asistencia o posterior solicitud de aprobación de atención individual extramural, acorde a lo relacionado en el producto de plan de cuidado familiar de la zona urbana de la ciudad.

Para el reporte de estas acciones, es fundamental considerar que los equipos están conformados por más de dos perfiles, por lo que, en la concertación del plan de cuidado familiar, se establece un número de sesiones a desarrollar con la familia, en caso tal de contar con la autorización por parte de la EPS, se podrá programar una de estas sesiones para llevar a cabo la atención individual.

Por ejemplo, si se trabaja con una familia durante un periodo de 3 meses con un total de 6 sesiones, una de estas sesiones puede ser utilizada por el profesional de enfermería para brindar atención individual. En este caso, no se implementaría el plan de cuidado familiar desde un enfoque colectivo durante esa sesión específica por parte de dicho perfil y deberá registrar la información producto de la atención individual en la herramienta dispuesta para tal fin (Ver entregables de planes de cuidado individual).

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.	Actividad a desarrollar durante todos los meses de la vigencia, acorde a proceso de búsqueda activa y/o recepción de casos priorizados.	Profesionales universitarios 2 (operativo). Enfermería, psicología y ciencias ambientales (ingeniero ambiental y/o sanitario, o administrador ambiental).	Los establecidos en los productos de Plan de Cuidado Familiar y plan de cuidado individual acorde al perfil profesional.

Con formato: Fuente:

Con formato: Normal, Interlineado: sencillo

PLAN DE CUIDADO INDIVIDUAL

Las atenciones individuales estarán dirigidas a los integrantes de las familias en donde se identifiquen riesgos en salud establecidos en la clasificación del grupo de riesgo 4; esta identificación se realizará mediante las siguientes acciones:

- A través de la caracterización realizada por el promotor en la estrategia de abordaje casa a casa: Una vez realizada la clasificación familiar e individual, el promotor realiza la gestión de agendamiento inicialmente a las unidades básicas resolutivas, posteriormente se adelanta seguimiento telefónico a la asistencia a las consultas y se realizará una derivación a las EPS de los usuarios identificados como inasistentes para ser intervenidos por el profesional de medicina, enfermería, psicología o nutrición de los equipos básicos extramurales, según necesidad, teniendo en cuenta los criterios definidos en el grupo de riesgo 4. Para esto, el grupo de acceso, se encargará de identificar los usuarios que no cumplieron la asistencia a las citas programadas, realizar el envío a nivel central, quien se encargara de solicitar aprobación a la

EPS para realizar atención por los equipos básicos extramurales según tiempos establecidos. (ver manual de agendamiento).

- Derivaciones de usuarios según priorización enviados por las EPS, quienes realizaran la remisión de los casos teniendo en cuenta los criterios establecidos como grupo de riesgo 4, estos usuarios corresponden a los casos identificados como inadherentes a las rutas integrales de atención en salud en los diferentes grupos de riesgo. Para ello, las EPS realizarán el envío de estos casos a SDS, y desde allí se llevará a cabo el proceso de planeación de la atención definido para la estrategia de ruteo.

- Derivaciones de usuarios con necesidades de atenciones individuales remitidos por otras áreas o sectores. Se realizará la recepción de los casos canalizados por otras entidades o fuentes de información para la atención integral de los individuos priorizados, obedeciendo a la identificación de un riesgo en salud (clasificación riesgo 4). Para estos caos, el proceso inicia con la caracterización a cargo del promotor y se da curso, al proceso descrito anteriormente, para los planes de cuidado familiar e individual que se requieran.

- Derivaciones de usuarios con necesidades de atenciones individuales en el marco de la prestación de servicios de los EBE: Corresponden a los usuarios con algún tipo de riesgo (clasificación riesgo 4) identificados durante las acciones realizadas por los profesionales de los equipos básicos extramurales y que requieren de una atención individual por otro perfil profesional.

Cabe mencionar que las todas las atenciones individuales serán realizadas mediante la estrategia de abordaje de ruteo o conglomerado. Si bien es claro que los profesionales estarán apropiados a un número determinado de territorios priorizados, los casos que requieren atención ubicados en territorios no priorizados deberán ser atendidos por los profesionales de los EBE de acuerdo con la proximidad geográfica (Ver apartado de estrategia ruteo en el producto de abordaje territorial).

Por su parte, la estrategia de abordaje en Conglomerados está dirigida a la atención de grupos poblacionales diferenciales o vinculada a diferentes tipos de instituciones, con quienes se adelanta una planeación previa que incluye la concertación con líderes comunitarios o responsables de la población y una verificación de la pertenencia de estas atenciones individuales por parte de las EPS, quien las aprueba.

Todos los casos con requerimiento de atención individual corresponderán a los criterios establecidos en el grupo de riesgo 4. 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. 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 EPS reportaran los casos sujetos de intervención, definiendo CUPS autorizados y perfil definido, posteriormente se realizará por parte de la SDS un proceso de validación de la calidad de los datos, geo codificación de direcciones y asignación de casos a las SISS de acuerdo con el lugar de residencia de los usuarios.

En la fase I de implementación de los Equipos Básicos Extramurales, las atenciones individuales a desarrollar en el hogar, corresponden a las definidas en la tabla de "***Actividades que incluyen los planes de cuidado familiar e individual acorde a la prioridad encontrada en la familia"***, dirigida a mujeres gestantes, menores de 5 años, personas con condición crónica y cuidadores, acorde a los criterios y perfiles allí relacionados.

Alistamiento Admisión:

Con el fin de garantizar el adecuado registro en los diferentes aplicativos de captura de información e identificar los usuarios atendidos por los profesionales del EBE, la SISS adelantará las labores necesarias con las áreas encargadas de mercadeo, contratación, facturación, tecnología, agendamiento y demás, para crear, seleccionar o disponer de un código específico que será utilizado para el registro de las atenciones de los EBE en Historia Clínica y que cumplan con los atributos de calidad de la información. Así mismo la SISS gestionará ante el grupo de tecnología el acceso de los profesionales al sistema, permisos necesarios para hacer la admisión y cierre de la atención en la plataforma de registro de historia clínica para la posterior generación de documentos requeridos.

Una vez se inicia la atención individual, el profesional de salud realizará la solicitud de apertura de la historia clínica a través del aplicativo GTAPS; el área asignada por la subred hará las acciones necesarias para dar acceso al profesional y garantizar el diligenciamiento de historia clínica.

Finalizada la atención y registro de la valoración integral en historia clínica por parte de los profesionales de la salud de los equipos básicos extramurales, es importante realizar seguimiento al proceso de admisión y facturación con el fin de garantizar el registro de las valoraciones en historia clínica. Este seguimiento podrá ser registrado en el aplicativo GTAPS Modulo de admisión registrando el estado, de la siguiente manera:

- Ingreso: se define cuando el usuario registrado se le ha realizado apertura de HC o creación de usuario en el aplicativo que disponga la subred para registro de HC.
- Evolución: se define cuando el profesional de la salud, aún se encuentre en el proceso de ingreso de los resultados de la atención en HC.
- Cierre: se define para los usuarios que se encuentren con registro de la atención en HC, una vez se haya verificado por el grupo de soporte.
- Anulado: se define para los usuarios que por algún motivo técnico o administrativo se debe anular la apertura de HC.

Atención Individual.

Con formato: Normal

Atención Individual.

El profesional de medicina, enfermería, nutrición y psicología llevarán 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 elaboración 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 la salud 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 SIVIGILA o subsistema correspondiente, de igual manera con derivaciones hacia las RIAS que debe canalizar mediante el módulo SIRC.

Cabe mencionar que el profesional de salud de los EBE deberá realizar la consulta indicada y definida por la EPS según la revisión de pertinencia de la atención hecha, atenciones previas y frecuencias de uso definidas en el esquema de intervenciones/atenciones en salud individual (Resolución 3280-2018), hecha por el prestador.

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 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 equipos básicos extramurales 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.

Todas las atenciones individuales realizadas por los profesionales de medicina, enfermería, psicología y nutrición deberán ser registradas en el aplicativo GTAPS y en historia clínica conforme a los manuales definidos por las SISS para el manejo y diligenciamiento de historia clínica.

