SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA/
SUBSECRETARIA DE SERVICIOS DE SALUD Y ASEGURAMIENTO

EQUIPOS DE MAS BIENESTAR EN TU HOGAR

ACCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA: CUIDADO CONTINUO POR UNA VIDA CON BIENESTAR CON ENFOQUE DIFERENCIAL POBLACIONAL Y GÉNERO

LINEA OPERATIVA: PROMOCIÓN DE LA SALUD Y GESTIÓN DEL RIESGO FAMILIA

ACCIÓN DE BIENESTAR: ESTRATEGIA DE ABORDAJE ÉTNICO DIFERENCIAL

VIGENCIA: OCTUBRE DE 2025 A JUNIO 2027

Bogotá D.C. 2025

Contenido

Contenido 2

FICHA TÉCNICA ACCIONES DE BIENESTAR: ESTRATEGIA DE ABORDAJE ÉTNICO DIFERENCIAL 12

ACCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA CUIDADO CONTINUO POR UNA VIDA CON BIENESTAR CON ENFOQUE DIFERENCIAL POBLACIONAL Y GÉNERO 12

ABORDAJE DIFERENCIAL A FAMILIAS NEGRAS Y AFROCOLOMBIANAS DESDE LA ESTRATEGIA KILOMBO 20

1. Acción de Bienestar 37. Plan de Bienestar Familiar con Familias Étnicas - Afrodescendientes 24

1.1 Conceptualización de los elementos centrales de la acción de bienestar o acción de gestión para el bienestar 24

1.2 Objetivo General 25

1.3 Población sujeto de la intervención 25

1.4 Talento humano 25

1.5 Unidad de medida 25

1.6 Forma de reporte de ejecución de la acción de bienestar 25

1.7 Descripción de la acción de bienestar: 25

Actividad 1. Caracterización y formulación de Plan de bienestar Diferencial en Familias de comunidades Negras y Afrocolombianas 26

Actividad 2. Implementación y cierre de Plan de bienestar Cuidado Diferencial en Familias de comunidades Negras y Afrocolombianas 29

1.8 Tabla resumen de la acción de bienestar 32

2. Acción de Bienestar 38. Apechonteria con familias étnicas – Afrodescendiente 33

2.1. Conceptualización de los elementos centrales de la acción de bienestar o acción de gestión para el bienestar 33

2.2. Objetivo General 33

2.3. Población sujeto de la intervención 33

2.4. Talento humano 33

2.5. Unidad de medida: 33

2.6. Forma de reporte de ejecución de la acción de bienestar 34

2.7. Descripción de la acción de bienestar: 34

Actividad 1. Dialogo y concertación de acciones 34

Actividad 2. Desarrollo de contenidos diferenciales: 35

Actividad 3. Sesión colectiva para el mantenimiento de la salud 36

2.8. Tabla resumen de la acción de bienestar: 38

3. Acción de Bienestar 39. Técnicas de curación ancestral - Negras y Afrocolombianas 39

3.1. Conceptualización de los elementos centrales de la acción de bienestar o acción de gestión para el bienestar 39

3.2. Objetivo General 40

3.3. Población sujeto de la intervención 40

3.4. Talento humano 40

3.5. Unidad de medida 40

3.6. Forma de reporte de ejecución de la acción de bienestar 41

3.7. Descripción de la acción de bienestar: 41

Actividad 1. Desarrollo de jornada técnica de Curación desde la medicina tradicional 41

3.8. Tabla resumen de la acción de bienestar: 43

ABORDAJE DIFERENCIAL A FAMILIAS PALENQUERAS DESDE LA ESTRATEGIA MÁ MERISINA RÍ PALENGE- KILUMBA 43

4. Acción de Bienestar 40. Plan de bienestar Familiar con Familias Étnicas – Palenqueros 46

4.1. Conceptualización de los elementos centrales de la acción de bienestar o acción de gestión para el bienestar 46

4.2. Objetivo General 47

4.3. Población sujeto de la intervención 47

4.4. Talento humano 47

4.5. Unidad de medida 47

4.6. Forma de reporte de ejecución de la acción de bienestar 47

4.7. Descripción de la acción de bienestar: 47

Actividad 1. Lectura de necesidades en salud integral (achakes): 48

Actividad 2. Implementación y cierre del Plan de Cuidado Diferencial en familias Palenqueras 51

4.8. Tabla resumen de la acción de bienestar: 53

5. Acción de Bienestar 41. Acciones Colectivas Diferenciales con familias étnicas – Palenqueras 54

5.1. Conceptualización de los elementos centrales de la acción de bienestar o acción de gestión para el bienestar 54

5.2. Objetivo General 55

5.3. Población sujeto de la intervención 55

5.4. Talento humano 55

5.5. Unidad de medida 55

5.6. Forma de reporte de ejecución de la acción de bienestar 55

5.7. Descripción de la acción de bienestar: 55

Actividad 1. Dialogo y concertación de acciones 56

Actividad 2. Desarrollo de contenidos diferenciales: 56

Actividad 3. Sesión colectiva para el mantenimiento de la salud 57

5.8. Tabla resumen de la acción de bienestar: 59

6. Acción de Bienestar 42. Acciones Propias de medicina ancestral – Palenqueros. 60

6.1. Conceptualización de los elementos centrales de la acción de bienestar o acción de gestión para el bienestar 60

6.2. Objetivo General 61

6.3. Población sujeto de la intervención 61

6.4. Talento humano 61

6.5. Unidad de medida 61

6.6. Forma de reporte de ejecución de la acción de bienestar 61

6.7. Descripción de la acción de bienestar: 61

Actividad 1. Acciones Propias de Medicina Ancestral 62

Actividad 2. Topetamiento 64

6.8. Tabla resumen de la acción de bienestar: 65

7. Acción de Bienestar 43 y 44. Gestión Integral del riesgo en familias indígenas Emberá - Subred Norte/Centro Oriente 65

7.1. Conceptualización de los elementos centrales de la acción de bienestar o acción de gestión para el bienestar 65

7.2. Objetivo General 70

7.3. Población sujeto de la intervención 70

7.4. Talento humano 70

7.5. Unidad de medida 70

7.6. Forma de reporte de ejecución de la acción de bienestar 71

7.7. Descripción de la acción de bienestar: 71

Actividad 1. Identificación de riesgos en salud 75

Actividad 2. Seguimiento hospitalario 79

Actividad 3. Apoyo a la gestión sectorial e intersectorial: 80

Actividad 4. Jornadas y atenciones en medicina ancestral: 81

Actividad 5. Identificación de riesgo, educación y acciones desde la salud psicosocial: 83

7.8. Tabla resumen de la acción de bienestar: 87

Identificación de riesgo, educación y acciones desde la salud psicosocial 89

8. Acción de Bienestar 45 y 46. Acciones promocionales Estrategia Unidad de atención integral comunitaria (UAIC)- Norte- Centro oriente 90

8.1. Conceptualización de los elementos centrales de la acción de bienestar o acción de gestión para el bienestar.....90

8.2. Objetivo General 91

8.3. Población sujeto de la intervención 91

8.4. Talento humano 91

8.5. Unidad de medida 91

8.6. Forma de reporte de ejecución de la acción de bienestar.....92

8.7. Descripción de la acción de bienestar:.....92

Actividad 1. Atención individual en la UAIC 92

Actividad 2. Educación para la salud en AIEPI Comunitario.....104

8.8. Tabla resumen de la acción de bienestar:.....105

9. Acción de Bienestar 47. Gestión del riesgo en familias del cabildo indígena Wounaan de Bogotá D.C Comunidad Baud Mos. 105

9.1. Conceptualización de los elementos centrales de la acción de bienestar o acción de gestión para el bienestar.....106

9.2. Objetivo General 109

9.3. Población sujeto de la intervención 109

9.4. Talento humano 109

9.5. Unidad de medida 110

9.6. Forma de reporte de ejecución de la acción de bienestar.....110

9.7. Descripción de la acción de bienestar:.....110

Actividad 1. Dialogo y concertación con autoridades de la comunidad 110

Actividad 2. Identificación de desarmonías, riesgos en salud y concertación del plan de bienestar familiar 110

Actividad 3: Seguimiento a las desarmonías, riesgos en salud y Cierre familiar/ rogativa Ẽwãndam y espiritual 112

Actividad 3. Sesiones educativas....113

Actividad 4. Acompañamientos 114

9.8. Tabla resumen de la acción de bienestar:....114

10. Acción de Bienestar 48. Acciones con enfoque en medicina ancestral cabildo indígena Wounaan comunidad Baud Mos....116

10.1. Conceptualización de los elementos centrales de la acción de bienestar o acción de gestión para el bienestar....116

10.2. Objetivo General 116

10.3. Población sujeto de la intervención 116

10.4. Talento humano 116

10.5. Unidad de medida 116

10.6. Forma de reporte de ejecución de la acción de bienestar....116

10.7. Descripción de la acción de bienestar:....116

Actividad 1. Atenciones desde la medicina ancestral 117

Actividad 2. Acompañamiento desde la medicina ancestral 117

Actividad 3. Participación de espacios comunitarios y articulación con el equipo complementario Wounaan. 117

Actividad 4. Iniciativa comunitaria – Huerta ancestral 118

10.8. Tabla resumen de la acción de bienestar:....119

11. Acción de Bienestar 53: Plan de cuido para familias étnicas indígenas de los cabildos Muisca de Bosa y Muisca de Suba. 120

11.1. Conceptualización de los elementos centrales de la acción de bienestar o acción de gestión para el bienestar....121

11.2. Objetivo General 121

11.3. Población sujeta de la intervención 121

11.4. Talento humano 121

11.5. Unidad de medida 122

11.6. Forma de reporte de ejecución de la acción de bienestar 122

11.7. Descripción de la acción de bienestar 122

Actividad 1. Proceso de diálogo, concertación y planeación del abordaje 122

Actividad 2. Identificación de desarmonías, riesgos en salud y concertación del plan de bienestar familiar 123

Actividad 3: Seguimiento y Cierre familiar 124

11.8. Actividad 4. Participación en espacios comunitarios y de gobierno propio 126

11.9. Tabla resumen de la acción de bienestar: 126

ABORDAJE DIFERENCIAL A FAMILIAS RROM – GITANAS 127

12. Acción de Bienestar 49. Concertación, dialogo e intercambio de saberes para la atención en salud de la Cumpaña Romani 129

12.1. Conceptualización de los elementos centrales de la acción de bienestar o acción de gestión para el bienestar 130

12.2. Objetivo General 130

12.3. Población sujeto de la intervención 130

12.4. Talento humano 130

12.5. Unidad de medida 131

12.6. Forma de reporte de ejecución de la acción de bienestar 131

12.7. Descripción de la acción de bienestar: 131

Actividad 1: Concertación y seguimiento al plan de acción 131

Actividad 2: Espacios de socialización comunitaria 131

Actividad 3: Elaboración de documento de memoria 132

Actividad 4: Participación en espacios comunitarios y de gobierno propio 133

Actividad 5: Casos emergentes- Seguimiento a Hospitalización en el marco del Zakono Romaní 133

12.8. Tabla resumen de la acción de bienestar:.....134

13. Acción de Bienestar 50. Cuidado sastimasco para la Cumpaña Romani 135

13.1. Conceptualización de los elementos centrales de la acción de bienestar o acción de gestión para el bienestar.....136

13.2. Objetivo General 136

13.3. Población sujeto de la intervención 136

13.4. Talento humano 136

13.5. Unidad de medida 136

13.6. Forma de reporte de ejecución de la acción de bienestar.....136

13.7. Descripción de la acción de bienestar:.....137

Actividad 1. Caracterización y formulación de Plan de bienestar Diferencial en Familias del pueblo Rrom – Gitano 137

Actividad 2. Implementación y cierre de Plan de bienestar Cuidado Diferencial en Familias del pueblo Rrom –Gitano 140

13.8. Tabla resumen de la acción de bienestar:.....142

14. Acción de Bienestar 51. Arakadimos Cumpañaco desde la medicina ancestral.....143

14.1. Conceptualización de los elementos centrales de la acción de bienestar o acción de gestión para el bienestar.....144

14.2. Objetivo General 144

14.3. Población sujeto de la intervención 144

14.4. Talento humano 144

14.5. Unidad de medida 144

14.6. Forma de reporte de ejecución de la acción de bienestar.....144

14.7. Descripción de la acción de bienestar:.....144

Actividad 1. Sesiones de medicina tradicional 145

14.8. Tabla resumen de la acción de bienestar: 146

15. Acción de Bienestar 52. Construcción de contenidos diferenciales para el cuidado sastimasco de la Cumpaña Romani 146

15.1. Conceptualización de los elementos centrales de la acción de bienestar o acción de gestión para el bienestar 147

15.2. Objetivo General 147

15.3. Población sujeto de la intervención 147

15.4. Talento humano 147

15.5. Unidad de medida 147

15.6. Forma de reporte de ejecución de la acción de bienestar 147

15.7. Descripción de la acción de bienestar: 148

Actividad 1. Construcción de contenidos en salud y bienestar para la Cumpaña Romani ..148

15.8. Tabla resumen de la acción de bienestar: 149

16. Acción de Bienestar 54 y 55 Estrategia de adquisición de insumos ancestrales afrocolombianos, palenqueros, indígenas Emberá y Wounaan / Gitanos y Muiscas 149

16.1. Conceptualización de los elementos centrales de la acción de bienestar o acción de gestión para el bienestar 149

16.2. Objetivo General 149

16.3. Población sujeto 150

16.4. Talento humano 150

16.5. Unidad de medida 150

16.6. Forma de reporte de ejecución de la acción de bienestar 150

16.7. Descripción de la acción de bienestar 150

Actividad 1. Planificación de la estrategia de insumos ancestrales. 150

Actividad 2. Implementación de la Estrategia de Insumos Ancestrales 151

16.8. Tabla resumen de la acción de bienestar 152

Referencias bibliográficas 152

Control de cambios 153

FICHA TÉCNICA ACCIONES DE BIENESTAR: ESTRATEGIA DE ABORDAJE ÉTNICO DIFERENCIAL

Los Equipos MAS Bienestar en Tu Hogar, 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.

Este documento describe las acciones de bienestar de la acción integral e integrada cuidado continuo por una vida con bienestar con enfoque diferencial poblacional y género, donde se incluyen las actividades individuales y colectivas, de los equipos operativos.

ACCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA CUIDADO CONTINUO POR UNA VIDA CON BIENESTAR CON ENFOQUE DIFERENCIAL POBLACIONAL Y GÉNERO

Los grupos étnicos son poblaciones de especial protección y partiendo del reconociendo que son comunidades con unas vulnerabilidades y fragilidades sociales que requieren de una atención permanente por su lengua, usos y costumbres, formas de ver y concebir la salud. En este sentido, se evidencia la necesidad de consolidar con las comunidades estrategias de abordaje diferencial permitiendo el desarrollo de actividades de búsqueda activa, seguimiento, acciones de orientación e información diferencial, activación de rutas en salud y sociales encaminados a fortalecer procesos de cuidado y autocuidado en las familias y comunidades que aporten a mejorar condiciones de vida y mitigar riesgos en salud.

Las estrategias de abordaje diferencial para las familias étnicas, proponen desarrollar actividades en el marco de tres componentes el primero el abordaje familiar, el cual involucra la identificación de riesgos, instauración de planes cuidado familiar e implementación de acciones de promoción para la salud y seguimiento/monitoreo; el segundo cuenta con el componente de acciones colectivas las cuales tienen como

finalidad gestar escenarios colectivos o comunitarios que promueven y refuerzan aspectos de diálogo, educación y posicionamiento de las diferentes acciones que se desarrollan desde los equipos étnicos y el tercer componente parte de las acciones ancestrales desde conocimientos y prácticas propias de la medicina ancestral en lo concerniente a la salud de las personas con pertenencia étnica.

Para esta vigencia y en el marco de la operación del Modelo MAS Bienestar y proceso de implementación de productos de política pública (CONPES 38-39-40) se continuo proceso de fortalecimiento de las acciones de carácter individual que complementan y dan respuesta a las necesidades de los integrantes de la familia de manera Integral favoreciendo la resolutividad; en el contenido del documento se encontraran insumos para realizar esa acción articulada de los Equipos.

Tipos de abordaje de acuerdo con la fuente de recepción de casos y familias

Búsqueda activa

Hace referencia a aquellas familias que se encuentran directamente en territorio, las cuales son captadas por medio de búsqueda activa, que comprende el reconocimiento del territorio, dialogo con lideres comunitarios, autoridades étnicas o referencia de la comunidad acerca de la presencia de familias con pertenencia étnica que pertenecen a las diferentes poblaciones que se abordan desde los Equipos Mas Bienestar en tu Hogar (Afrodescendiente, palenqueros, Rrom gitanos, indígenas Muiscas de Bosa, Muiscas de Suba, Emberá y Wounaan Baud Mos en el Distrito.

Modalidad de ruteo

Para el abordaje de los usuarios mediante la estrategia de ruteo, se contará con la información proveniente de diversas fuentes de datos, a partir de la caracterización en salud.

Entre las principales fuentes se encuentran:

- *Casos remitidos para el abordaje de los Equipos Más Bienestar en tu Hogar, los cuales, podrán ser remitidos mediante el aplicativo SIRC o a través del envío de bases de datos por parte de los subsistemas de vigilancia en salud pública, procesos transversales y entornos de bienestar del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, o por las EPS, que informarán y aprobarán el abordaje de usuarios no adherentes a las RIAS, con necesidad de contacto en el domicilio para la gestión en salud, consulta en casa y acercamiento a los servicios de salud intramurales.*

- *Estrategias intersectoriales.*
- *Casos priorizados mediante el enfoque del Modelo de Salud preventivo y predictivo, realizado a partir de la generación de algoritmos que integran diferentes*

fuentes de información para determinar población con probabilidad de ocurrencia o complicación de patologías en salud mental, condiciones crónicas, alteraciones nutricionales, salud materna, entre otros.

- *Otras activaciones: se generarán desde el sector salud o a través de alianzas estratégicas con otros sectores, las cuales serán informadas por la Secretaría Distrital de Salud (SDS).*

Una vez se cuente con la información, el equipo técnico de la SDS llevará a cabo un proceso de depuración, con el objetivo de identificar a los usuarios que cumplan con los criterios de inclusión para esta estrategia, así como la información necesaria para la gestión de los casos. Aquellos usuarios que no cumplan con los criterios de inclusión serán devueltos a la fuente de información que inicialmente los remitió.

Una vez depurada la información, se procederá con un proceso de geocodificación de las direcciones, con el fin de asignar los casos a cada SISS, validando aquellos casos que ya cuentan con caracterización por parte del gestor. Es importante señalar que aquellos casos que no puedan ser geocodificados pero que cuenten con datos de contacto serán asignados a las SISS a través del aplicativo GTAPS o cualquier otro medio previamente establecido.

Adicional a ello, se realizará validación de los casos que cuenten con la variable de pertenencia étnica para la definición del abordaje.

***Nota**: Para los casos en los que la fuente cuente con la variable de pertenencia étnica, se realizara la derivación a los equipos étnicos diferenciales para el contacto inicial, es así como para los casos pertenecientes a comunidades afrodescendientes, palenqueras e indígenas Wounaan, el perfil encargado de realizar el contacto inicial será el gestor Comunitario. Para los casos pertenecientes al pueblo indígena Emberá, el perfil encargado será el Técnico en salud del Equipo Embera y para los casos con pertenencia al pueblo Rrom Gitano, el perfil encargado sera la profesional de enfermería responsable del abordaje diferencial de esta población.*

Para el restante de casos en los que la fuente no cuente con dicha información, durante el contacto telefónico realizado por el gestor en línea, se verificará la pertenencia étnica de la persona usuaria. En los casos en que se identifique pertenencia a alguna comunidad étnica, se realizará la respectiva derivación a los equipos diferenciales de los Equipos Más Bienestar Hogar (EMBH), con el fin de garantizar una atención pertinente y acorde con los enfoques diferencial y étnico.

Para los dos panoramas expuestos anteriormente, se debe garantizar

- *Confirmación de datos de ubicación*

- *Confirmación de la condición de salud por la cual fue referido el caso: Se indagará con el usuario o su familia sobre la situación de salud que motivó la remisión del caso, con el fin de identificar si la condición de riesgo persiste, ha cambiado o ha sido resuelta. Esto permitirá orientar de manera adecuada las acciones a implementar, evitando duplicidad de intervenciones y garantizando pertinencia en la gestión del riesgo.*
- *Revisión de información en la historia clínica: A través del Visor o del mecanismo dispuesto para tal fin, se revisará la historia clínica del usuario, verificando aspectos como asistencia a citas médicas, tratamientos instaurados, adherencia a los mismos, planes de manejo, evolución del caso etc. Esta información servirá como base para complementar la valoración y la toma de decisiones frente a las intervenciones requeridas.*
- *Revisión de frecuencias de uso según la Resolución 3280 de 2018: Se verificará el cumplimiento de las frecuencias de uso establecidas en dicha resolución, con el objetivo de determinar si el usuario requiere ser derivado a una atención individual o colectiva, de acuerdo con su edad, condición de salud y factores de riesgo identificados.*
- *Indagación sobre la conformación familiar y otros riesgos en salud: Se recopilará información relacionada con la estructura del hogar, identificando los integrantes de la familia y posibles riesgos en salud presentes, como enfermedades crónicas, eventos de interés en salud pública, situaciones de violencia, consumo de sustancias psicoactivas, entre otros. Esta indagación permitirá establecer prioridades de intervención y orientar la gestión hacia una mirada integral.*
- *Clasificación del riesgo: Con base en la información recopilada y verificada, así como en lo referido por la familia, se procederá a clasificar el nivel de riesgo del usuario y su núcleo familiar.*
- *Concertación de contacto presencial: Una vez identificados los principales riesgos en salud en la familia, se debe socializar la estrategia étnica diferencial y concertar con la familia el contacto presencial para el proceso de caracterización familiar en el caso que así se requiera.*

**Para obtener mayor detalle de esta modalidad de abordaje dirigirse a la ficha técnica Gestores Mas Bienestar*

Respuesta a eventos de interés en salud publica

Son aquellas familias derivadas por la presencia de eventos de interés en salud publica abordados desde los Equipos Mas Bienestar en tu Hogar y que cuentan con pertenencia étnica, estos son asignados al equipo que corresponde, quienes aplicaran la estrategia de abordaje definida acorde al evento y deberá contemplar el componente ancestral.

Derivación y canalización a las diferentes acciones de bienestar dispuestas en los convenios Equipos Mas Bienestar en tu Hogar y GSP PSPIC

Es importante precisar, que para los casos en los cuales dentro del abordaje a los grupos étnicos se identifique la necesidad de derivación a las diferentes acciones de bienestar dispuestas en los Equipos Mas Bienestar en tu Hogar y acciones dispuestas desde los convenios GSP- PSPIC, deberá realizarse el proceso de derivación o canalización y se deberá informar a la líder operativa con el fin de realizar el seguimiento respectivo, lo anterior en concertación con las familias, personas o comunidad.

Así mismo en caso de que corresponda a las estrategias dispuestas en el convenio para abordaje a eventos de interés en salud pública, esta deberá ser aplicada por el perfil del equipo étnico que corresponda acorde al evento, lo anterior adoptando el proceso que se tiene proyectado para cada una de las estrategias, incluyendo la periodicidad de los seguimientos, para ello es fundamental la lectura y apropiación de dichas estrategias, así como la activación del evento en el aplicativo y diligenciamiento de los formularios que apliquen.

En el caso de que corresponda a familias con personas con discapacidad o limitación Funcional (Según Guía operativa), se agotaran los siguientes momentos:

1. Dar a conocer a la familia la estrategia de abordaje para el caso acorde a lo establecido en las acciones de bienestar de RBC, con el fin de que la familia acepte el abordaje correspondiente.
2. Una vez que la familia acepte recibir el abordaje desde dicha estrategia, se deberá generar el proceso de derivación y en la cual el perfil de terapia debe garantizar el primer ingreso a la familia con el fin de realizar apertura al caso, aplicación de escalas para la clasificación del caso y todo lo que corresponde al proceso de evaluación del núcleo familiar.
3. Posterior al abordaje por dicho perfil y definir el accionar, se debe dar cumplimiento a toda la estrategia, para RBC – MAS Bienestar para la persona Cuidadora, garantizando el desarrollo de las acciones completas, el número de seguimientos establecidos y la periodicidad de estos.
4. En caso de que se requiera acompañamiento por el equipo con pertenencia étnica, este podrá acompañar el ejercicio, garantizando la implementación de la sesión del plan de cuidado de bienestar acorde a los riesgos identificados.
5. Para el caso de los equipos muiscas y gitanos, los cuales cuentan con el perfil de psicología, podrán desarrollar la intervención respectiva a través de la estrategia Enfrentando Problemas PLUS que aporta a la intervención de la acción de bienestar de RBC - MAS Bienestar para la persona Cuidadora, en el marco del plan de cuidado de bienestar instaurado, garantizando los atributos de calidad de la estrategia, lo anterior con previa autorización de la familia.

6. Para el caso del equipo Palenquero, acorde a la autorización de la familia, realizaran proceso de derivación a la estrategia para ser abordada por otro equipo diferente.

Por lo anterior es importante que los equipos realicen lectura de la ficha técnica de la acción integral e integrada cuidado continuo por una vida con bienestar, acciones de bienestar:

- Plan de Bienestar - RBC para el bienestar de población con discapacidad y sus cuidadores. Correspondiente a las acciones desarrolladas por el profesional de terapias.

- Plan de Bienestar - RBC para la ruta de inclusión de población con discapacidad. Correspondiente a las acciones desarrolladas por el agente de cambio.

Acciones relacionadas con validación de esquema de Vacunación y derivación

En el marco de la implementación del Plan de Bienestar concertado con el núcleo familiar y los diferentes espacios de abordaje con la población en las diferentes acciones de bienestar, dispuesta en la ficha técnica, se deberá realizar en el primer contacto la verificación del esquema de vacunación de todos los integrantes del grupo familiar, conforme a la edad, condición individual y población objeto, de acuerdo con los lineamientos vigentes del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).

En los casos en que se identifiquen esquemas incompletos, atrasados o pendientes, se deberá efectuar la respectiva orientación y derivación al servicio de vacunación correspondiente (bina vacunadora), garantizando la articulación con las rutas institucionales definidas.

Al momento del cierre del Plan o de los Planes de Bienestar, deberá dejarse establecido como compromiso que todos los integrantes del núcleo familiar cuenten con el esquema de vacunación completo, acorde con los lineamientos técnicos del PAI, o que se encuentren en proceso activo y documentado de actualización del mismo.