Nota: Se precisa que las SISS, son responsables de dar cumplimiento a las condiciones y entregables definidas en los contratos celebrados con las diferentes EPS, para el reconocimiento de las actividades individuales desarrolladas por los EBEH.

1.5. Productos 12, 13 y 64. PLAN DE CUIDADO INDIVIDUAL Medicina General (Urbano y Rural).

1.5.1. Unidad de medida

Atención y educación individual: Corresponde a cada una de las atenciones extramurales por el perfil de medicina general que se realiza con los integrantes de las familias según criterios y clasificación de riesgos individuales, integra el plan de cuidado, agendamiento de consultas que se requieran para continuidad del proceso de atención en salud del usuario y atención de educación individual en salud.

1.5.2. Forma de reporte de ejecución del producto

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

1.5.3. Detalle de las actividades

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.

Grupo de riesgo	***Criterios de inclusión***	***Actividades***	***Descripción***
Materno perinatal	-Gestante con riesgo cardio cerebro vascular y metabólico, no adherente. -Resultados positivos en pruebas de tamización no adherentes o sin tratamiento.	- Atención (visita) domiciliaria por medicina general ***	-El profesional de medicina realizara las atenciones previa aprobación de las EPS. -Se realizan intervenciones individuales con enfoque integral del riesgo multidimensional que promuevan la integralidad de la atención en salud

	-Gestante con discapacidad no adherente. -Gestantes cuidadoras de personas con alta dependencia y pobre red de apoyo no adherente. -MME post egreso hospitalario	- Educación individual en salud por medicina	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. -Es importante mencionar que en caso 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 sus contactos sexuales en el menor tiempo posible, garantizando el tratamiento completo. -Para los casos de MME post egreso hospitalario el profesional de medicina realizará consulta a la semana del primer seguimiento de acciones colectivas por el profesional de enfermería. -Las atenciones se realizarán conforme a lo establecido en la ficha técnica materno perinatal.
Cardio cerebro vascular y metabólica	-Usuarios con patología crónica no adherentes > a 6 meses. -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. -Usuarios remitidos por Unidades básicas resolutivas (usuarios post egreso hospitalario IAM-ACV).	- Atención (visita) domiciliaria por medicina general *** - Educación individual en salud por medicina	-El profesional de medicina realizará intervención individual 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. -Para los casos de MEF con capacidad de gestar con intención reproductiva con patología crónica, las acciones de orientaran en el marco de la consulta preconcepcional. - Las atenciones se realizarán conforme a lo establecido en la ficha técnica CCVM.

Infancia	-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 (BAR) sin control en (prematuridad, enfermedad congénita cardiovasculares y neurológicas, displacía broncopulmonar, trastornos congénitos de vías respiratorias, síndrome de Down, DNT aguda, inmunodeficiencia -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.	-Atención (visita) domiciliaria por medicina general *** - Educación individual en salud por medicina.	-El profesional de medicina realizara actividades individuales orientadas a identificar riegos en salud y gestión de estos, -Para los casos de BAR y ERA 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 estratega de AEIPI comunitario.
Alteraciones Nutricionales	-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. -Niños y niñas de 0 a 59 meses con indicador nutricional de DNT aguda inadherentes a la Ruta de alteraciones nutricionales.	Atención (visita) domiciliaria por medicina general *** - Educación individual en salud por medicina.	-Los menores con indicador nutricional P/T de DNT aguda serán intervenidos con el fin de realizar confirmación diagnóstica. Cabe mencionar que estos casos (DNT aguda) deben ser notificados como evento 113 a vigilancia en salud pública. Así mismo realizar actividades de rutas intersectoriales según riesgos identificados. -Ante la confirmación diagnóstica 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, incluyendo prueba de apetito.

***Las atenciones individuales estarán acompañadas de la consulta de educación individual para la cual será necesario hacer registro en historia clínica con un nuevo ingreso.

Tabla resumen del producto:

Nombre de la actividad	***Periodicidad***	***Perfiles del talento humano***	***Entregables***
-Atención (visita) domiciliaria medico general.	Actividad a desarrollar durante todos los meses de la duración del convenio.	Profesionales universitarios 3 Medicina (operativo).	~~-Registro de atenciones en historia clínica. (RIPS).~~ -Registro de atenciones y plan de cuidado en aplicativo GTAPS (Plano de atenciones y plan de cuidado).

			-Registro de atenciones, Menores con administración de prueba de apetito en aplicativo GTAPS e Historia clínica. -Activaciones de ruta y canalizaciones SIRC. -Notificación de eventos de interés en salud pública.
-Educación individual en salud.	Actividad a desarrollar durante todos los meses de la duración del convenio.	Profesionales universitarios 3 Medicina (operativo).	~~-Registro de atenciones en historia clínica. (RIPS).~~ -Registro de atenciones y plan de cuidado en aplicativo GTAPS (Plano de atenciones y plan de cuidado).

1.6. Producto. 14 ,15 y 65. PLAN DE CUIDADO INDIVIDUAL_ Enfermería (Urbano y Rural).

1.6.1. Unidad de medida

Atención y educación individual: Corresponde a cada una de las atenciones extramurales por el perfil de enfermería que se realiza con los integrantes de las familias según criterios y clasificación de riesgos individuales, integra el plan de cuidado y agendamiento de consultas que se requieran para continuidad del proceso de atención en salud del usuario y atención de educación individual en salud.

1.6.2. Forma de reporte de ejecución del producto

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

1.6.3. Detalle de las actividades

En el marco del modelo de atención más bienestar, y como parte del plan de cuidado familiar el profesional de enfermería desarrollara las actividades en territorio las cuales se encuentran orientadas a garantizar la atención integral de la salud de las personas, de acuerdo con la clasificación familiar e individual por grupo de riesgo, donde las acciones se enfocaran en la valoración integral del estado de salud, la detección temprana de alteraciones, la protección específica y la educación para la salud, así mismo, las intervenciones individuales dirigidas a la identificación oportuna de factores de riesgo y su intervención con el fin de evitar la aparición de una condición específica en salud o para realizar un diagnóstico y una derivación oportuna para el tratamiento.

Grupo de riesgo	***Criterios de inclusión***	***Actividades***	***Descripción***
Materno perinatal	-Gestante con bajo riesgo sin adherencia a la ruta materno perinatal. -Resultados positivos en pruebas de tamización no adherentes o sin tratamiento. -MME post egreso hospitalario sin método de regulación de la fecundidad.	Atención (visita) domiciliaria por enfermería *** - Educación individual en salud por enfermería. -Administración de tratamiento (sífilis gestacional)	-El profesional de enfermería realizará las atenciones previas autorización de las EPS. -Es importante mencionar que en caso de realizar pruebas rápidas o de identificar tamizaje positivo para sífilis gestacional se realizará la administración de tratamiento a la gestante y sus contactos sexuales en el menor tiempo posible, garantizando el tratamiento completo, así como la gestión para prueba confirmatoria por parte de la EPS. -El profesional de enfermería realizara las atenciones en el marco de la consulta de inscripción al control prenatal y atención a las gestantes de bajo riesgo. -Para los casos de MME post egreso hospitalario sin método de regulación de la fecundidad las acciones estarán enmarcadas en la consulta de regulación de la fecundidad. -Las atenciones se realizarán conforme a lo establecido en la ficha técnica materno perinatal.