Para el caso de la comunidad Raizal; el proceso de atención por parte de los Equipos operativos de MAS bienestar en tu Hogar; se realizará agotando el siguiente proceso:

Articulación con equipos de abordaje a población Raizal- entorno cuidador comunitario- convenio GSP PSPIC:

Para el caso de la comunidad Raizal residente en la ciudad de Bogotá; las atenciones Individuales por parte de los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar, se realizará agotando el siguiente proceso:

Los equipos de Abordaje Diferencial para el Bienestar del Pueblo Raizal- Lisinin Senta y MAS bienestar raizal del entorno cuidador comunitario- convenio GSP PSPIC, en el marco de su operación habitual identificarán casos susceptibles de abordaje prioridades

contempladas en el Documento de la acción integral e Integrada, plan de bienestar familiar y a través de notificación para que los equipos operativos realicen la atención del riesgo Individual; teniendo en cuenta los criterios técnicos establecidos para tal fin.

En ese sentido se habilita el Drive Base Ruteo equipo étnico raizal- Individual de inclusión de casos identificados según acuerdos para su abordaje y acompañamiento, así como la notificación por correo electrónico a Mltunjo@salucapital.gov.co y MCUseche@saludcapital.gov.co; a este se le realizará seguimiento quincenal, teniendo en cuenta la demanda de la población.

Cargue de entregables DRIVE distrital:

Para las acciones de bienestar que contienen dentro de los entregables el cargue al drive dispuesto por SDS, se deberá tener en cuenta el siguiente enlace https://drive.google.com/drive/u/1/folders/1qxB59GTO8jEuJE9mgTA_jFm3tCWGjwC6, en el cual se puede encontrar las diferentes carpetas con las acciones de bienestar de la acción integral e integrada.

Proceso de derivación para atenciones individuales en caso de ser generadas:

En el marco del modelo en salud Mas Bienestar, la apuesta de implementación Equipos Mas Bienestar en tu hogar y en aras de poder dar respuesta a las necesidades identificadas de tipo individual en las familias con pertenencia étnica y sus integrantes, se da la opción de realizar dichas atenciones directamente en el domicilio, previa autorización de la EAPB, por lo cual en el caso de identificarse la necesidad de atención en los individuos de las familias con pertenecía étnica, acorde a dialogo con la instancia representativa, se deberá generar la siguiente ruta:

-Una vez identificada la necesidad en alguna persona a nivel individual, durante el desarrollo de cualquiera de las acciones de bienestar establecidos dentro de la acción integral e integrada y la prioridad se encuentre dentro de los criterios de abordaje ver: (tabla de prioridades en ficha técnica de la acción integral e integrada Cuidado Continuo Por una Vida con Bienestar - usuario tipo 4; así mismo, usuario tipo 3 afiliados a régimen subsidiado con las EAPB que cuenten con contrato activo con la subred integrada de servicios de salud que corresponda), se deberá realizar el debido proceso de agendamiento directamente con la EAPB. Se anexa tabla de criterios para tipos de usuarios

Tabla 1. Tipo de usuario según identificación de riesgo

TIPO 4	TIPO 3	TIPO 2	TIPO 1
Usuario que pertenece a grupo de riesgo: - Materno perinatal - Alteraciones nutricionales	- Usuario con alteraciones en resultado de tamizajes, para la identificación del riesgo por grupo de riesgo o población general	- 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.

- Enfermedad cardiovascular - Problemas en salud mental - Enfermedades respiratorias crónicas - Riesgos en la primera infancia - Cáncer (mama, cérvix, próstata y colon) - Enfermedades huérfanas **Sin atención de salud para su condición de riesgo.**	- Usuario con antecedentes familiares de enfermedades crónicas no transmisibles, con resultado de tamizaje de riesgo alterado. **Sin atención de salud para su condición de riesgo.**		

Fuente: Elaboración propia, Equipos Mas Bienestar en tu hogar- SDS

Las atenciones individuales también podrán realizarse a otros integrantes del núcleo familiar al cual se accede a través de un usuario índice, siempre que, durante la verificación en tiempo real en el hogar, se identifique que: 1. presentan atenciones pendientes en la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud (RPMS) o en la Ruta de Riesgo, de acuerdo con la frecuencia de uso establecida, lo que los hace susceptibles de atención individual, y 2. exista un contrato vigente entre la EPS del usuario y la Subred Integrada de Servicios de Salud (SISS) que habilite la prestación del servicio correspondiente. En los casos en que no se cumplan estas condiciones, el equipo procederá a realizar la gestión de atención mediante los mecanismos definidos para la derivación por agendamiento o activación de ruta, según corresponda.

En este contexto, los perfiles del equipo a cargo del desarrollo de las atenciones de la RPMS, conforme a lo establecido en la resolución 3280, podrán efectuarlas en el marco de los Planes de Bienestar o posterior al ingreso por parte del gestor de bienestar, en los casos de usuarios afiliados a EPS con contratos vigentes con la Subred, en el cual se hayan pactado estas atenciones, de manera que se adelanten los procesos de atención integral y continua para la familia. Esta acción deberá estar acompañada de la intervención colectiva, de abordaje familiar para el desarrollo de capacidades de cuidado, mediante acciones de educación transformadora.

- Luego de esto y en el marco del plan de cuidado familiar instaurado, sesión colectiva o atención desde la medicina ancestral, se realizará el respectivo seguimiento a la asistencia de dicho servicio, en el caso de que la persona no haya asistido al servicio, se reportará la inasistencia al equipo de gestión para que se realice el respectivo

reporte y solicitud de autorización a la EAPB para poder realizar dicha atención desde el domicilio.

- Una vez se cuente con la respuesta de la EAPB, se procederá a realizar la atención de tipo individual por parte del profesional *de Equipos Mas bienestar en tu hogar acorde a la necesidad y apropiación territorial, dichos perfiles no tendrán necesariamente pertenencia étnica.*

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

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

Así mismo se aclara que, en caso de no contar con alguno de los perfiles étnicos, la subred debe presentar soporte de la gestión adelantada para dicha contratación en el menor tiempo posible y los demás perfiles deberán dar cobertura a las necesidades identificadas en las familias y comunidad, asegurando la no interrupción de acciones y abordaje, evitando la afectación del proceso y periodicidad de las actividades; esto aplicará para cada una de las acciones de bienestar de la acción integral e integrada cuidado continuo por una vida con bienestar con enfoque diferencial poblacional y género.

ABORDAJE DIFERENCIAL A FAMILIAS NEGRAS Y AFROCOLOMBIANAS DESDE LA ESTRATEGIA KILOMBO

Las comunidades negras y afrocolombianas son grupos étnicos que han sido reconocidos por el estado colombiano. Aunque sus características específicas pueden variar conforme el territorio de origen, todas se autorreconocen como comunidades con una ascendencia cultural afro, es decir, se ven a sí mismas como comunidades que tienen un vínculo ancestral con la cultura de personas provenientes del continente africano y que históricamente han desarrollado sus propios saberes y prácticas culturales en Colombia. La manera como cada comunidad e individuo se nombra a sí mismo hace parte del proceso de construcción de una identidad cultural propia y de su derecho a la autonomía o autodeterminación[1]

Kilombos: espacios de cuidado y autocuidado de la salud desde una concepción ancestral de un buen vivir, en donde se brindan servicios interculturales e integrales para la sanación. desde los saberes propios de la cultura negra y afrocolombiana, que permitan conservar y promover sus usos y costumbres, al igual que sus prácticas y técnicas

ancestrales, principios y valores en territorios urbanos donde la ideología y las formas de ver el mundo.

Es así como, partiendo de las características territoriales de la comunidad Negra y Afrocolombiana, se cuenta con la conformación actual de 14 equipos interdisciplinarios (Kilombos), distribuidos por localidades en las Subredes Integradas de Servicios de Salud de la siguiente manera:

Tabla 1. Distribución Kilombos

DISTRIBUCIÓN DE KILOMBOS POR LOCALIDAD							
SUBRED NORTE		SUBRED CENTRO ORIENTE		SUBRED SUROCCIDENTE		SUBRED SUR	
LOCALIDAD	KILOMBO	LOCALIDAD	KILOMBO	LOCALIDAD	KILOMBO	LOCALIDAD	KILOMBO
Engativá	Oyá	Martires-Santafé	Aroni	Bosa	Sampi Ampunga	Ciudad Bolívar	Ubuntu
Suba -Barrios Unidos	Seriema	Antonio Nariño	Yumma	Kennedy	Babalu Aye	Tunjuelito-	Yemayá
Chapinero	Orula	Rafael Uribe Uribe	Obatalá	Puente Aranda	Elegúa	Usme – Sumapaz	Osain
Teusaquillo	Yoruba	Candelaria	Chango	Fontibón	Oshosi		
Usaquén	Oggun	San Cristóbal	Oshumaré				

Fuente: Propia SDS

Inclusión proyectada de kilombos en el distrito: Para el año 2026 se proyecta contar con la apertura de 3 kilombos en las localidades de San Cristóbal (OSHUMARÉ), Fontibón (OSHOSI) y Usaquén (OGGUN) y para el año 2027, los Kilombos para las localidades de Santa Fe (OLOFI) y Barrios Unidos (OMOLU), acorde a los diálogos y concertación establecidos con la consultiva de la subcomisión de salud para las comunidades afrodescendientes.

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

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

Para el desarrollo de dicha estrategia se cuenta con equipos confirmados por los perfiles de enfermería, técnico ambiental, gestor comunitario, partera y sabedor, quienes son los encargados de operativizar cada una de las actividades proyectadas dentro de la estrategia, a continuación, se relacionan algunos de los roles que cumple cada perfil en el equipo:

- **Parteras:** Conocidas por su conocimiento ancestral, realiza entre otras funciones:

  -Seguimiento y acompañamiento al comportamiento de las condiciones de salud priorizadas manifestadas en las mujeres y madres gestantes.
  -Orientación en los cuidados de niños recién nacidos y primera infancia.
  -Participación en la generación de contenidos de las piezas comunicativas.
  -Participación en actividades para la trasmisión de saberes ancestrales
  -Ayuda emocional y diálogos con prácticas y métodos tradicionales
  -Atenciones diferenciales desde sus técnicas curativas
  -Preparación de medicina ancestral; apoyo a casos emergentes.

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

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

- **Enfermera:** Líder del equipo, quien coordina y gestiona los procesos administrativos; además:

  -Canaliza necesidad; acorde a la oferta disponible por los perfiles que componen el equipo
  -Activación de rutas comunitarias, sectoriales e intersectoriales según las situaciones en salud o sociales que se presenten
  -Difundir estrategias de educación en salud pública, con enfoque étnico diferencial para el cuidado de la comunidad
  -Realiza seguimiento y acompañamiento al comportamiento de las condiciones de salud priorizadas a otros casos de la comunidad
  -Seguimiento a la adherencia a las rutas de promoción y mantenimiento de la salud acorde a ciclo vital de cada una de las familias abordadas.
  -Realizar valoración en salud del núcleo familiar que lo conforma e identificar desde la medicina occidental riesgos y alertas en salud que ameriten una intervención y/o derivación.
  -Sistematización de acciones desarrolladas en aplicativo GITAPS -SDS, en cada uno de los formularios según la acción de bienestar desarrollada.
  -Procesos administrativos enmarcados en las acciones de bienestar de la estrategia Kilombos.

- **Técnico ambiental**: realiza acciones de promoción de la salud ambiental con enfoque diferencial, así como:

  -Impulsar iniciativas comunitarias que promuevan entornos ambientalmente saludables
  -Seguimiento y acompañamiento a recomendaciones ambientales para los cuidados del hogar con enfoque diferencial a familias y personas, para promover acciones de cuidado y autocuidado con su entorno desde el reconocimiento de la mirada sociocultural.
  -Generar y difundir estrategias de educación en salud ambiental con enfoque étnico diferencial para el cuidado de la comunidad
  -Apoyo a procesos administrativos y de sistematización de las acciones de bienestar enmarcados en la estrategia Kilombos.
  -Participación en espacios colectivos y de sensibilización.

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

  -Difundir estrategias de educación en salud con enfoque diferencial étnico para el cuidado de la comunidad
  -Realizar procesos de demanda inducida para el desarrollo de las sesiones colectivas
  -Gestionar casos sociales o en salud.
  -Identificación y acompañamiento a familias priorizadas (oferta de servicios Distritales)
  -Fortalecimiento de enlaces directos de comunicación con los actores estratégicos (sectores-comunidad y lideres)
  -Apoyo a perfiles ancestrales
  -Articulación con líderes locales para Identificación de nuevas familias
  -Apoyo a procesos administrativos de las acciones de bienestar enmarcados en la estrategia Kilombos.

  Nota: Para los tiempos destinados en espacios de articulación convocado por referente étnico desde gestión y Análisis de Políticas para el bienestar en los territorios, deberán ser soportados, como espacio de reunión acorde a las concertaciones remitidas por el referente de gestión y análisis de políticas.

  -Los perfiles avalados por la instancia representativa para la comunidad negra, estarán sujetos a modificaciones en el transcurso de la vigencia, lo anterior notificado de manera oficial por parte de la subcomisión a la subred integrada de servicios de salud que corresponda, en la cual se emita la justificación de la continuidad o no de los perfiles, así como la respectiva hoja de vida y aval del perfil postulado.

-El equipo debe estar en la disponibilidad para la atención de casos emergentes que se puedan presentar en las familias étnicas afrocolombianas para prestar apoyo, estos pueden ser remitidos por la SDS, Hospitales o instituciones, una vez realizado el abordaje se deberá generar informe ejecutivo de los hallazgos y acciones realizadas; este informe debe ser enviado por correo electrónico a los referentes distritales (Mcuseche@saludcapital.gov.co y E1Ramos@saludcapital.gov.co) a las 72 horas posterior a la intervención realizada, utilizando el formato establecido.