Cardio cerebro vascular y metabólica	-Persona con capacidad de gestar sin intención reproductiva con patología crónica sin método de regulación de la fecundidad. -Usuarios remitidos por EBI (Usuarios con patología crónica no adherentes y egresos hospitalarios - lesiones en piel secundarias a pie diabético). -Persona con capacidad de gestar con intención reproductiva con patología crónica.	-Atención (visita) domiciliaria por enfermería *** - Educación individual en salud por enfermería.	-El profesional de enfermería realizará intervención individual previa a la autorización de las EPS. -Se realizarán intervenciones individuales que permitan la atención integral a los usuarios con patologías crónicas, con enfoque en el seguimiento y control de la adherencia al plan terapéutico, disminuyendo las complicaciones cardio cerebro vasculares y metabólicas y ayudando al mantenimiento de la salud. -Para los casos de MEF con capacidad de gestar sin intención reproductiva con patología crónica, la atención se realizará en el marco de la consulta regulación de la fecundidad. - Para los casos de usuarios con patología crónica no adherentes y egresos hospitalarios con lesiones en piel secundarias a pie diabético, la atención de enfermería se orientará a fortalecer conocimientos y habilidades para fomentar el autocuidado y manejo de lesiones, así mismo en la prevención de complicaciones de la enfermedad. -Para los casos de MEF con capacidad de gestar con intención reproductiva con patología crónica, las acciones de orientaran en el marco de la consulta preconcepcional. -Las atenciones se realizarán conforme a lo establecido en la ficha técnica CCVM.

Infancia	-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.	-Atención (visita) domiciliaria por enfermería *** - Educación individual en salud por enfermería.	-Para los casos de menores post egreso de sala ERA no contactable o sin asistencia a control, las acciones se enfocarán en el seguimiento al manejo terapéutico farmacológico y no farmacológico, identificación de riesgos individuales, educación en manejo de exacerbaciones y uso de inhaladores y/o 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.
Alteraciones Nutricionales	-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.	-Atención (visita) domiciliaria por enfermería *** - Educación individual en salud por enfermería.	Las atenciones inicialmente se realizarán por el perfil de nutrición, sin embargo, de ser necesario los casos podrán ser abordados por el perfil de enfermería. Estas atenciones serán enfocadas en la valoración del estado nutricional de los menores, análisis de los indicadores de peso y talla, además de riesgos psicosociales, el estado de salud, antecedentes de alimentación y controles previos.

***Las atenciones individuales estarán acompañadas de la consulta de educación individual para la cual será necesario hacer registro en historia clínica con un nuevo ingreso.

Tabla resumen del producto:

Nombre de la actividad	***Periodicidad***	***Perfiles del talento humano***	***Entregables***
-Atención (visita) domiciliaria por enfermería.	Actividad a desarrollar durante todos los meses de la duración del convenio.	Profesionales universitarios 2 Enfermería (operativo).	~~-Registro de atenciones en historia clínica. (RIPS).~~ -Registro de atenciones y plan de cuidado en aplicativo GTAPS (Plano de atenciones y plan de cuidado). -Registro de atenciones, usuarios con administración de tratamiento para sífilis gestacional en aplicativo GTAPS e Historia clínica.

			-Registro de atenciones, usuarios con aplicación de pruebas rápidas de sífilis y VIH en aplicativo GTAPS e Historia clínica. -Activaciones de ruta y canalizaciones SIRC. -Notificación de eventos de interés en salud pública.
-Educación individual en salud por Enfermería.	Actividad a desarrollar durante todos los meses de la duración del convenio.	Profesionales universitarios 2 Enfermería (operativo).	~~-Registro de atenciones en historia clínica. (RIPS).~~ -Registro de atenciones y plan de cuidado en aplicativo GTAPS (Plano de atenciones y plan de cuidado).

~~1.8.~~1.7. Producto 17 y 67. PLAN DE CUIDADO INDIVIDUAL_ Nutrición (Urbano y Rural).

~~1.8.1.~~1.7.1. Unidad de medida

Atención y educación individual: Corresponde a cada una de las atenciones extramural por el perfil de nutrición que se realiza con los integrantes de las familias según criterios y clasificación de riesgos individuales, integra el plan de cuidado y agendamiento de consultas que se requieran para continuidad del proceso de atención en salud del usuario y atención de educación individual en salud.

~~1.8.2.~~1.7.2. Forma de reporte de ejecución del producto

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

~~1.8.3.~~1.7.3. Detalle de las actividades

Se realizarán intervenciones individuales por el perfil de nutrición que permitan prevenir y gestionar el riesgo en la presencia de alteraciones nutricionales. Las actividades se enfocarán en la valoración del estado nutricional y estado de salud de los menores de 5 años y gestantes, análisis de los indicadores de peso y talla, identificación de riesgos psicosociales, acciones de educación nutricional, seguimiento a ganancia de peso, puericultura, seguimiento al plan de alimentación, y a la respuesta de activaciones intersectoriales. Todo esto, con el objetivo de ofrecer una atención

integral que permita la recuperación nutricional de la población priorizada, fortalecimiento de buenas prácticas y seguridad alimentaria y nutricional.

Grupo de riesgo	***Criterios de inclusión***	***Actividades***	***Descripción***
Materno perinatal	-Gestante con bajo peso y obesidad sin atención	-Atención (visita) domiciliaria por nutrición. *** - Educación individual en salud por nutrición.	Las atenciones se orientarán a la valoración del estado nutricional de la gestante y gestión de los riesgos dados por la deficiente o excesiva ganancia de peso.
Alteraciones Nutricionales	-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. -Niños y niñas de 0 a 59 meses con indicador nutricional de DNT aguda inhaderentes a la ruta de alteraciones nutricionales.	-Atención (visita) domiciliaria por nutrición. *** - Educación individual en salud por nutrición.	Los casos que cumplan los criterios de inclusión ya descritos serán abordados principalmente por el perfil de nutrición, sin embargo, en caso de sobrepasar la demanda para el este perfil, podrán ser intervenidos por los perfiles de enfermería (riesgo de DNT indicador entre -1.5 y -2.0.) y medicina (DNT aguda).

Tabla resumen del producto:

Nombre de la actividad	***Periodicidad***	***Perfiles del talento humano***	***Entregables***
-Atención (visita) domiciliaria por Nutrición	Actividad a desarrollar durante todos los meses de la duración del convenio.	Profesionales universitarios 2 Nutrición (operativo).	~~-Registro de atenciones en historia clínica. (RIPS).~~ -Registro de atenciones y plan de cuidado en aplicativo GTAPS (Plano de atenciones y plan de cuidado). -Activaciones de ruta y canalizaciones SIRC. -Notificación de eventos de interés en salud pública.

-Educación individual en salud por Nutrición.	Actividad a desarrollar durante todos los meses de la duración del convenio.	Profesionales universitarios 2 Nutrición (operativo).	~~-Registro de atenciones en historia clínica. (RIPS).~~ -Registro de atenciones y plan de cuidado en aplicativo GTAPS (Plano de atenciones y plan de cuidado).

~~1.9.~~1.8. Producto 16 Y 66. PLAN DE CUIDADO INDIVIDUAL_Psicología (Urbano y Rural).

~~1.9.1.~~1.8.1. Unidad de medida

Atención y educación individual: Corresponde a cada una de las atenciones extramurales realizadas por el perfil de psicología que se realiza según criterios y clasificación de riesgos. integra el plan de cuidado y agendamiento de consultas que se requieran para continuidad del proceso de atención en salud del usuario y atención de educación individual en salud.

~~1.9.2.~~1.8.2. 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 usuarios beneficiarios de esta intervención realizadas durante el mes, de acuerdo con el plan de cuidado establecido.

~~1.9.3.~~1.8.3. Detalle de las actividades

Teniendo en cuenta que el Modelo de Atención en Salud MAS Bienestar se establece la valoración integral por el promotor de salud de los equipos básicos extramurales de hogar, con la implementación de los tamizajes establecidos en el marco normativo vigente, según identificación de riesgo, necesidades y problemas para salud mental, se realizará la atención individual de psicología de acuerdo con las prioridades establecidas para ello. (ver ficha técnica de Salud Mental). Los profesionales de psicología realizaran atenciones individuales a los usuarios vinculados a la estrategia Mas Bienestar para la persona cuidadora, por lo tanto, no desarrollaran actividades individuales y colectivas en los mismos núcleos familiares.

Esto requiere implementar la semiología básica referente al estado psíquico de un paciente, determinando aspectos como la apariencia personal, el estado cognitivo, la sensopercepción, las emociones y el pensamiento; siempre bajo el contexto general de cada usuario, lo que incluye la valoración de su entorno escolar, familiar, laboral, social y comunitario. Así mismo, cabe recordar que la valoración de los antecedentes familiares y personales aportan información clínica importante para la aproximación diagnóstica.