1. Acción de Bienestar 37. Plan de Bienestar Familiar con Familias Étnicas - Afrodescendientes

A través de esta acción de bienestar se realiza abordaje a las familias con pertenencia étnica afrodescendientes ubicadas en el distrito capital, estas acciones son desarrolladas directamente en las viviendas y a través del desarrollo de planes de cuidado familiar, se busca promover las buenas prácticas en salud para la preservación de la vida y mejoramiento de las condiciones de salud de la familia y sus integrantes, con un enfoque étnico diferencial.

1.1 Conceptualización de los elementos centrales de la acción de bienestar o acción de gestión para el bienestar

La estrategia Kilombos de Medicina Ancestral para las comunidades Negras y Afrocolombianas se fundamenta en el reconocimiento de los saberes tradicionales y prácticas de cuidado de la salud propias, que históricamente han constituido formas de resistencia, autocuidado y construcción de bienestar colectivo. Los Kilombos, como espacios de encuentro comunitario, representan escenarios de transmisión de conocimientos, cohesión social y fortalecimiento identitario, elementos clave para garantizar el derecho fundamental a la salud en clave intercultural.

El sentido de esta acción de bienestar parte de la problemática estructural que enfrentan estas comunidades en Bogotá: barreras de acceso a servicios de salud, discriminación étnico-racial, pérdida progresiva de prácticas ancestrales y debilitamiento de referentes comunitarios de cuidado. Frente a ello, la estrategia Kilombos se orienta a reconstruir y revitalizar los sistemas propios de salud, articulando la medicina ancestral afro con la oferta distrital, en coherencia con el Modelo MAS Bienestar y los lineamientos de la Atención Primaria Social.

Los elementos conceptuales centrales que orientan esta acción son:

- El cuidado entendido como práctica comunitaria, relacional y colectiva, que integra la salud física, mental, espiritual y social desde la cosmovisión afrodescendiente.
- Las capacidades personales y comunitarias, fortalecidas mediante procesos de diálogo de saberes y transmisión intergeneracional de conocimientos de medicina ancestral (uso de plantas, prácticas rituales, terapias tradicionales, alimentación y autocuidado).

- Las modalidades educativas basadas en metodologías participativas, vivenciales e interculturales, que promuevan el reconocimiento de la identidad afro, la autonomía cultural y la construcción conjunta con referentes técnicos del sector salud.

- La articulación intersectorial y comunitaria, que permite integrar los Kilombos como escenarios de gestión colectiva para el bienestar, conectando las comunidades afrodescendientes con la institucionalidad y garantizando la sostenibilidad de las acciones.

1.2 Objetivo General

Fortalecer el derecho a la salud y promover prácticas en salud, enmarcadas en el cuidado y autocuidado de las comunidades negras y afrocolombianas en Bogotá, mediante la implementación de Kilombos de Medicina Ancestral Afro como espacios interculturales de promoción del cuidado integral, permitiendo la llegada de acciones de salud y bienestar directamente a los hogares, familias y comunidades desde los usos, saberes, prácticas y concepciones propias.

1.3 Población sujeto de la intervención

La acción de bienestar está dirigida a población negra y afrocolombiana y residente o en tránsito en Bogotá**,** identificada con prioridades en salud, que se auto reconocen como tal y aun cuentan con el ejercicio de las prácticas, saberes y referentes culturales propios, en el marco de su derecho a la identidad étnica y cultural.

1.4 Talento humano

Para el desarrollo de la acción de bienestar se cuenta con equipos con pertenencia étnica afrodescendiente compuestos por los perfiles de enfermería, técnico en salud ambiental, gestor comunitario y sabedores (partera- medico tradicional)

1.5 Unidad de medida

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

1.6 Forma de reporte de ejecución de la acción de bienestar

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

Se realiza reporte de una unidad al completar el ingreso por parte de todo el equipo a la familia. Para el caso de la caracterización familiar y cierre del plan de cuidado familiar podrán ingresar los 5 perfiles en el mismo momento y esta se contará como una unidad, en el caso de las sesiones de implementación familiar podrán ingresar en binas acorde a la concertación con las familias y necesidad de abordaje en la sesión.

1.7 Descripción de la acción de bienestar:

Contempla lo relacionado al proceso de identificación del riesgo en familias afrocolombianas y los integrantes que las componen, teniendo como aspecto

fundamental, la medicina tradicional, por lo cual se cuentan con perfiles ancestrales quienes, en conjunto con los demás perfiles, generan acciones de promoción y prevención de la enfermedad, esta acción de bienestar contempla los siguientes momentos:

- Caracterización familiar para la identificación de riesgos en salud tradicional y occidental
- Instauración del plan de bienestar en el marco de la concertación de compromisos familiares e individuales.
- Implementación del plan de bienestar familiar
- Cierre del plan de bienestar familiar

De esta manera se busca principalmente que las familias afrocolombianas logren adoptar medidas protectoras frente a los factores de riesgo identificados en la vivienda, familia e integrantes, así como la adherencia a los servicios de salud, tratamientos instaurados e incremento de prácticas de cuidado y autocuidado.

Actividad 1. Caracterización y formulación de Plan de bienestar Diferencial en Familias de comunidades Negras y Afrocolombianas

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

Este abordaje familiar se realizará directamente en las viviendas en donde se encuentra ubicada la población y dentro de las formas de ingreso al abordaje étnico diferencial desde la estrategia de Kilombos se encuentran los siguientes mecanismos:

- **Búsqueda activa:** Los equipos Kilombos, en apoyo del perfil gestor comunitario, quien deberá realizar procesos de reconocimiento territorial, búsqueda de sectores con presencia de dicha población o procesos de gestión con las diferentes consultivas y/o autoridades, llegaran al territorio en búsqueda de población objeto a abordar.
- **Derivación de los equipos territoriales:** Familias abordadas de manera previa por los equipos territoriales de equipos más bienestar en tu hogar, ya sea por medio del recorrido casa a casa o identificación de dicha población en otros escenarios, realizaran proceso de derivación al os equipos kilombos con el fin de lograr el abordaje con enfoque étnico diferencial.
- **Reporte desde la subcomisión y/o autoridad representativa**: Aquellas familias que son priorizadas desde la autoridad o subcomisión de salud por presentar algún riesgo en salud tanto occidental como ancestral.

- **Notificación de eventos de intereses en salud pública:** Se abordarán aquellas familias con integrantes notificados desde los diferentes subsistemas de vigilancia en salud pública y con estos casos se deberá asegurar la periodicidad de los seguimientos acorde al evento presentado.

- **Familias abordadas en vigencias anteriores:** se podrán retomar aquellas familias abordadas en un tiempo mayo a 18 meses en las cuales se identifique un riesgo diferente al inicialmente abordado, por lo cual deberá contener un ejercicio de definición del riesgo actual y justificación de la necesidad de abordaje.

Una vez se defina las formas de abordaje y de búsqueda de las familias, se realizará el proceso de acercamiento a las viviendas y en este proceso se tendrá entre otros; como posibles estados del seguimiento:

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

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

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

Teniendo en cuenta lo anterior y para los casos en los cuales se logre el ingreso a la familia, se da inicio con el proceso de Caracterización social/ambiental de la familia, el cual busca poder identificar el riesgo en salud tanto de la familia como de los individuos que la componen, esto se dará a través de diálogo de saberes entendiendo este como el proceso reflexivo, de confianza y de respeto frente a la escucha asertiva del otro, integrando los usos, costumbres, creencias propias de la comunidad y también la medicina desde la mirada occidental.

De igual forma, según el criterio de priorización, los eventos de interés en salud pública presentes en la familia y el curso de vida de sus integrantes, se deberán aplicar los tamizajes dispuestos en el aplicativo en línea *GTAPS-SDS*, módulo de tamizajes, acorde a la prioridad de abordaje, definidos en el documento de la interacción integral e integrada. Cuidado Continuo por una vida con Bienestar

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

- Identificación de riesgos en salud ambiental.
- Identificación de necesidades para la canalización a rutas sectoriales e intersectoriales, (proceso a articular con gestión de programas y eventos de interés en salud pública y gestión de políticas), según el evento.
- Realizar notificación a los subsistemas de vigilancia correspondiente, del 100% de los casos que cumplan con criterio, los casos de violencia al Subsistema de Vigilancia de Violencia Infantil y Maltrato Intrafamiliar (SIVIM), los casos de conducta suicida al Subsistema de Vigilancia de Conducta Suicida (SISVECOS).

- Reconocer prácticas de autocuidado de la salud a nivel individual y de cuidado familiar colectivo reconociendo prácticas propias.
- Rescatar potencialidades y factores protectores de la familia y comunidad.
- Explorar habilidades, conocimientos, experiencias, valores, tradiciones, visiones del mundo respecto al cuidado de la salud, desde su contexto y cultura.
- Realimentar los hallazgos que el equipo identifica de manera inicial de acuerdo con los riegos en, la salud caracterización social y ambiental, contrastando con lo que la familia percibe de sí misma.
- Criterios de abordaje para la atención de tipo individual en los integrantes de las familias caracterizadas por el equipo.
- *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 abordaje a las familias, será clave la participación de todo el equipo junto con el apoyo del gestor comunitario, con el fin de identificar necesidades presentes en la familia y así mismo establecer el accionar de cada uno de los perfiles para la concertación y seguimiento del plan de cuidado familiar y en caso de identificarse necesidades de gestión y/o movilización poder dar respuesta inicial por medio del gestor comunitario.

Posterior al proceso de identificación de los riesgos familiares e individuales se realiza lleva a cabo la concertación del Plan de bienestar Familiar, en el cual el kilombo, deberá realizar un proceso reflexivo identificando los riesgos y vulnerabilidades, permitiendo la

construcción del plan de bienestar familiar, el cual contemplará como prioridad la Estrategia Cuidado de la salud desde la Medicina Ancestral con sus respectivas acciones diferenciales y debe identificar los principales aspectos a trabajar de manera concertada con la familia, para la mitigación de riesgos en salud y el fortalecimiento de pautas de cuidado y estilos de vida saludable, acorde a las necesidades, lo anterior concertado en conjunto con la familia y reconociendo que allí se pondrán en dialogo las dos medicinas y que de esta forma apuntamos a un proceso de cuidado y preservación de la salud integral y con enfoque diferencial.

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

Actividad 2. Implementación y cierre de Plan de bienestar Cuidado Diferencial en Familias de comunidades Negras y Afrocolombianas

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

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

El plan de bienestar familiar debe incorporar acciones como:

- Brindar Información y educación en salud para establecer acciones que la familia puede implementar en su vivienda para el manejo de los riesgos identificados.
- Desarrollar acciones promocionales para la adopción de comportamiento y conductas positivas para la salud desde practicas propias de salud y cuidado, donde se incluyan acciones preventivas en el hogar, de igual forma, las relacionadas con la ruta de promoción y mantenimiento de la salud y temáticas promocionales para una vida saludable y activa.
- Posterior a la identificación del riesgo en salud, el equipo deberá realizar seguimiento de todos los eventos de interés en salud pública.
- Realizar canalización a rutas sectoriales e intersectoriales en caso de requerirse, de la misma manera, indicar dentro del plan de bienestar la anotación en los casos donde la familia no permite realizar el proceso de canalización.
- Notificar al equipo de gestión operativa, los casos que requieren asignación de cita o gestión con su EAPB.

- Realizar seguimiento a las variables y aspectos técnicos específicos para cada familia según su prioridad.
- Realizar acciones promocionales y preventivas desde el enfoque tradicional por medio de los perfiles ancestrales y en caso de requerirse alguna atención desde la medicina tradicional podrá realizarse.
- Brindar educación relacionada con derechos sexuales y reproductivos, con mayor énfasis en aquellas familias donde se identifique población en edad fértil sin método de planificación familiar, este liderado por el profesional de enfermería del equipo.
- Seguimiento a los compromisos instaurados con la familia, con el fin de realizar balance a través del seguimiento y definir la necesidad de la continuidad del abordaje con la familia o si se evidencia adopción de prácticas protectoras y herramientas socializadas que consideren pueda finalizar el proceso de seguimiento familiar.
- Es importante que el talento humano con pertenencia étnica potencialice el uso de los recursos y ayudas materiales pedagógicas dadas a las familias desde un enfoque diferencial, así como espacios en la vivienda, horarios y prácticas comunitarias.
- Una vez los profesionales validen que se ha dado cumplimiento a los compromisos, se llevará a cabo la evaluación final, con el fin de identificar el efecto e impacto de la acción en la familia, a partir de las alertas iniciales, estrategias y acciones desarrolladas con la familia, según la especificidad del evento o situación que generó el abordaje a través de plan familiar. Es de aclarar que esta se puede contemplar como parte del abordaje en la última sesión

Aspectos a tener en cuenta:

- Se precisa que los casos en que se identifiquen necesidades sectoriales e intersectoriales que requieran un proceso de activación de ruta por medio del SIRC, deberán ser por criterios diferentes a los ya establecidos para el abordaje por parte de los Equipos más Bienestar en tu hogar.
- Para el caso de las familias en las cuales se identifique población con necesidades de atención y gestión del riesgo individual, se deberá tener en cuenta la nota expuesta al inicio de la presente ficha técnica, en la cual se encuentra la ruta y proceso a desarrollarse, así como los criterios y aspectos claves para tener en cuenta dentro de la ruta establecida.
- Para el caso de las familias en las cuales se identifiquen personas con discapacidad, podrán ser derivadas al equipo de abordaje de la acción de bienestar-RBC, lo anterior concertado con la familia y sus integrantes, favoreciendo el abordaje y la disposición del núcleo familiar hacía el equipo, estos seguimientos serán acompañados por el perfil de gestor comunitario.

- Con el fin de poder realizar análisis de las acciones adelantadas por cada equipo, se establece el aporte al informe establecido en el marco del convenio.

- Para las dos actividades de la acción de bienestar, se realizará el registro de la información correspondiente, en aplicativo en línea *GTAPS-SDS***,** al cual accede cada uno de los perfiles del equipo 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, plan de bienestar familiar, cierre de plan de bienestar familiar, atenciones generadas a cada uno de los individuos en caso de identificarse la necesidad, entre otros.

- Para aquellas familias en las que se identifica la necesidad de acompañamiento superior a los 3 meses:

    - Si después de este periodo la familia continua con algún riesgo sujeto de abordaje por parte del equipo ya sea por riesgos es salud occidental, propios o ancestrales podrán extender los seguimientos hasta por 2 meses adicionales y deberá quedar registrado en las observaciones de la implementación del plan de cuidado. Posterior a esto se deberá validar junto con el líder operativo la pertinencia de la continuidad del abordaje familiar

    - Para casos específicos que se requieran de un abordaje continuo por el equipo, este se realizara con una periodicidad bimensual o trimestral acorde al riesgo identificado y aplicara a excepción de gestantes y menores de 5 años, a los cuales se les deberá garantizar seguimiento de manera mensual, lo anterior, sin que se exceda el número total de intervenciones mensuales programadas al mes y teniendo en cuenta que la unidad de medida de la acción de bienestar son sesiones familiares.

    - Los criterios para seguimientos ampliados bimensuales o trimestrales serán:
    - Personas con discapacidad que no cuenten con red de apoyo.
    - Familias que se encuentren en proceso de duelo
    - Adultos mayores que vivan solos y se encuentren sin red de apoyo
    - Familias que por situaciones de riesgo propias o ancestrales sean notificadas desde la subcomisión de salud de manera oficial a los correos e1ramos@saludcapital.gov.co y mcuseche@saludcapital.gov.co

    - Estas particularidades deberán ser registradas en observaciones del plan de cuidado familiar, relacionando acorde al riesgo identificado y la periodicidad de los seguimientos, con un tiempo máximo de duración de 9 meses, si supera este tiempo se deberá validar junto con el líder operativo la pertinencia de la continuidad del abordaje familiar

1.8 Tabla resumen de la acción de bienestar

Nombre de la actividad	Periodicidad	Perfiles del talento humano	Entregables
Caracterización y formulación de Plan de bienestar Diferencial en Familias de comunidades Negras y Afrocolombianas	Mensual, según la programación en el plan de acción y de acuerdo con las dinámicas propias de cada equipo.	Profesional Universitario 2 (Operativo) Enfermera Técnico 1: técnico ambiental Gestor comunitario Comadrona o partera Sabedor	-Planilla de familias con consentimiento informado. -Archivo Plano de Caracterización Social y Ambiental, individuos y alertas. -Archivo Plano de tamizajes acorde a las prioridades intervenidas. -Archivo Plano de Plan de Bienestar y compromisos concertados -Formato de activación de rutas y prescripción social. -Formato de notificación de eventos de interés en salud publica en caso de presentarse el evento. (SIVIM-SISVECOS) Adicional: -Planilla de gestión para el gestor comunitario, según necesidad de la familia, usuario y/o comunidad.
Implementación y cierre de Plan de bienestar Cuidado Diferencial en Familias de comunidades Negras y Afrocolombianas	Mensual, según la programación en el plan de acción y de acuerdo con las dinámicas propias de cada equipo.	Profesional Universitario 2 (Operativo) Enfermera Técnico 1: técnico ambiental Gestor comunitario Comadrona o partera Sabedor	-Archivo Plano de Caracterización Social y Ambiental, individuos y alertas con el monitoreo respectivo. -Archivo Plano de Plan de Bienestar -Archivo plano con monitoreo y cierre de compromisos concertados. -Formato de activación de rutas y prescripción social. -Formato de notificación de eventos de interés en salud publica en caso de presentarse el evento. (SIVIM-SISVECOS) Adicional: -Planilla de gestión para el gestor comunitario, según necesidad de la familia, usuario y/o comunidad.

2. Acción de Bienestar 38. Apechonteria con familias étnicas – Afrodescendiente

2.1. Conceptualización de los elementos centrales de la acción de bienestar o acción de gestión para el bienestar

El término APECHONTERÍA proviene de la práctica cultural afrocolombiana de "apechontarse", que significa saludarse o encontrarse mediante un abrazo fuerte, pecho con pecho, en una expresión de afecto, reconocimiento y reencuentro. Más que un gesto, constituye un acto de cuidado colectivo donde se renuevan los vínculos de confianza y solidaridad dentro de la comunidad.

En el marco de la medicina ancestral afro, la APECHONTERÍA se asocia al cuidado y autocuidado integral, pues simboliza:

- Protección y acompañamiento emocional, al transmitir fuerza, apoyo y cercanía.
- Reconocimiento del otro como parte de la familia y de la red de cuidado, reforzando la identidad comunitaria.
- Sanación afectiva, ya que el contacto físico pecho con pecho es visto como canal de energía vital, favoreciendo la armonía espiritual y corporal.

2.2. Objetivo General

Generar espacios de encuentro comunitario con el fin de brindar educación en salud en temáticas priorizadas, acorde a la población programada a abordar, las temáticas definidas deberán contemplar la mirada desde la medicina tradicional, de forma que se logre integrar los diversos conceptos y visiones de la salud y enfermedad, para así favorecer al bienestar de las personas de la comunidad y población en general.

Así mismo se espera que en estos espacios se pueda también contar con participación de población sin pertenencia étnica con el fin de visibilizar la estrategia del kilombo y la importancia que tiene la medicina tradicional en el marco del cuidado y bienestar del individuo, familia y comunidad.

2.3. Población sujeto de la intervención

Población general con o sin pertenencia étnica

2.4. Talento humano

Para el desarrollo de la acción de bienestar se cuenta con equipos con pertenencia étnica afrodescendiente compuestos por los perfiles de enfermería, técnico en salud ambiental, gestor comunitario y sabedores (partera- medico tradicional).

2.5. Unidad de medida:

Sesión de acciones colectivas

2.6. Forma de reporte de ejecución de la acción de bienestar

Se realizarán de manera mensual en espacios concertados, acorde a la necesidad con las comunidades, autoridad representativa o derivación de la necesidad por parte de los diferentes actores del sistema.

Teniendo en cuenta que para esta acción de bienestar se implementó como actividad 1, "Diálogo y concertación comunitaria" y actividad 2 “Desarrollo de contenidos diferenciales”, los cuales tienen una destinación de tiempo de 4 horas (lo equivalente a 1 jornada de sesión colectiva) y se reportara en el informe de gestión como una unidad, se aclara que para esta actividad, no se diligenciara formato de sesión colectiva, lo cual se debe tener en cuenta a la hora de soportar las acciones, ya que no será necesariamente proporcional al número de formatos de sesiones colectivas.

2.7. Descripción de la acción de bienestar:

Corresponde a espacios de encuentros comunitarios en los cuales de acuerdo a la actividad que se desarrolle contará con participación exclusiva de la comunidad afrodescendiente o tendrá participación de población mixta, en la cual contemos con personas con pertenencia étnica y sin pertenencia étnica.

Cada una de las temáticas a desarrollar por medio de los encuentros deberán contener aspectos que permitan visibilizar la salud como un proceso integral, en donde confluyen los enfoques de la medicina tradicional y medicina occidental, dichas acciones de tipo preventivas y promocionales.

Actividad 1. Dialogo y concertación de acciones

Comprende el primer momento de dialogo, concertación y acercamiento con la instancia representativa de la comunidad Negra y Afrocolombiana, la cual se desarrollará solo al inicio de la vigencia e inicio de adición, en caso de presentarse y tiene como fin socializar la estrategia de abordaje diferencial kilombo, la identificación y priorización de familias a abordar, la necesidad de acciones desde las técnicas de curación en cada uno de los kilombos y posibles escenarios para el abordaje colectivo, lo anterior se tomara como insumo para la construcción del plan de acción, el cual deberá proyectarse por el tiempo de ejecución del convenio y deberá contar con el seguimiento a la ejecución de manera mensual.

Así mismo se podrán generar espacios con los siguientes actores:

-Espacios comunitarios según la demanda y/o necesidades presentadas por la comunidad, entre los espacios se encuentran; conmemoraciones, foros, fechas representativas para la comunidad, dialogo y encuentros de saberes convocados por la comunidad o autoridad, entre otros.

-Espacios con la instancia representativa acorde al requerimiento por subcomisión de salud.

-Espacios de reunión lideradas y convocadas por los referentes étnico desde gestión y Análisis de Políticas para el bienestar en los territorios.

Actividad 2. Desarrollo de contenidos diferenciales:

Primer momento: Durante el mes de noviembre del 2025 se espera que cada equipo pueda realizar la selección de 2 piezas comunicativas desarrolladas en vigencias anteriores, orientadas por equipo de educación en salud, con el fin de poder contar con un espacio de intercambio y socialización de las mismas, este encuentro será convocado desde nivel central para todos los equipos Kilombos de las Subredes Integradas de Servicios de Salud y la subcomisión de salud.

Segundo momento: Acorde a la ejecución del convenio los equipos deberán realizar construcción de contenidos en pautas de autocuidado, cuidado y rutas, para ser trasmitida a las familias y ser movilizados por los diferentes medios o espacios con las comunidades con enfoque étnico diferencial.

En este sentido, cada equipo realizara de manera práctica, lúdica, creativa, contenidos diferenciales frente a procesos de orientación de cara a la dinámica en la cual se encuentra la población con el fin de garantizar que se transmiten los mensajes e información acorde a los usos, prácticas y costumbres ancestrales, que permita materializar el enfoque poblacional diferencial, para esto se espera que cada equipo presente a la SDS la construcción de un contenido (pieza comunicativa) de manera trimestral; de la siguiente manera:

Año 2026: Enero- abril- Julio- octubre
Año 2027: Enero- abril

La primera entrega de contenido diferencial a presentar en el mes de Enero, corresponderá a una pieza informativa acerca del kilombo, los servicios ofertados y el accionar general desde cada uno de los perfiles en el marco de la estrategia, adicional a esto se deberá consignar, los horarios de atención, los servicios que NO se prestan desde la estrategia, acorde a la misionalidad de las acciones colectivas de la salud pública para el distrito, las cuales corresponden a acciones de promoción y prevención en salud, resaltando que dichas actividades ofertadas no generan ningún cobro a la comunidad.

Para la elaboración de los siguientes contenidos a entregar la temática será elegida de manera autónoma por los equipos acorde a las necesidades y prioridades identificadas, asegurando que dentro de las temáticas priorizadas se pueda visibilizar el componente desde la medicina tradicional, usos, costumbres y cosmovisión de la comunidad así como la promoción del acceso a los servicios de salud desde la medicina occidental y la oferta que se tiene acorde al grupo de riesgo o grupo poblacional que se aborde y una vez elaboradas podrán ser compartidas con los demás equipos con el fin de movilizar activamente la información con la comunidad.

Para lo anterior y ante la necesidad de los equipos se podrá gestionar mediante asistencia técnica el encuentro con el equipo de Educación en salud pública (ESP) dispuesto en cada subred, para acordar las herramientas más adecuadas y que cuenten con la línea

gráfica dispuesta por la SDS, esto enmarcado en la mejor estrategia de difusión respecto a las prioridades en salud con contenidos pertinentes y será generada acorde a la disponibilidad de tiempos por parte del área, estos espacios serán gestionados por la referente para comunidad afrodescendiente de la subred encargada, una vez expuesta la necesidad por parte de los equipos.

Para la elaboración de dichos contenidos diferenciales contaran con un espacio mensual de avance a la construcción de este, el cual debe contener el proceso de priorización de la temática, definición de los contenidos a incluir, metodología y lo demás que se requiera en el marco de la construcción de la pieza; este espacio mensual se reportara como una sesión colectiva por cada kilombo y contempla una destinación de tiempo de 4 horas.

Actividad 3. Sesión colectiva para el mantenimiento de la salud

Estas se materializan en espacios colectivos con comunidad, en los cuales se desarrollan sesiones interculturales de promoción y prevención en salud, contemplará la implementación de actividades colectivas en salud, ambientales y ancestrales, partiendo de los conocimientos propios de la población Afrodescendiente con sus prácticas habituales o tradicionales del territorio, así como temáticas relacionadas con el posicionamiento de la estrategia kilombos, todos estos dirigidos a la comunidad con o sin pertenencia étnica; para ello, el equipo deberá participar de manera conjunta en el desarrollo de cada sesión.

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

Desarrollo de la Sesión colectiva:

Momento 1: Planeación de la sesión

Para este momento el equipo deberá definir el grupo poblacional y escenario comunitario en el cual se desarrollará la sesión, se deberá surtir proceso de divulgación y demanda inducida para el espacio, el cual estará liderado por el gestor comunitario, posterior a ello se definirá la temática a desarrollar, los contenidos a socializar en la sesión y piezas diferenciales a utilizar en el espacio, integrando el componente desde la medicina tradicional.

Momento 2: Desarrollo de la sesión

Con la participación de todos los perfiles del equipo se desarrolla la temática planeada, para lo cual se debe garantizar la asistencia mínima de 10 personas al espacio y en la cual se busca promover la participación activa de los asistentes, acorde a la temática establecida, cada uno de los perfiles deberá desde su competencia aportara los contenidos específicos que aporten al tema principal y de manera integral deberán desarrollar la sesión.

Las sesiones desarrolladas deberán ser cargadas en el aplicativo en línea GTAPS, modulo sesiones colectivas, así mismo se debe diligenciar el formato de sesiones colectivas.