Frente a la salud mental, el talento humano de los Equipos Básicos Extramurales de Hogar debe disponer de las prácticas esenciales para la atención de estos pacientes, lo cual incluye la abolición del estigma, el respeto por las diferencias y libertades, los ambientes privados, la escucha activa y la empatía, apoyados en las guías de práctica clínica (Minsalud y/o MHGAP de la OMS).

Actividad 1. Visita Domiciliaria – Atención Individual de Psicología

Como respuesta a la identificación inicial el profesional de psicología deberá establecer el proceso de intervención para cada usuario, el cual estará guiado por la intervención psicológica breve para adultos Enfrentando Problemas Plus EP+, esta estrategia establece el desarrollo de entre 4 a 7 sesiones individuales, 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.

Teniendo en cuenta que el enfoque comprende el enfrentar el problema (EP) como una estrategia que está basada desde el enfoque conductual, en esta actividad se propone identificar problemas psicológicos (estrés, temor, sentimientos de impotencia, entre otros) y, donde fuere posible, necesidades o problemas prácticos (problemas de sustento, conflictos en la familia y otros). Para este proceso se llevará a cabo el desarrollo de las siguientes actividades:

a. Primera Sesión Evaluación Integral:
En esta sesión se realizará la evaluación de la condición emocional de los usuarios a través de las herramientas establecidas para ello. (ver ficha técnica de Salud Mental).

b. Sesiones terapéuticas:
Como inicio de cada sesión se deberá aplicar la evaluación durante EP+ (ver documentos de apoyo para la atención) realizando el registro de los resultados, posteriormente se trabajará el tema central de la sesión (ver ficha técnica de Salud Mental).

c. Sesión Final:
Se inicia la sesión con un ejercicio conversacional con el paciente que permita la identificación de las estrategias trabajadas, su aplicación en la vida cotidiana y reforzando las estrategias pertinentes que den respuesta a las necesidades identificadas durante este (ver ficha técnica de Salud Mental).

Actividad 2. Educación individual en salud por psicología.

Al finalizar la atención individual en cada sesión y según identificación de avances y criterio del profesional se establecerán los contenidos de educación requeridos en función de los hallazgos, necesidades e inquietudes de los usuarios vinculados al proceso de atención.

Tabla resumen del producto:

Nombre de la actividad	***Periodicidad***	***Perfiles del talento humano***	***Entregables***
Visita Domiciliaria – Atención Individual de Psicología.	Atención individual, con 1 sesión semanal, donde se desarrollan las actividades establecidas en el plan de manejo terapéutico.	Profesionales universitarios 2 Psicología (operativo).	~~-Registro de información en HC, cumpliendo atributos de calidad. (RIPS).~~ -Registro de información en aplicativo GTAPS, cumpliendo atributos de calidad. Plano modulo psicología. -Activaciones de ruta y canalizaciones SIRC. -Notificación de eventos de interés en salud pública
Educación individual en salud por psicología.	Al finalizar cada sesión individual, se llevará a cabo un proceso de educación individual con temas de interés que aportan al plan de manejo terapéutico.	Profesionales universitarios 2 Psicología (operativo).	~~Registro de información en HC, cumpliendo atributos de calidad.~~ Registro de información en aplicativo GTAPS, cumpliendo atributos de calidad.

~~1.10.~~1.9. Producto 19. Plan de Cuidado Individual - Vacunación Extramural

~~1.10.1.~~1.9.1. Unidad de medida

Avance mensual al plan de acción.

~~1.10.2.~~1.9.2. Forma de reporte de ejecución del producto

Se realiza reporte mensual de los avances, acorde al plan de acción teniendo en cuenta la planeación y seguimiento de las intervenciones desarrolladas.

~~1.10.3.~~1.9.3. Detalle de las actividades

Actividad 1. Gestión para la vacunación extramural.

Implementación de las tácticas de la modalidad extramural que incluyen entre otras, seguimiento telefónico o domiciliario de la población susceptible identificada en el territorio, jornadas locales requeridas por la comunidad y/o necesidad identificada por el equipo EBE con el objetivo de iniciar, continuar y/o completar esquemas de vacunación dentro del territorio.

Para garantizar una mejor planificación operativa de la estrategia de vacunación en domicilio a la población priorizada con esquemas de vacunación incompletos en menores de 5 años, gestantes y población mayor de 60 años, identificada por los equipos básicos extramurales, la subred desde la coordinación de los EBE realizará la articulación con el PSPIC – Programa Ampliado de Inmunizaciones de la subred, con el fin de definir el proceso y contar con el suministro de los biológicos, elementos de protección personal, insumos y dispositivos médicos, necesarios para llevar a cabo dicha actividad.

Para el desarrollo de la actividad de vacunación, los EBE identifican y reportaran a través del aplicativo GITAPS la población priorizada con esquemas de vacunación incompleta. Una vez se cuente con esta información el auxiliar de enfermería procederá a realizar las siguientes actividades:

- Descarga diaria de la información correspondiente a los usuarios reportados por los EBE sujeto del Programa Ampliado de Inmunizaciones -PAI en el territorio.
- Construcción y retroalimentación de la base de seguimiento a la cohorte con usuarios remitidos diariamente.
- Consulta en el aplicativo PAI web 2.0 de la Secretaría Distrital de Salud el antecedente vacunal del usuario con el fin de determinar los biológicos a aplicar.
- Realizar seguimiento telefónico, agendamamiento de la visita, recordación de citas, retroalimentación de la visita y actualización a los usuarios identificados por los equipos básicos extramurales en el Aplicativo PAI 2.0..
- El procedimiento de vacunación en casa se realizará de acuerdo con las guías, protocolos y manuales dispuestos en la subred garantizando el adecuado uso de elementos de protección personal, técnicas de administración de biológicos, cadena de frio y medidas necesarias para el almacenamiento, conservación y transporte de los biológicos.
- Diligenciamiento de registro diario de vacunación, consentimiento informado para la administración de COVID 19, con la información de dosis aplicadas y para el caso

del registro de infancia registrar el antecedente vacunal, cumpliendo con criterios de calidad.

- Seguimiento a la cohorte de los usuarios vacunados, este registro se realizará en el aplicativo PAI.
- Participar en el comité extraordinario convocado por el componente de PAI y en los comités de cuidado de los EBE, para este último es importante realizar socialización de avances en la estrategia de vacunación en domicilio.
- Participar en la asistencia técnica PAI local

Se precisa que el medio de verificación de los usuarios vacunados se realizará mediante la descarga del plano del aplicativo PAI, identificando los usuarios vacunados con la táctica denominada equipos básicos extramurales de hogar.
En caso de requerir la incorporación de otros biológicos, se informará oportunamente desde nivel central.

Tabla resumen del producto:

Nombre de la actividad	Periodicidad	Perfiles del talento humano	Entregables
Realizar consolidación de la información de la población sujeto del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI en el territorio.	Diario	Técnico Auxiliar de Enfermería o Técnico en Salud Pública con experiencia mínimo de 6 meses en el Programa de vacunación o en salud pública	Matriz Excel consolidada con el detalle de los usuarios ingresados al seguimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI.
Diligenciar registro diario de vacunación, consentimiento informado para la administración de COVID 19, con la información de dosis aplicadas y para el caso del registro de infancia registrar el antecedente vacunal, cumpliendo con criterios de calidad.	Según necesidad		Formato Registro_diario_PAI_infancia Formato Registro_diario_PAI_adultez Formato consentimiento_informado_Covid19 Formato Encuesta Fiebre Amarilla Notas aclaratorias: 1. Los formatos serán diligenciados por el perfil técnico auxiliar de enfermería, pero serán custodiados en el punto extramural habilitado para modalidad.

Tabla con formato

			2. Los formatos o herramientas pueden tener cambios durante la vigencia según directriz de la Entidad Territorial.
Participar en el comité extraordinario convocado por el componente de PAI y en los comités de cuidado de los EBE	Mensual /Semanal		1.Acta Subred (propia de la entidad)
Participar en la asistencia técnica PAI local	Mensual		1.Acta Subred (propia de la entidad)
Realizar seguimiento telefónico, agendamiento de visitas y recordación de citas, retroalimentación de la visita y actualización a los usuarios identificados por los equipos básicos extramurales en el Aplicativo PAI 2.0.	Diario		1. Aplicativo PAI 2.0 con retroalimentación en el módulo de seguimiento a la cohorte. 2. Matriz consolidada de la cohorte.

~~1.11.~~1.10. Producto 18 y 63. Plan de Cuidado Individual - Mas Bienestar para la persona cuidadora (Urbano y Rural)

~~1.11.1.~~1.10.1. Unidad de medida

Atención individual de auxiliar de cuidado en casa; corresponde a cada una de las atenciones (visita domiciliaria) por el perfil de auxiliar de enfermería, integra la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad orientada a la persona cuidadora.

~~1.11.2.~~1.10.2. Forma de reporte de ejecución del producto

El reporte del producto se realiza con una periodicidad mensual, donde se deben relacionar las atenciones del auxiliar cuidador.

1.11.3.1.10.3. Detalle de las actividades

Se realizarán intervenciones individuales por el perfil auxiliar de enfermería orientadas al desarrollo de atenciones integradas a la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad y orientadas a la persona cuidadora mayores de edad, con el propósito de atender sus necesidades, fortalecimiento de condiciones de salud y el acceso y vinculación a la oferta sectoriales e intersectoriales que favorecen la mejora en la calidad de vida de la familia cuidadora y de la persona sujeto de cuidado.

El proceso tendrá como alcance las familias que son caracterizadas y abordadas en el marco de la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad, quienes en el marco de las acciones colectivas identifiquen la necesidad de la sustitución en la labor del cuidado y que a su vez cumplan con los criterios de inclusión y priorización para la identificación:

Criterios de inclusión	Criterios de priorización*
• Cuidadores mayores de 18 años • Familia con personas que requieren cuidado, mayores de 18 años • Familias que residen en Bogotá; urbana o rural • Familias que no cuenten con auxiliar de enfermera asignada por el plan obligatorio de salud o que paguen independientemente por la labor de cuidado del familiar. • Familias que no se encuentren incluidas en otro programa de relevo a cuidadores de la oferta Distrital. • Familias que cuentan con un lugar habitacional en donde recibir la atención	• Personas mayores de edad que presentan discapacidad y/o dependencia funcional • Personas cuidadoras con alertas en Salud Mental • Personas mayores de 60 años con dependencia funcional. • Sobrecarga alta del cuidador (Puntaje de Zarit) • Cuidador de género femenino • Cuidadores con enfermedades crónicas o de alto costo no controladas • Cuidadores-as de personas con discapacidad y/o dependencia víctimas de hechos violentos. • Cuidadores-as de personas con discapacidad pertenecientes a los grupos étnicos (Indígenas, Negro-afrocolombiano, Raizal, Palenquero y Rrom Gitano) • Cuidadores-as de personas con discapacidad pertenecientes a los sectores LGBTIQ+. • Cuidadoras de personas con discapacidad que son jefes de hogar.
	*Este criterio será sólo tenido en cuenta para seleccionar las familias cuidadoras en caso de tener un alto volumen de familias que cumplen criterio de inclusión.

El perfil de Auxiliar de Enfermería es el encargado de sustituir al cuidador con el objetivo de que pueda tener un descanso o realizar cualquier otra actividad que le genere bienestar y el fortalecimiento de las capacidades individuales, tendientes a la mejora de la calidad de vida del cuidador y de la persona con discapacidad; por esta razón las personas que requieren cuidado serán atendidas por este perfil en los tiempos concertados para tal fin, quien a su vez recibirá las orientaciones técnicas del equipo interdisciplinario y supervisadas por el profesional de enfermería; es importante tener en cuenta durante el relevo las siguientes recomendaciones:

- Ayudar con las necesidades básicas, con el traslado y la movilidad (levantar y desplazar a una persona de un sitio a otro sin riesgo de que sufra una caída o se haga daño); dentro de la casa.
- Realizar la toma de signos vitales al inicio y al finalizar el relevo; en caso de identificarse alteraciones en la toma de signos que pongan en riesgo la vida de la persona, deberá activarse la ruta de emergencias e informar al líder de la localidad.
- Es importante tener en cuenta que el auxiliar de relevo no realiza procedimientos invasivos; entendidos como aquellos que Involucran instrumentos que rompen la piel o que penetran físicamente en el cuerpo como administración de medicamentos Inyectables (intramuscular, intradérmico, subcutáneo), canalización de vía endovenosa y curación de heridas bucales y úlceras por presión.
    - El auxiliar de Enfermería deberá Identificar, socializar y mantener los límites: No son empleados del hogar, las funciones están limitadas a la asistencia a la persona cuidada y al cuidador.
    - Solo debe cuidar a la persona sujeto del cuidado y no deberá atender a otros miembros de la familia.
    - Informar oportunamente ante situaciones que pongan en riesgo la integridad del Auxiliar de Enfermería.
    - Nunca tomar decisiones importantes en nombre de la persona.

El detalle de las actividades de la estrategia Mas Bienestar para la persona cuidadora podrá ser consultada en la ficha técnica RBC-EBEH.

Tabla resumen del producto:

Nombre de la actividad	***Periodicidad***	***Perfiles del talento humano***	***Entregables***
Atenciones individuales del auxiliar cuidador.	Acorde a concertación con la familia, en articulación con el profesional de terapias.	Técnico 1 (en áreas de la salud, ciencias sociales y humanas). Auxiliar en enfermería.	-Planilla de familias con consentimiento informado y atención individual. -Registro de información en aplicativo GTAPS, cumpliendo atributos de calidad. -Activaciones de ruta y canalizaciones SIRC. -Notificación de eventos de interés en salud pública -Actas de reunión del equipo de la estrategia RBC.

~~1.12.~~1.11. Productos. Grupos de Familias para el Bienestar.

Producto 21. Grupos de Familias para el Bienestar por Medicina General
Producto 22. Grupos de Familias para el Bienestar en Ruralidad Cercana
Producto 23. Grupos de Familias para el Bienestar en Salud Mental
Producto 24. Grupos de Familias para el Bienestar Emocional
Producto 25. Grupos de Familias para el Bienestar y Seguridad Alimentaria y Nutricional
Producto 26. Grupos de Familias para el Bienestar de cuidadores y personas con discapacidad.
Producto 27. Grupos de Familias para el Bienestar en Salud Bucal
Producto 28. Grupos de Familias para el Bienestar en salud ambiental
Producto 29. Grupos de Familias para el Bienestar y la inclusión
Producto 30. Grupos de Familias para el Bienestar por Medicina General - Ruralidad cercana

~~1.12.1.~~1.11.1. Unidad de medida

Corresponde a cada una de las educaciones en salud realizadas a los grupos de familias por perfil de los equipos básicos extramurales.

~~1.12.2.~~1.11.2. Forma de reporte de ejecución del producto

El reporte del producto se realiza con una periodicidad mensual, acorde a la cantidad de sesiones de grupos de familia realizados por cada perfil. En los casos de contar con el desarrollo de las dos actividades del producto (Alistamiento y desarrollo), se reportará en informe de gestión una (1) unidad en el producto correspondiente a cada perfil que participa; en caso de no lograr el desarrollo

del grupo de familias (Actividad 2), con las características y cantidad de participantes establecidos, la subred podrá reportar la mitad de la unidad (0,5) de la unidad, soportando el proceso de alistamiento (Actividad 1) realizado. Se precisa que el reporte de estas unidades por sesiones de alistamiento (0,5), no podrán exceder el 20% de la cantidad de sesiones inicialmente programadas para cada mes.

Para el caso de los perfiles que desarrollan el producto de Grupos de Familias para el Bienestar por Medicina General y participan en jornadas de intensificación donde no se desarrollan actividades de atención individual, requeridas desde la Secretaría Distrital de Salud, se reportará 1 unidad cuando se trate de media jornada y 2 cuando sea jornada completa, por cada profesional en medicina que participe.