***Iniciativas ambientales:**

Respecto a las iniciativas ambientales estas deberán estar enfocadas a la orientación, implementación y seguimiento al desarrollo de huertas caseras/comunitarias, en las cuales se deben tener en cuenta los aspectos que se enmarcan en la política Distrital de Salud Ambiental y la Política Pública de Seguridad Alimentaria y Nutricional, para la generación de responsabilidad ambiental y la toma de decisiones, así mismo podrán desarrollar iniciativas ambientales enmarcadas en recuperación de residuos sólidos/orgánicos y desarrollo de alternativas ambientales para la prevención de los impactos a la salud desde el componente ambiental con enfoque ancestral.

Se contará con 1 o 2 seguimientos al mes, dependiendo de la iniciativa desarrollada y el proceso de seguimiento que este lleve, el cual estará sujeto al criterio del perfil ambiental, este seguimiento se facturará como 1 sesión colectiva, de esta forma si se realiza un seguimiento a la iniciativa al mes, tendrá destinación de tiempo de 4 horas, pero si la iniciativa se requiere de dos seguimientos mensuales, cada una tendrá una destinación de 2 horas, para así completar las 4 horas totales, en las cuales se contempla el desplazamiento, desarrollo y sistematización de la sesión, la cual deberá garantizar la participación de mínimo 2 personas externas al equipo

La sesión deberá vincular cada una de las experiencias desarrolladas en la iniciativa, esta debe contener la relación cronológica del proceso, avance mensual, principales dificultades, logros alcanzados e insumos utilizados para la misma, para de esta forma elaborar un análisis final del proceso.

Lo anterior, con el fin de que permita reportar el estado de avance en el que se encuentre y verificar el sostenimiento y continuidad de las actividades planteadas. Es importante, resaltar que los seguimientos deben de estar enmarcados al auto sostenimiento de este.

Con el ánimo de visibilizar las iniciativas ambientales y dar a conocer experiencias exitosas de las mismas, se proyectarán 2 espacios durante la vigencia para la socialización de las mismas por medio de un encuentro de participación de todos los equipos y población general, generando el espacio para el fomento de la salud ambiental tradicional de las comunidades afrocolombianas en el distrito, el cual será convocado desde nivel central.

Nota:

- Teniendo en cuenta la inicia ambiental y su seguimiento, si es posible el desarrollo de la sesión educativa dentro de este mismo escenario se podrá realizar, en caso contrario en el que por la pertinencia y los tiempos solo se proyecte el seguimiento a la iniciativa ambiental, el técnico podrá desarrollar dicha actividad solo y el resto del equipo desarrollara de manera paralela o en otro tiempo concertado con la comunidad una sesión educativa garantizando la destinación de los tiempos por

cada uno de los perfiles, recordando que para cada una de las acciones mencionadas se cuenta con 4 horas.

- Los insumos a utilizarse para el proceso de implementación de la iniciativa ambiental deberán ser solicitados de manera oportuna, se espera que pueda realizarse de manera trimestral con el fin de contar con stock suficiente, los insumos que se podrán solicitar son los que se encuentran dispuestos en el anexo de insumos del convenio y será la subred la encargada de dicha entrega oportuna al equipo.

- Durante el mes se debe garantizar el desarrollo de sesiones educativas con la comunidad, lo anterior teniendo en cuenta que el equipo tiene la posibilidad de desarrollar espacios comunitarios y con autoridades acorde a la programación y concertación.

- Todo el equipo y en cabeza del perfil técnico ambiental realizarán una acción colectiva al inicio de la vigencia y posterior una cada 6 meses, que oriente y promueva los decretos 351 de 2014 y la resolución 591 del 4 de abril del 2014.

- En caso de requerirse seguimiento a un caso emergente, este será desarrollado por el perfil técnico o profesional y será convalidado por una sesión colectiva/ apechonteria.

- **Articulación con mazanas del cuidado:** Se realizarán sesiones educativas por medio de la Estrategia de abordaje étnico diferencial-Kilombos, las cuales serán programadas acorde a la demanda y concertación con la comunidad y las coordinaciones de manzana de Secretaria de la Mujer, estas se contemplan específicamente para esta vigencia, en las localidades de Teusaquillo y Ciudad Bolívar, en este espacio se espera fortalecer la salud física, mental y espiritual de las personas cuidadoras que asisten a la manzana mediante el reconocimiento y aplicación de saberes de la medicina tradicional afrocolombiana, integrando prácticas culturales a las estrategias de autocuidado del Modelo MÁS Bienestar, lo anterior será socializado por referente técnico distrital una vez iniciado el convenio. Lo anterior se generará acorde al proceso de concertación.

2.8. Tabla resumen de la acción de bienestar:

Nombre de la actividad	Periodicidad	Perfiles del talento humano	Entregables
Dialogo y concertación de acciones	Mensual acorde a la necesidad y/o demanda	Profesional Universitario 2 (Operativo), Enfermera-Médico Técnico 1: (técnico ambiental).	- Plan de acción con el cronograma concertado con la comunidad representativa, cargado en la plataforma Google drive habilitado desde nivel central al inicio de la vigencia y su respectivo seguimiento mensual.

		Gestor comunitario, Médico ancestral o sabedor	-Actas de concertación y priorización de acciones con la autoridad y/o lideres al inicio de la vigencia e inicio de adición en caso de presentarse. -Actas de reunión de espacios comunitarios acorde a programación y/o demanda.
Desarrollo de contenidos diferenciales:	Acorde a convocatoria desde nivel central	Profesional Universitario 2 (Operativo), Enfermera-Médico Técnico 1: (técnico ambiental). Gestor comunitario, Médico ancestral o sabedor	- Acta del espacio de socialización e intercambio de piezas comunicativas acorde a convocatoria desde nivel central
	Mensual		-Acta de avance a la construcción de contenido diferencial -Contenido diferencial cargado en drive dispuesto desde nivel central de manera trimestral, en los meses establecidos en el desarrollo de la actividad.
Sesión colectiva para el mantenimiento de la salud	Mensual	Profesional Universitario 2 (Operativo) Enfermera Técnico 1: técnico ambiental Gestor comunitario Comadrona o partera Sabedor o Sabedora	- Formato de sesiones colectivas diligenciadas con criterios de calidad y completitud. -Herramienta en aplicativo en línea GTAPS, formulario de acciones colectivas diligenciadas con criterios de calidad y completitud. -Informe ejecutivo atención de casos emergentes (en caso de presentarse)

3. Acción de Bienestar 39. Técnicas de curación ancestral - Negras y Afrocolombianas

Son todas aquellas acciones que dan cuenta de la atención desde la medicina tradicional y que se realizan en lugares propios (Kilombos) de la población negra y afrocolombiana conforme a la dinámica de los equipos y comunidades teniendo en cuenta los lugares físicos y cronograma de atención.

3.1. Conceptualización de los elementos centrales de la acción de bienestar o acción de gestión para el bienestar

La acción de bienestar, entendida como un proceso integral de atención y educación para la salud, se basa en la articulación de prácticas ancestrales, saberes tradicionales y espacios comunitarios orientados a la preservación cultural. Desde esta perspectiva, se reconoce la medicina tradicional como una herramienta complementaria y muchas veces primaria para el cuidado de la salud propia de la comunidad, que fortalece el bienestar físico, emocional y espiritual, a través de escenarios de sanación y prácticas identitarias.

La gestión para el bienestar, en este sentido, se configura como un ejercicio colectivo que permite la transmisión de saberes desde la cosmovisión de las comunidades Negras y Afrocolombianas.

Aspectos a tener en cuenta para el desarrollo de la acción de bienestar:

1. La subred deberá garantizar la entrega de los elementos de protección personal, elementos de aseo y desinfección y los requeridos dentro de la atención a la comunidad como sabanas, toallas de papel, bolsas de residuos acorde a la clasificación de la subred, batas, entre otros. Lo anterior con el fin de garantizar el cumplimiento a las prácticas de asepsia y limpieza durante la atención a la comunidad.

2. Los Kilombos que operen en espacios institucionales, deberán acoger el sistema PIGA de la institución. Así mismo todos los Kilombos que operen en espacios propios contarán con las debidas prácticas de limpieza y desinfección, así como la adecuada disposición de residuos.

3. En los espacios donde opere el Kilombo no se realizarán 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, curación de heridas en cualquier zona del cuerpo incluida zona bucal, así como formulación de tratamientos farmacológicos occidentales o de la medicina alopática.

4. Ninguna técnica de curación realizada por medio de la estrategia Kilombo deberá generar cobro alguno a la comunidad beneficiada.

3.2. Objetivo General

Brindar atención a población general desde la medicina tradicional y fortalecer la educación para la salud desde las acciones de bienestar, técnicas de curación ancestral, en un espacio de puertas abiertas que permita la transmisión de saberes y compartir de experiencias desde la cosmovisión de las comunidades Negras y Afrocolombianas a la comunidad en general.

3.3. Población sujeto de la intervención

Población general con o sin pertenencia étnica

3.4. Talento humano

Para el desarrollo de la acción de bienestar se cuenta con equipos con pertenencia étnica afrodescendiente compuestos por los perfiles de enfermería, técnico en salud ambiental, gestor comunitario y sabedores (partera- medico tradicional)

3.5. Unidad de medida

Jornada de curación ancestral

3.6. Forma de reporte de ejecución de la acción de bienestar

Se realizarán de manera mensual en espacios concertados con las comunidades negras y afrocolombianas, de acuerdo con las particulares de cada uno de los equipos y deberá participar todo el equipo para poder facturar la unidad.

3.7. Descripción de la acción de bienestar:

Espacio dispuesto para la atención de personas con o sin pertenencia étnica, que presenten alteraciones en su estado de salud, desarmonías o desequilibrios desde la medicina tradicional que requieran de un abordaje integral, en el cual se exploren y visibilicen las practicas curativas características de las comunidades afrocolombianas, en cabeza de los perfiles ancestrales del equipo y las cuales serán desarrolladas en espacios físicos propios de las comunidades o gestionados sectorial o intersectorialmente

Actividad 1. Desarrollo de jornada técnica de Curación desde la medicina tradicional

Estas jornadas deberán desarrollarse en los lugares propios, comunitarios existentes o gestionados de manera autónoma o por articulación sectorial o intersectorial, para lo cual el equipo definirá la dinámica a implementar garantizando la participación activa de la comunidad por lo anterior se deberá contar con la asistencia mínima de 8 personas por jornada, la disponibilidad del equipo estará a puerta abierta con el fin de recibir de manera continua durante el día la llegada de aquellas personas que requieran de un abordaje en salud diferencial con enfoque en medicina tradicional

A continuación, se relaciona el rol que cumple cada perfil en el desarrollo de la acción de bienestar:

Parteras: Realizaran valoración y diagnostico en salud desde la perspectiva tradicional y de las practicas curativas propias**,** tratamientos con plantas medicinales y terapias alternativas con enfoque étnico. Realizará acompañamiento a mujeres en edad fértil, gestantes y lactantes, niños y niñas menores de 5 años con perspectiva ancestral.

Sabedor o Sabedora: Realizaran valoración y diagnostico en salud desde la perspectiva tradicional y de las practicas curativas propias, tratamientos con sobos, plantas medicinales y terapias alternativas con enfoque étnico.

Enfermera: Realizará valoración del riesgo a la población asistente, por medio de la toma de medidas antropométricas, toma de signos vitales para la identificación de riesgos en salud, seguimiento a condiciones crónicas, adherencia a las ruta de promoción y mantenimiento, *con el fin de realizar derivación o canalización de acuerdo a la necesidad, educación para la salud, promoción de buenas prácticas y prevención de la enfermedad, dicha información deberá estar contenida en el relato de la actividad del formulario de acciones colectivas en el aplicativo GTAPS - SDS*

Técnico Ambiental: Realizará preservación de los valores culturales y ambientales alineados con la cosmovisión de la comunidad afrodescendiente, transmitirá prácticas curativas desde la visión de la biodiversidad de la selva como una farmacia natural, aporte a la relatoría de la actividad cargada en el formulario de acciones colectivas en el aplicativo GTAPS – SDS.

Gestor comunitario: Realizará gestión sectorial e intersectorial para dar respuesta a las necesidades sociales identificadas (estas activaciones de ruta serán a demanda) gestión de espacios si se requiere, apoyo al alistamiento de insumos y registro de asistencia como parte de los entregables.

Todo el equipo será el encargado de la demanda inducida a la acción de bienestar.

- *Estas actividades se registrarán en relato del formulario de acciones colectivas en el aplicativo GTAPS – SDS, que permita identificar las atenciones realizadas, teniendo en cuenta:*
- Número de atenciones
- Sexo
- Curso de vida
- Motivo de consulta (en caso de no poder registrar por temas de privacidad, especificar, si corresponde a un secreto ancestral o si el usuario no permite dicho registro).

Con el fin de poder contar con una lectura del impacto y los beneficios de las técnicas de curación aplicadas, se genera encuesta de percepción para ser aplicada con los usuarios que asisten a estos espacios, dicha encuesta la podrá realizar el usuario de manera autónoma y voluntaria, a continuación, se relaciona el QR y el link de acceso a dicha encuesta, cada uno de los kilombos deberá contar con esta información visible en cada uno de los lugares en donde desarrollan dicha actividad.