~~1.12.4.~~1.11.3. Detalle de las actividades

1.12.4.1.1.11.3.1. Actividad 1. Alistamiento de la sesión de educación para grupos de familias

Este producto requerirá de unas actividades de planeación previas, relacionadas a continuación:

- En el marco de los espacios de articulación de los integrantes del Equipo Básico Extramural, comité de cuidado, se definirá la planeación y organización de los grupos de familias proyectados a realizar durante el mes.
- Se realizará la construcción de la ficha técnica, que deberá contener la metodología, temas a abordar y perfiles a intervenir; estas fichas se podrán replicar en diferentes grupos de familias, acorde a la necesidad identificada y analizada por el EBE.
- Se realizará la identificación de usuarios o grupos de familias que convergen a partir de la agrupación de personas que comparten una condición o situación de salud, a nivel de territorial, familiar e individual, así como determinantes sociales de la salud, que se identifiquen en común en un grupo de personas y familias del territorio.
- Se definirá fecha y lugar propicio para llevar a cabo dichas sesiones.
- Una vez definida la población sujeto de abordaje, se realizará la convocatoria de la población mediante la metodología propuesta por cada SISS y donde participará la totalidad del equipo operativo y de avanzada.
- Se precisa que para el desarrollo de cada sesión se debe contar con la participación mínimo 10 personas.

1.4.3.2 Actividad 2. Desarrollo de sesión de educación para grupos de familias

Se llevarán a cabo sesiones de educación grupal lideradas por los profesionales del equipo básico extramural de Hogar. Para la ejecución de estas sesiones se podrán agrupar máximo 3 perfiles complementarios de los EBE quienes realizarán el desarrollo de las temáticas propuestas para la sesión, en las cuales se deben visibilizar los aportes técnicos de cada uno. Cada sesión tendrá una duración de 3 horas incluyendo las actividades de alistamiento.

Para el desarrollo de las sesiones de educación a grupos de familias es importante implementar metodologías y pedagogía acorde a la población a quien va dirigida la sesión, tener en cuenta los momentos vitales, los contextos, necesidades y capacidades para el cuidado de la salud y gestión del riesgo en la población. Estas sesiones se realizarán con el fin de potenciar o fortalecer las capacidades para el cuidado de la salud de las personas, minimizar el riesgo de enfermar o derivar oportunamente a rutas de grupo de riesgo o a los servicios de salud requeridos para el manejo de su condición de salud; es decir, que los participantes de los grupos de familias pueden agruparse por condiciones de vida o riesgo en la salud (Personas con condiciones crónicas, necesidades de salud mental, gestantes, entre otras) o por compartir características contextuales, necesidades o expectativas relacionadas con el cuidado de la salud (Familias que viven en zonas con riesgo ambiental o en territorios con factores de riesgo psicosocial, entre otras).

Con las sesiones de grupos de familias, se avanza en los procesos de plan de cuidado territorial, en la medida que se tratan temáticas y problemáticas identificadas en la caracterización territorial adelantada por el equipo del entorno cuidador comunitario, y que determinan la salud de las familias de cada territorio. Es por ello, que en estos espacios se podrá fortalecer la acción de educación grupal del EBE, con la participación de actores intersectoriales y comunitarios que aporten al desarrollo de capacidades para el cuidado.

Se recomienda que los contenidos de las sesiones de educación para los grupos de familias puedan ser ajustados de acuerdo con i) la identificación de capacidades a ser fortalecidas con las personas, familias o comunidades, ii) Las necesidades de salud identificadas, y iii) las inquietudes de los grupos con los que se trabajará y iv) las orientaciones pedagógicas, metodológicas y didácticas contenidas en el documento de marco conceptual y metodológico de educación (y comunicación) para la salud en el marco de las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS, conforme a las Directrices de Educación para la salud definidas en la resolución 3280 de 2018 (Ver Caja de Herramientas).

Es importante mencionar que todos los participantes de las sesiones de educación de grupos de familias deben ser incorporados al proceso de caracterización familiar e individual realizada por los equipos básicos extramurales de Hogar. Se precisa que el perfil de medicina general, en el marco de sesiones de educación grupal, apoyará el desarrollo de las sesiones de dispositivos comunitarios para el cuidado colectivo para el bienestar, acciones de escucha para Mas bienestar, y las demás que se prioricen desde el entorno cuidador comunitario del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas.

Se precisa, que las sesiones de grupos de familias desarrolladas por los profesionales de medicina, enfermería, nutrición y psicología corresponden a la actividad de educación grupal en salud, establecida en el plan de beneficios, por lo que se notificarán a la EPS correspondiente, como parte de las atenciones de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de Salud, acorde a las frecuencias de uso de cada uno de los participantes. Por su parte, las actividades de grupos de familias de los demás perfiles del equipo (Profesionales en terapia, odontología, ciencias ambientales y agentes de cambio), se enmarcan de las intervenciones colectivas, establecidas en la misma resolución para el entorno cuidador hogar y

~~Por su parte, la participación de los demás perfiles se enmarca~~hacen parte de ~~en~~ las ~~intervenciones~~ actividades ~~colectivas~~ que se realizan para el fortalecimiento de capacidades de cuidado en las familias.

Tabla resumen del producto:

Nombre de la actividad	***Periodicidad***	***Perfiles del talento humano***	***Entregables***
Alistamiento y desarrollo de sesión de educación para grupos de familias~~Educación grupal en salud~~	Actividad a desarrollar durante todos los meses de la duración del convenio.	- Profesionales Universitarios 2 (Operativos). Enfermería, psicología, nutrición, terapias (Ocupacional, física y fonoaudiología) y odontología. -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 para la zona urbana.	-Soportes de las acciones de convocatoria realizada. -Registro de información en aplicativo GTAPS, cumpliendo atributos de calidad. -Ficha técnica -Listados de asistencia

Tabla con formato

		- Profesionales Universitarios 2 (Operativos). Ciencias ambientales; (ingeniero ambiental y/o sanitario, o administrador ambiental) para la ruralidad cercana. -Profesional Especializado 4 (Operativo). Psicología Clínica. -Agente de Cambio. - Profesionales universitarios 3 Medicina (operativo).	

PLAN DE CUIDADO TERRITORIAL

1.13.1.12. Productos 42, 43, 44 y 45. Comité de Cuidado.

Corresponde a los espacios de fortalecimiento técnico del talento humano que conforman los equipos básicos extramurales, promoviendo así el desarrollo de competencias para el desarrollo de atenciones integrales y efectivas para la continuidad del cuidado requerido en cada una de las familias abordadas. De igual forma, a través de estos comités se propician los espacios de reunión del equipo básico extramural acorde a la apropiación territorial, de manera que se lleven a cabo análisis de necesidades y puesta en marcha de la respuesta requerida a nivel territorial, familiar e individual.

1.13.1.1.12.1. Unidad de medida

Avance mensual del plan de acción

1.13.2.1.12.2. Forma de reporte de ejecución del producto

Se realiza reporte mensual de los avances de acuerdo con el plan de acción.

1.13.3.1.12.3. Detalle de las actividades

1.13.3.1.1.12.3.1. Actividad 1. Fortalecimiento Técnico de los Equipos Básicos Extramurales.

Descripción de la actividad

Esta actividad es desarrollada a partir de procesos liderados tanto por la Secretaría Distrital de Salud, como por las SISS, con el fin de afianzar conocimientos del talento humano, en temas estratégicos, tácticos y operativos, necesarios para la implementación de los equipos básicos extramurales.

Estos espacios de fortalecimiento técnico se pueden desarrollar mediante diferentes metodologías de abordaje, presenciales y virtuales, que pueden incluir tanto procesos de asistencia técnica de corta duración, como capacitaciones más extensas, espacios de construcción conjunta mediante talleres, práctica dirigida, entre otras.

Las temáticas a tratar en estos espacios parten de temas estratégicos como el modelo de atención en salud del distrito MAS Bienestar, el plan de desarrollo distrital, el plan territorial de salud, sistema de información, Rutas Integrales de Atención en Salud, etc, que deben ser apropiados por todo el equipo (Perfiles de gestión, soporte y operativo), hasta temas puntuales acorde a la pertinencia técnica y funciones de cada uno de los integrantes del equipo en los componentes de gestión apoyo, soporte y operación de los Equipos Básicos.

Su desarrollo será a partir de la convocatoria desde la SDS o acorde a cronograma específico de la subred, teniendo en cuenta lo establecido en el plan de acción y las necesidades de fortalecimiento técnico que se identifiquen en la medida que se van implementando las fases de abordaje de los equipos básicos extramurales.

1.13.3.2.1.12.3.2. Actividad 2. Comité de Cuidado del Equipo Territorial para el análisis y apropiación territorial, familiar e individual.

Descripción de la actividad

Este se constituye en el principal espacio de encuentro del equipo territorial acorde a la asignación y apropiación del mismo; es un espacio donde se reúnen los promotores de salud de cada territorio, con los perfiles técnicos y profesionales que conforman cada uno de los equipos, así como los perfiles a cargo de la avanzada y gestión territorial, equipos de abordaje étnico diferencial que tengan influencia en dichos territorios por concentración de su población sujeto de abordaje, perfiles de vacunación extramural y de bienestar de los cuidadores, acompañados del equipo de gestión (Apoyos, gestión de la información, componente geográfico, canalizaciones, líderes dinamizadores). Así mismo, en este espacio se contará con participantes ocasionales como lo son los equipos del entorno cuidador comunitario a cargo de la caracterización territorial, equipos de participación social transformadora, análisis de condiciones de calidad de vida, salud y enfermedad, entre otros que se requieran para el desarrollo de las acciones propias de este espacio.

Los comités de cuidado del equipo territorial están definidos para el análisis y apropiación territorial, familiar e individual, a partir de la revisión de los hallazgos de la caracterización adelantada en estos tres niveles de operación desde los diferentes equipos y perfiles que hacen parte de la gestión

territorial. A partir de ello, se establecen acciones de respuesta integral, complementaria y coordinada que posteriormente permita el monitoreo y evaluación de las condiciones de salud del territorio; a continuación, se relacionan algunas de las acciones a concretar en dicho espacio:

- Gestión Territorial: Definición de las acciones y estrategias conjuntas a desarrollar en el territorio a partir de la oferta de diferentes planes, programas y actividades previstas a nivel sectorial e intersectorial que se requieran movilizar para el territorio, las cuales, en caso de ser necesario se pueden posicionar en el espacio de Mesa Local de la Atención Primaria Social, definida para el desarrollo de la microgestión, mediante la articulación intersectorial para favorecer las condiciones de vida y salud de las familias de dichos territorios.

A partir de este análisis, también se determinan las necesidades de desarrollar la estrategia de grupos de familias, para la promoción del cuidado de la salud mediante acciones grupales, de educación para la salud y gestión colectiva del riesgo, a partir del reconocimiento de condiciones de vida, condiciones de salud, necesidades y expectativas en salud comunes entre las comunidades y familias del territorio; es por lo anterior, que se constituye en un espacio de planeación de esta actividad, con la identificación de los perfiles que se requieren en el desarrollo de los grupos de familias, conforme a la necesidad de cada territorio.

En el componente de gestión territorial, también se adelanta la revisión del avance y efectividad que se tiene del territorio, de manera que al reconocer la cantidad de predios y hogares aproximados que se encuentran allí, se pueda monitorear y evaluar la cobertura, posicionamiento y corresponsabilidad de las familias y comunidades con los equipos extramurales y el modelo de atención en salud MAS Bienestar.

Esto derivará necesidades de focalización de acciones del equipo de avanzada para el abordaje territorial, quienes organizarán el plan de trabajo en los territorios con mayores dificultades de acceso por seguridad, propiedad horizontal o rechazos, de manera que a partir de su accionar, se viabilice el ingreso de los demás perfiles del equipo.

- Gestión Familiar: Al igual que en el nivel territorial, a nivel familiar se realizará el balance de la cobertura familiar alcanzada por el equipo básico extramural; para ello, se debe adelantar el análisis acorde al proceso de caracterización de los promotores y las derivaciones que se han generado para cada uno de los demás perfiles del equipo, de manera que se monitoree la

oportunidad y continuidad del cuidado familiar, mediante la implementación de las diferentes estrategias que son implementadas por el equipo interdisciplinario acorde a la necesidad.

Es el escenario para el posicionamiento de nuevas necesidades de abordaje familiar, de manera que, desde el equipo integral, se organice la respuesta requerida en cada uno de los casos y se movilicen los casos que requieren respuestas complementarias desde otros actores.

En este espacio, se debe monitorear los casos con plan de cuidado familiar concertado, implementado y finalizado/evaluado, con el propósito de organizar la respuesta, tiempos, movimientos y capacidad de respuesta del equipo, en función del proceso permanente y continuo de caracterización, actualización y seguimiento que se realiza por el equipo.

- Gestión Individual: Se adelantará el proceso de verificación de derivaciones realizada para las diferentes actividades y perfiles de los equipos básicos extramurales, a fin de corroborar que se cuente con respuesta oportuna y pertinente acorde a lo establecido en cada uno de los productos de plan de cuidado individual.

Se realizará verificación de casos prioritarios en el territorio, que requieren de un análisis puntual para la respuesta, dado que se evidencian riesgos importantes para la salud. Así mismo se realizará seguimiento y monitoreo frente a la respuesta al abordaje de los casos asignados a los equipos básicos extramurales de acuerdo con los tiempos establecidos para la atención según prioridad de la población remitida.

Para los niveles de gestión familiar e individual, se adelantará balance de la respuesta a activaciones de ruta generadas por el equipo, en las diferentes modalidades de canalización, así como la efectividad del agendamiento de citas, de manera que permita el monitoreo de la respuesta y condición de riesgo familiar e individual.

Para todo el proceso de comité de cuidado, se contará con un tablero de control e indicadores que se monitoreará permanentemente por parte del equipo básico extramural.

1.13.3.3.1.12.3.3. Actividad 3. Reunión de Equipo.

Descripción de la actividad

Este espacio será liderado por la coordinación de los equipos básicos extramurales, quienes tienen a cargo el direccionamiento estratégico, táctico y operativo. Este espacio se desarrollará con todo el equipo, a fin de fomentar procesos de coordinación, complementariedad y continuidad de las acciones de cuidado dirigidas a las familias sujeto de intervención.

Es el espacio para el posicionamiento de temas estructurales, metodológicos, técnicos, administrativos, que se requiera para el cumplimiento de los objetivos trazados en el marco de la gestión del riesgo extramural.

Nota: A pesar de que el producto contempla tres actividades, en los primeros meses del convenio se desarrollará con mayor predominio la actividad 1. Fortalecimiento técnico de los Equipos Básicos Extramurales; los dos restantes se emprenderán a partir de la organización y línea técnica brindada desde la Secretaría Distrital de Salud.

Tabla resumen del producto:

Nombre de la actividad	***Periodicidad***	***Perfiles del talento humano***	***Entregables***
Fortalecimiento Técnico de los Equipos Básicos Extramurales. Descripción de la actividad	Actividad a desarrollar durante todos los meses de la duración del convenio.	100% de los equipos básicos extramurales.	-Actas de participación en espacios de fortalecimiento técnico.
Comité de Cuidado del Equipo Territorial para el análisis y apropiación territorial, familiar e individual.	Actividad a desarrollar durante todos los meses de la duración del convenio.	100% de los equipos básicos extramurales.	-Actas de la participación en el espacio de comité de cuidado, con análisis territorial, acciones y estrategias conjuntas a desarrollar en el territorio. -Tablero de control e indicadores con el monitoreo de la operación a nivel territorial, familiar e individual.

Reunión de Equipo.	Actividad a desarrollar durante todos los meses de la duración del convenio.	100% de los equipos básicos extramurales.	-Actas de participación en espacios con el desarrollo de los temas tratados.