QR de encuesta de percepción técnicas de curación equipos kilombos

Link para diligenciamiento de encuesta de percepción técnicas de curación equipos kilombos: https://forms.gle/xTq7J2rnpCYEFZLUA

3.8. Tabla resumen de la acción de bienestar:

Nombre de la actividad	**Periodicidad**	**Perfiles del talento humano**	**Entregables**
Desarrollo de jornada técnica de Curación desde la medicina tradicional	Mensualmente acorde a la programación	Profesional Universitario 2 (Operativo) Enfermera Técnico 1: técnico ambiental Gestor comunitario Comadrona o partera Sabedor	- Formato de sesiones colectivas diligenciadas con criterios de calidad y completitud. -Herramienta en aplicativo en línea GTAPS, formulario de acciones colectivas diligenciadas con criterios de calidad y completitud

ABORDAJE DIFERENCIAL A FAMILIAS PALENQUERAS DESDE LA ESTRATEGIA MÁ MERISINA RÍ PALENGE- KILUMBA

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

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

La estrategia de atención en salud Palenquera MÁ MERISINA RÍ PALENGE- Kilumba, desarrollará acciones a nivel distrital en el marco de tres acciones de bienestar. El primero estará direccionado a un abordaje familiar, a través del cual se busca identificar factores de riesgo en salud en las familias y sus integrantes, establecer planes de cuidado familiar y generar estrategias que permitan la adopción de acciones de autocuidado y preservación de la salud. Este componente contempla de manera prioritaria el entorno hogar como un espacio fundamental para el cuidado integral, el reconocimiento de dinámicas familiares y la implementación de prácticas saludables desde lo cotidiano.

Seguido de ello, se implementarán acciones colectivas, las cuales tienen como objetivo gestar escenarios grupales que promuevan y refuercen aspectos de diálogo, educación en salud en materia ambiental y participación comunitaria.

Finalmente, se desarrollarán acciones propias de medicina ancestral, las cuales, desde las prácticas, saberes, usos y costumbres tradicionales de la población Palenquera, buscan conservar un equilibrio y armonía en las personas y comunidades Palenqueras.

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

Enfermería:

- Líder del equipo, que coordina y gestiona los procesos administrativos; además, acompañará continuamente el ejercicio de las practicas ancestrales, potenciando las intervenciones según las estrategias educación entorno a los cuidados y promoción de la salud.
- Valoración integral por medio de la toma de medidas antropométricas, toma de signos vitales, aplicación de tamizajes, entre otros.
- Realiza derivación para la gestión del riesgo acorde a los factores de riesgos en salud identificados.
- Activación de rutas comunitarias, sectoriales e intersectoriales según las situaciones en salud o sociales que se presenten
- Realiza seguimiento y acompañamiento de las condiciones de salud priorizadas a otros casos de la comunidad, y de la adherencia a las rutas de promoción y mantenimiento de la salud acorde a ciclo vital de cada persona abordada.
- Atenciones individuales para la gestión de riesgo individual según grupos y criterios de riesgo, lo anterior previa autorización de la EAPB y para los casos ya establecidos y relacionados en la ficha primera sección de la ficha esta ficha técnica.

Psicología:

- Aplicación de los tamizajes para a identificación de alertas en salud mental: APGAR, SRQ-RQC, COPE 28.
- Liderar dialogo familiar dirigido o para la identificación de riesgos en salud mental presentes en el hogar.
- Brindar educación en salud encaminadas a la adopción de prácticas protectoras por parte de las familias y sus individuos.
- Orientar a los integrantes de las familias por medio de las estrategias disponibles y los contenidos en las fichas dispuestas, con el fin de mitigar los riesgos en salud mental identificados.
- Activación de rutas o derivaciones sectoriales e intersectoriales acorde a la necesidad identificada.
- Integrar el enfoque diferencial étnico palenquero en las actividades a desarrollar, a partir de los saberes propios, usos y costumbres de la comunidad palenquera.
- Articular de manera continua las acciones con los demás perfiles del equipo, generando un abordaje integral de las acciones promocionales y preventivas, en los diferentes escenarios de intervención (plan de cuidado familiar- acciones colectivas- acciones individuales con enfoque en medicina ancestral).
- Realizar aportes técnicos a los lineamientos técnicos y los documentos operativos, que permitan visibilizar el enfoque étnico palenquero.
- Realizar aportes a la construcción de eventos de visibilización de la estrategia MÁ MERISINA RÍ PALENGE-kilumba

- **Técnico ambiental**: realiza acciones de promoción de la salud ambiental con enfoque diferencial, así como:

    - Impulsar iniciativas comunitarias que promuevan entornos ambientalmente saludables
    - Seguimiento y acompañamiento a recomendaciones ambientales para los cuidados del hogar con enfoque diferencial a familias y personas, para promover acciones de cuidado y autocuidado con su entorno desde el reconocimiento de la mirada sociocultural.
    - Generar y difundir estrategias de educación en salud ambiental con enfoque étnico diferencial para el cuidado de la comunidad
    - Apoyo a procesos administrativos y de sistematización de las acciones de bienestar enmarcadas en la estrategia MÁ MERISINA RÍ PALENGE- kilumba.
    - Participación en espacios colectivos y de sensibilización.

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

    - Difundir estrategias de educación en salud con enfoque diferencial étnico para el cuidado de la comunidad
    - Realizar procesos de demanda inducida para el desarrollo de las sesiones colectivas
    - Gestionar casos sociales o en salud.
    - Identificación y acompañamiento a familias priorizadas (oferta de servicios Distritales)
    - Fortalecimiento de enlaces directos de comunicación con los actores estratégicos (sectores-comunidad y lideres)
    - Apoyo a perfiles ancestrales
    - Articulación con líderes locales para Identificación de nuevas familias
    - Apoyo a procesos administrativos de las acciones de bienestar enmarcadas en la estrategia MÁ MERISINA RÍ PALENGE- Kilumba.

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

    - Seguimiento y acompañamiento al comportamiento de las condiciones de salud priorizadas manifestadas en las personas de la comunidad.
    - Orientar los cuidados que recobran importancia en el valor de las familias; participación en la generación de contenidos de las piezas comunicativas y participación en actividades para la trasmisión de saberes ancestrales
    - Brindar ayuda emocional y diálogos con prácticas y métodos tradicionales
    - Preparación de medicina ancestral

- Realizan atenciones diferenciales desde sus técnicas curativas
- Apoyo en casos emergentes
- Orientación y educación tradicional de medidas de cuidado y autocuidado para la población conforme a las adecuaciones socioculturales.

Nota: El equipo deberá asistir a espacio de articulación convocado por referente étnico desde gestión y Análisis de Políticas para el bienestar en los territorios, los cuales contaran como horas de fortalecimiento acorde a la subred que corresponda, y será soportado por medio de acta.

4. Acción de Bienestar 40. Plan de bienestar Familiar con Familias Étnicas – Palenqueros

4.1. Conceptualización de los elementos centrales de la acción de bienestar o acción de gestión para el bienestar

La estrategia MÁ MERISINA RÍ PALENGE- Kilumba de Medicina Ancestral para las comunidades palenqueras se fundamenta en el reconocimiento de los saberes tradicionales y prácticas de cuidado de la salud propias, que históricamente han constituido formas de resistencia, autocuidado y construcción de bienestar colectivo. Este componente contempla de manera prioritaria el entorno hogar como un espacio fundamental para el cuidado integral, el reconocimiento de dinámicas familiares y la implementación de prácticas saludables desde lo cotidiano.

Los elementos conceptuales centrales que orientan esta acción son:

- El cuidado entendido como práctica comunitaria, relacional y colectiva, que integra la salud física, mental, espiritual y social desde la cosmovisión palenquera.

- Las capacidades personales y comunitarias, fortalecidas mediante procesos de diálogo de saberes y transmisión intergeneracional de conocimientos de medicina ancestral (uso de plantas, prácticas rituales, terapias tradicionales, alimentación y autocuidado).

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

- El proceso de lectura de necesidades debe contener los aportes para el abordaje equipo conformado por la profesional de enfermería, psicología, técnico ambiental, gestor comunitario y sabedor ancestral.

- La comunidad mantiene usos y costumbres.

- Cuentan con lengua propia "Palenquera"

- La operación de la acción de bienestar es a nivel distrital. Por tanto, la Subred Sur Occidente no podrá limitar la ejecución de las acciones en las localidades que no hacen parte de la Subred

4.2. Objetivo General

Promover las prácticas de cuidado y autocuidado, adherencia a servicios de salud, adopción de prácticas protectoras para el bienestar en salud de las familias con pertenencia étnica palenquera en el contexto familiar.

4.3. Población sujeto de la intervención

La acción de bienestar está dirigida a población palenquera residente o en tránsito en Bogotá**,** identificada con prioridades en salud, que se auto reconoce como tal y aun cuentan con el ejercicio de las prácticas, saberes y referentes culturales propios, en el marco de su derecho a la identidad étnica y cultural.

4.4. Talento humano

El desarrollo de la acción de bienestar estará a cargo de un equipo interdisciplinario (Enfermería, Psicología, Tecnico(a) ambiental, gestor(a) comunitario, sabedor o partera), presentado a la subred Integrada de servicios de salud Sur Occidente para la respectiva contratación, previo aval por parte de la comunidad étnica tras la verificación de cumplimiento de las siguientes características:

-Pertenencia Étnica Palenquera certificada por su comunidad
-Conocimiento de la ciudad, lengua, y cultura de la población
-Experiencia de trabajo comunitario, con énfasis en temas de salud
-El perfil de medicina ancestral presentara un aval que da cuenta del conocimiento como sabedor, medico ancestral, partera o comadrona por su instancia representativa

4.5. Unidad de medida

Sesión de abordaje familiar – familias palenqueras

4.6. Forma de reporte de ejecución de la acción de bienestar

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

Se realiza reporte de una unidad al completar el ingreso de todos los perfiles a la familia, en el caso de la caracterización familiar y cierre del plan de cuidado familiar podrán ingresar los 5 perfiles en el mismo momento; en las implementaciones familiares ingresarán en bina acorde a la organización del equipo, en caso de que por dinámicas de las familias soliciten un solo ingreso mensual deberá estar soportado en la implementación del plan de cuidado

4.7. Descripción de la acción de bienestar:

Esta actividad integra las acciones a desarrollar con las familias Palenqueras, las cuales buscan fortalecer procesos de cuidado, que aporten a mejorar condiciones de vida y

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

Dicho abordaje contemplara los siguientes momentos:

- Caracterización familiar para la identificación de riesgos en salud tradicional y occidental
- Instauración del plan de bienestar en el marco de la concertación de compromisos familiares e individuales.
- Implementación del plan de bienestar familiar
- Cierre del plan de bienestar familiar

Actividad 1. Lectura de necesidades en salud integral (achakes):

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

Este abordaje familiar se realizará directamente en las viviendas en donde se encuentra ubicada la población y dentro de las formas de ingreso al abordaje étnico diferencial desde la estrategia de MÁ MERISINA RÍ PALENGE -Kilumba se encuentran los siguientes mecanismos:

- **Búsqueda activa:** El equipo, en apoyo del perfil gestor comunitario, deberán realizar procesos de reconocimiento territorial, búsqueda de sectores con presencia de dicha población o procesos de gestión con la autoridad representativa, llegarán al territorio en búsqueda de población objeto a abordar.
- **Derivación de los equipos territoriales:** Familias abordadas de manera previa por los equipos territoriales de equipos más bienestar en tu hogar, ya sea por medio del recorrido casa a casa o identificación de dicha población en otros escenarios, realizaran proceso de derivación al equipo kilumba con el fin de lograr el abordaje con enfoque étnico diferencial.
- **Reporte desde el Kuagro y/o autoridad representativa**: Aquellas familias que son priorizadas desde la autoridad representativa por presentar algún riesgo en salud tanto occidental como ancestral.

- **Notificación de eventos de intereses en salud pública:** Se abordarán aquellas familias con integrantes notificados desde los diferentes subsistemas de vigilancia en salud pública y con estos casos se deberá asegurar la periodicidad de los seguimientos acorde al evento presentado.
- **Familias abordadas en vigencias anteriores:** se podrán retomar aquellas familias abordadas en un tiempo mayo a 18 meses en las cuales se identifique un riesgo diferente al inicialmente abordado, por lo cual deberá contener un ejercicio de definición del riesgo actual y justificación de la necesidad de abordaje.

Una vez se defina las formas de abordaje y de búsqueda de las familias, se realizará el proceso de acercamiento a las viviendas y en este proceso se tendrá entre otros; como posibles estados del seguimiento:

- **Familias efectivas**: Aplica para aquellas que se logran contactar, ubicar en domicilio e iniciar el proceso de abordaje familiar.
- **Familias fallidas:** Corresponde a familias que no son posibles ubicar telefónicamente ni en la dirección de contacto, posterior a la búsqueda por las diferentes fuentes de información como PAI, ADRES, comprobador de derechos, así mismo posterior a la búsqueda en la dirección de residencia sin lograr contacto en un máximo de 3 intentos.
- **Familias que rechazan la intervención:** Familia que manifiesta disentimiento, no querer participar del proceso de abordaje familiar; para ello, el equipo debe comunicar claramente el objetivo y beneficios de este.

Teniendo en cuenta lo anterior y para los casos en los cuales se logre el ingreso a la familia, se da inicio con el proceso de Caracterización social/ambiental de la familia, el cual busca poder identificar el riesgo en salud tanto de la familia como de los individuos que la componen, esto se dará a través de diálogo de saberes entendiendo este como el proceso reflexivo, de confianza y de respeto frente a la escucha asertiva del otro, integrando los usos, costumbres, creencias propias de la comunidad y también la medicina desde la mirada occidental.