MONITOREO Y EVALUACIÓN

Las acciones de monitoreo y evaluación de los Equipos Básicos Extramurales de Hogar, se llevan a cabo de manera permanente a partir de la implementación de los planes de cuidado territorial, familiar e individual, sin embargo, se establecen algunos indicadores de monitoreo permanente, que se alimentan en los espacios de comité de cuidado, con los avances permanentes que se tienen de la operación rutinaria de los equipos.

INDICADORES DE GESTION EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES

No	Nombre	Definición	Numerador	Denominador	Uso	Línea de Base	Observación
1	Porcentaje de la población objetivo que recibe atención en domicilio por parte de los EBEH	Este indicador mide el porcentaje de personas dentro de la población objetivo que ha recibido al menos una visita de atención domiciliaria por parte de los EBE en un período de tiempo específico.	Número total de individuos que han recibido al menos una visita de atención domiciliaria por parte de los EBE durante el período de evaluación.	Número total de individuos remitidos que forman parte de la población objetivo definido para recibir atención domiciliaria.	* Evaluar la efectividad de las acciones de gestión del riesgo individual y familiar en modalidad extramural. * Identificar sectores catastrales con baja cobertura. * Monitorear el desempeño de los EBE y realizar ajustes necesarios para mejorar la cobertura.	Por establecer	Este indicador debe tener la medición a nivel local, por sector catastral y equipo EBE y Promotor de salud

Tabla con formato

2	Porcentaje usuarios priorizados que reciben atención en domicilio por parte de los EBEH	Este indicador mide el porcentaje de usuarios dentro de la población priorizada remitida por las EPS han recibido al menos una visita de atención domiciliaria por parte de los EBE en un período de tiempo específico.	Número total de individuos que han recibido al menos una visita de atención domiciliaria por parte de los EBE durante el período de evaluación.	Número total de individuos priorizados remitidos por la EPS para recibir atención domiciliaria por parte de los EBE.	* Evaluar la efectividad de las intervenciones en territorio de la modalidad de ruteo de los Equipos Básicos Extramurales. * Identificar sectores catastrales o grupos poblacionales con baja cobertura. * Monitorear el desempeño de los EBE y realizar ajustes necesarios para mejorar la cobertura.	Por establecer	Este indicador debe tener medición por: * EPS que deriva casos * Población de grupo de riesgo por EPS (gestantes, menores de 5 años, usuarios con HTA y DM) y demás definidas en comité técnico.
3	Tiempo promedio desde la solicitud del servicio hasta la primera visita por parte del equipo EBEH	Este indicador mide la sumatoria de días que transcurre desde que se remite un usuario por parte de la EPS hasta que el equipo EBE realiza la primera visita.	Fecha de la solicitud en que se recibe la solicitud de atención por los equipos EBE - (menos) Fecha de la primera visita por parte del equipo EBE	Total de solicitudes de atención de los EBE recibidas en el período de evaluación.	* Evaluar la oportunidad en la respuesta de los equipos EBE. * Identificar cuellos de botella en el proceso de atención. * Mejorar la planificación y asignación de recursos. * Monitorear y mejorar la satisfacción del paciente con la oportunidad del servicio.	Definido en el manual de agendamiento para los EBE	Este indicador requiere medición local y por población de grupo de riesgo
4	Porcentaje de Gestantes del territorio asignado al EBEH con captación al control prenatal.	Este indicador mide el porcentaje de mujeres embarazadas en el territorio asignado a los Equipos Básicos Extramurales (EBE) que han sido captadas para el control prenatal en cualquier momento durante su embarazo.	Total de mujeres embarazadas que han sido identificadas y han iniciado el control prenatal durante el período de evaluación.	Total de mujeres embarazadas identificadas en el territorio asignado a los EBE durante el período de evaluación.	* Evaluar la efectividad de los programas de captación prenatal. * Identificar áreas geográficas o grupos poblacionales con baja captación * Monitorear y mejorar la calidad de la atención prenatal.	Por establecer	Este indicador debe tener la medición a nivel local, por sector catastral y equipo EBE.

5	Porcentaje de Gestantes con Sífilis Gestacional que completan el Tratamiento bajo Supervisión de los EBEH	Este indicador mide el porcentaje de mujeres embarazadas diagnosticadas con sífilis que han completado el tratamiento recomendado bajo la supervisión de los Equipos Básicos Extramurales (EBEH).	Total de mujeres embarazadas diagnosticadas con sífilis que han completado el tratamiento durante el período de evaluación.	Total de mujeres embarazadas diagnosticadas con sífilis remitidas por las EPS o diagnosticadas por los EBE durante el período de evaluación.	* Evaluar la efectividad de los programas de tratamiento de sífilis gestacional. * Identificar barreras en la administración y adherencia al tratamiento. * Planificar y asignar recursos de manera más eficiente. * Monitorear y mejorar la calidad de la atención prenatal.	100%	Este indicador requiere medición local y por EPS
6	Porcentaje de contactos sexuales de Gestante con sífilis gestacional que completan el tratamiento bajo supervisión de los EBEH	Este indicador mide el porcentaje contactos sexuales de mujeres embarazadas diagnosticadas con sífilis que han completado el tratamiento recomendado bajo la supervisión de los Equipos Básicos Extramurales (EBEH).	Total de contactos sexuales de mujeres embarazadas diagnosticadas con sífilis que han completado el tratamiento durante el período de evaluación.	Total de mujeres embarazadas diagnosticadas con sífilis remitidas por las EPS o diagnosticadas por los EBE que reportan contactos sexuales durante el período de evaluación.		60%	Este indicador requiere medición local y por EPS
7	Porcentaje de la población menor de 5 años del territorio asignado al EBEH con esquema de vacunación completo para la edad.	Este indicador mide el porcentaje de niños menores de 5 años en el territorio asignado a los Equipos Básicos Extramurales (EBEH) que han recibido todas las vacunas establecidas para su edad según el programa nacional de vacunación.	Total de niños menores de 5 años que han recibido todas las vacunas definidas para su edad durante el período de evaluación.	Total de niños menores de 5 años en el territorio asignado a los EBE durante el período de evaluación.	*Evaluar la efectividad de los programas de vacunación infantil. * Identificar áreas geográficas o grupos poblacionales con baja cobertura de vacunación. * Planificar y asignar recursos de manera más eficiente. * Monitorear y mejorar la calidad de los servicios de vacunación.	95%	Este indicador requiere medición local y por EPS

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.

- En el marco de la atención de urgencias y emergencias, el equipo básico 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.

- 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 equipo, 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.

Con formato: Normal

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
1	Octubre de 2024	Se realiza la creación del documento en el marco de los 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 de los Equipos Básicos Extramurales de Hogar.
2	Noviembre de 2024	Se realiza actualización del documento en el marco de los 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 de los Equipos Básicos Extramurales de Hogar.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD SUBSECRETARIA DE SERVICIOS DE SALUD Y ASEGURAMIENTO SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL		
	DOCUMENTO OPERATIVO EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES DE HOGAR		
	Controlado no codificado	Versión:	1
Elaboró: Sindy Julieth Sánchez, Diana Marcela Velandia, Milena Useche Velásquez, Eduardo Santander, Camilo Rodríguez– Referentes Técnicos Equipos Básicos Extramurales de Hogar /Revisó y Aprobó: Marcela Martínez Contreras - Subdirectora de Acciones Colectivas, Johanna Andrea Torres Ruiz – Asesora de Despacho.			

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Sindy Julieth Sánchez Diana Marcela Velandia Milena Useche Velásquez Eduardo Santander Camilo Rodríguez **Cargo:** Referentes Técnicos Equipos Básicos Extramurales de Hogar **Fecha:** Noviem~~Octu~~bre de 2024	**Nombre:** Marcela Martínez Contreras **Cargo:** Subdirectora Acciones Colectivas **Nombre:** Johanna Andrea Torres Ruiz. **Cargo:** Asesora de Despacho **Fecha:** Noviembre ~~Octubre~~ de 2024	**Nombre:** Marcela Martínez Contreras **Cargo:** Subdirectora Acciones Colectivas **Nombre:** Johanna Andrea Torres Ruiz. **Cargo:** Asesora de Despacho **Fecha:** Noviembre ~~Octubre~~ de 2024