De igual forma, según el criterio de priorización, los eventos de interés en salud pública presentes en la familia y el curso de vida de sus integrantes, se deberán aplicar los tamizajes dispuestos en el aplicativo en línea *GTAPS-SDS*, módulo de tamizajes, acorde a la prioridad de abordaje, definidos en el documento de la interacción integral e integrada. Cuidado Continuo por una vida con Bienestar

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

- Identificación de riesgos en salud ambiental.
- Identificación de necesidades para la canalización a rutas sectoriales e intersectoriales, (proceso a articular con gestión de programas y eventos de interés en salud pública y gestión de políticas), según el evento.
- Realizar notificación a los subsistemas de vigilancia correspondiente, del 100% de los casos que cumplan con criterio, los casos de violencia al Subsistema de Vigilancia de Violencia Infantil y Maltrato Intrafamiliar (SIVIM), los casos de conducta suicida al Subsistema de Vigilancia de Conducta Suicida (SISVECOS).

- Reconocer prácticas de autocuidado de la salud a nivel individual y de cuidado familiar colectivo reconociendo prácticas propias.
- Rescatar potencialidades y factores protectores de la familia y comunidad.
- Explorar habilidades, conocimientos, experiencias, valores, tradiciones, visiones del mundo respecto al cuidado de la salud, desde su contexto y cultura.
- Realimentar los hallazgos que el equipo identifica de manera inicial de acuerdo con los riegos en, la salud caracterización social y ambiental, contrastando con lo que la familia percibe de sí misma.
- Criterios de abordaje para la atención de tipo individual en los integrantes de las familias caracterizadas por el equipo.
- *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 abordaje a las familias, será clave la participación de todo el equipo junto con el apoyo del gestor comunitario, con el fin de identificar necesidades presentes en la familia y así mismo establecer el accionar de cada uno de los perfiles para la concertación y seguimiento del plan de cuidado familiar y en caso de identificarse necesidades de gestión y/o movilización poder dar respuesta inicial por medio del gestor comunitario.

Posterior al proceso de identificación de los riesgos familiares e individuales se realiza lleva a cabo la concertación del Plan de bienestar Familiar, en el cual el equipo, deberá realizar un proceso reflexivo identificando los riesgos y vulnerabilidades, permitiendo la construcción del plan de bienestar familiar, el cual contemplará como prioridad la

Estrategia Cuidado de la salud desde la Medicina tradicional con sus respectivas acciones diferenciales y debe identificar los principales aspectos a trabajar de manera concertada con la familia, para la mitigación de riesgos en salud y el fortalecimiento de pautas de cuidado y estilos de vida saludable, acorde a las necesidades, lo anterior concertado en conjunto con la familia y reconociendo que allí se pondrán en dialogo las dos medicinas y que de esta forma apuntamos a un proceso de cuidado y preservación de la salud integral y con enfoque diferencial.

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

Actividad 2. **Implementación y cierre del Plan de Cuidado Diferencial en familias Palenqueras**

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

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

El plan de bienestar familiar debe incorporar acciones como:

- Brindar Información y educación en salud para establecer acciones que la familia puede implementar en su vivienda para el manejo de los riesgos identificados.
- Desarrollar acciones promocionales para la adopción de comportamiento y conductas positivas para la salud desde practicas propias de salud y cuidado, donde se incluyan acciones preventivas en el hogar, de igual forma, las relacionadas con la ruta de promoción y mantenimiento de la salud y temáticas promocionales para una vida saludable y activa.
- Posterior a la identificación del riesgo en salud, el equipo deberá realizar seguimiento de todos los eventos de interés en salud pública.
- Realizar canalización a rutas sectoriales e intersectoriales en caso de requerirse, de la misma manera, indicar dentro del plan de bienestar la anotación en los casos donde la familia no permite realizar el proceso de canalización.
- Notificar al equipo de gestión operativa, los casos que requieren asignación de cita o gestión con su EAPB.

- Aplicación de tamizajes SRQ, RQC y *COPE 28, por parte del perfil psicosocial en caso de identificarse algún riesgo y/o necesidades relacionadas con violencias y conductas desde la salud mental, dicha aplicación será socializada a la familia, dando a conocer el objetivo de la misma, con el fin de mantener el control, seguimiento y monitoreo del estado de salud emocional de la persona a la que se aplica el tamizaje, los resultados de dichos tamizajes se pondrán en consideración a la luz de los saberes ancestrales y sistema de conocimiento propio de la comunidad, donde a a partir de este ejercicio se dará manejo y acompañamiento sin superponer un conocimiento sobre el otro.*
- Realizar seguimiento a las variables y aspectos técnicos específicos para cada familia según su prioridad.
- Realizar acciones promocionales y preventivas desde el enfoque tradicional por medio de los perfiles ancestrales y en caso de requerirse alguna atención desde la medicina tradicional podrá realizarse.
- Brindar educación relacionada con derechos sexuales y reproductivos, con mayor énfasis en aquellas familias donde se identifique población en edad fértil sin método de planificación familiar, este liderado por el profesional de enfermería del equipo.
- Seguimiento a los compromisos instaurados con la familia, con el fin de realizar balance a través del seguimiento y definir la necesidad de la continuidad del abordaje con la familia o si se evidencia adopción de prácticas protectoras y herramientas socializadas que consideren pueda finalizar el proceso de seguimiento familiar.
- Es importante que el talento humano con pertenencia étnica potencialice el uso de los recursos y ayudas materiales pedagógicas dadas a las familias desde un enfoque diferencial, así como espacios en la vivienda, horarios y prácticas comunitarias.
- Para las familias en las cuales se cuente con factores de riesgo a nivel psicosocial y que, por las dinámicas del proceso de seguimiento, se requiera de un abordaje diferencial, en el marco de la cosmovisión de la comunidad y aspectos de privacidad y confidencialidad, el perfil podrá ingresar solo o con alguno de los perfiles complementarios del equipo, con el fin de favorecer el desarrollo de la sesión y generar un ambiente de confianza y privacidad con el usuario.

Una vez los profesionales validen que se ha dado cumplimiento a los compromisos, se llevará a cabo la evaluación final, con el fin de identificar el efecto e impacto de la acción en la familia, a partir de las alertas iniciales, estrategias y acciones desarrolladas con la familia, según la especificidad del evento o situación que generó el abordaje a través de plan familiar. Es de aclarar que esta se puede contemplar como parte del abordaje en la última sesión

Nota:

Se precisa que los casos en que se identifiquen necesidades sectoriales e intersectoriales que requieran un proceso de activación de ruta por medio del SIRC, deberán ser por

criterios diferentes a los ya establecidos para el abordaje por parte de los Equipos más Bienestar en tu hogar.

Para el caso de las familias en las cuales se identifique población con necesidades de atención y gestión del riesgo individual, se deberá tener en cuenta la nota expuesta al inicio de la presente ficha técnica, en la cual se encuentra la ruta y proceso a desarrollarse, así como los criterios y aspectos claves para tener en cuenta dentro de la ruta establecida.

Con el fin de poder realizar análisis de las acciones adelantadas por cada equipo, se establece el aporte al informe establecido en el marco del convenio.

Para las dos actividades de la acción de bienestar, se realizará el registro de la información correspondiente, en aplicativo en línea *GTAPS-SDS***,** al cual accede cada uno de los perfiles del equipo 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, plan de bienestar familiar, cierre de plan de bienestar familiar, atenciones generadas a cada uno de los individuos en caso de identificarse la necesidad, entre otros.

- Para aquellas familias en las que se identifica la necesidad de acompañamiento superior a los 3 meses:

Si después de este periodo la familia continua con algún riesgo sujeto de abordaje por parte del equipo ya sea por riesgos es salud occidental, propios o ancestrales podrán extender los seguimientos hasta por 2 meses adicionales y deberá quedar registrado en las observaciones de la implementación del plan de cuidado. Posterior a esto se deberá validar junto con el lider operativo la pertinencia de la continuidad del abordaje familiar

4.8. Tabla resumen de la acción de bienestar:

Nombre de la actividad	Periodicidad	Perfiles del talento humano	Entregables
Lectura de necesidades en salud integral (achakes):	Mensual, según la programación en el plan de acción y de acuerdo con las dinámicas propias de cada equipo.	Profesional Universitario 2 (Operativo) Enfermera y Psicología Técnico 1: técnico ambiental	-Planilla de familias con consentimiento informado. -Archivo Plano de Caracterización Social y Ambiental, individuos y alertas. -Archivo Plano de tamizajes acorde a las prioridades intervenidas.

		Gestor comunitario Comadrona o partera Sabedor	-Archivo Plano de Plan de Bienestar y compromisos concertados -Formato de activación de rutas y prescripción social. -Formato de notificación de eventos de interés en salud publica en caso de presentarse el evento. (SIVIM-SISVECOS) Adicional: -Planilla de gestión para el gestor comunitario, según necesidad de la familia, usuario y/o comunidad
Implementación y cierre del Plan de Cuidado Diferencial en familias Palenqueras	Mensual, según la programación en el plan de acción y de acuerdo con las dinámicas propias de cada equipo.	Profesional Universitario 2 (Operativo) Enfermera y Psicología Técnico 1: técnico ambiental Gestor comunitario Comadrona o partera Sabedor	-Archivo Plano de Caracterización Social y Ambiental, individuos y alertas con el monitoreo respectivo. -Archivo Plano de Plan de Bienestar -Archivo plano con monitoreo y cierre de compromisos concertados. -Formato de activación de rutas y prescripción social. -Formato de notificación de eventos de interés en salud publica en caso de presentarse el evento. (SIVIM-SISVECOS) Adicional: -Planilla de gestión para el gestor comunitario, según necesidad de la familia, usuario y/o comunidad.

5. Acción de Bienestar 41. Acciones Colectivas Diferenciales con familias étnicas – Palenqueras

5.1. Conceptualización de los elementos centrales de la acción de bienestar o acción de gestión para el bienestar

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

5.2. Objetivo General

Generar espacios de encuentro comunitario con el fin de brindar educación en salud en temáticas priorizadas, acorde a la población programada a abordar, las temáticas definidas deberán contemplar la mirada desde la medicina tradicional, de forma que se logre integrar los diversos conceptos y visiones de la salud y enfermedad, para así favorecer al bienestar de las personas de la comunidad y población en general.

Así mismo se espera que en estos espacios se pueda también contar con participación de población sin pertenencia étnica con el fin de visibilizar la estrategia MÁ MERISINA RÍ PALENGE -Kilumba y la importancia que tiene la medicina tradicional en el marco del cuidado y bienestar del individuo, familia y comunidad.

5.3. Población sujeto de la intervención

Población general con o sin pertenencia étnica

5.4. Talento humano

Para el desarrollo de la acción de bienestar se cuenta con equipos con pertenencia étnica palenquera compuestos por los perfiles de enfermería, psicología, técnico en salud ambiental, gestor comunitario y sabedor (partera- medico tradicional).

5.5. Unidad de medida

Encuentro/ Sesión colectiva

5.6. Forma de reporte de ejecución de la acción de bienestar

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

Teniendo en cuenta que para esta acción de bienestar se implementó como actividad 1, "Diálogo y concertación comunitaria" y actividad 2 “Desarrollo de contenidos diferenciales”, los cuales tienen una destinación de tiempo de 4 horas (lo equivalente a 1 jornada de sesión colectiva) y se reportara en el informe de gestión como una unidad, se aclara que para esta actividad, no se diligenciara formato de sesión colectiva, lo cual se debe tener en cuenta a la hora de soportar las acciones, ya que no será necesariamente proporcional al número de formatos de sesiones colectivas.

5.7. Descripción de la acción de bienestar:

Corresponde a espacios de encuentros comunitarios en los cuales de acuerdo a la actividad que se desarrolle contará con participación exclusiva de la comunidad palenquera o participación de población mixta, en la cual contemos con personas con pertenencia étnica y sin pertenencia étnica.

Cada una de las temáticas a desarrollar por medio de los encuentros deberán contener aspectos que permitan visibilizar la salud como un proceso integral, en donde confluyen los enfoques de la medicina tradicional y medicina occidental, dichas acciones de tipo preventivas y promocionales.

Actividad 1. Dialogo y concertación de acciones

Comprende el primer momento de dialogo, concertación y acercamiento con la instancia representativa de la comunidad Palenquera, la cual se desarrollará solo al inicio de la vigencia e inicio de adición, en caso de presentarse y tiene como fin socializar la estrategia de abordaje diferencial kilumba, la identificación y priorización de familias a abordar, la necesidad de acciones desde las practicas curativas propias y posibles escenarios para el abordaje colectivo, lo anterior se tomara como insumo para la construcción del plan de acción, el cual deberá proyectarse por el tiempo de ejecución del convenio y deberá contar con el seguimiento a la ejecución de manera mensual.

Así mismo se podrán generar espacios con los siguientes actores:

-Espacios comunitarios según la demanda y/o necesidades presentadas por la comunidad, entre los espacios se encuentran; conmemoraciones, foros, fechas representativas para la comunidad, dialogo y encuentros de saberes convocados por la comunidad o autoridad, entre otros.

-Espacios con la instancia representativa acorde al requerimiento por la instancia de representación (Kuagro Monari Palenque)

Actividad 2. Desarrollo de contenidos diferenciales:

Primer momento: Durante el mes de noviembre del 2025 se espera que el equipo pueda realizar la selección de 2 piezas comunicativas desarrolladas en vigencias anteriores, orientadas por equipo de educación en salud, con el fin de poder contar con un espacio de intercambio y socialización de las mismas, este encuentro será convocado desde nivel central para todos los equipos étnicos de las Subredes Integradas de Servicios de Salud y las autoridades comunitarias.

Segundo momento: Acorde a la ejecución del convenio el equipo deberá realizar construcción de contenidos en pautas de autocuidado, cuidado y rutas, para ser trasmitida a las familias y ser movilizados por los diferentes medios o espacios con las comunidades con enfoque étnico diferencial.

En este sentido, el equipo realizara de manera práctica, lúdica, creativa, contenidos diferenciales frente a procesos de orientación de cara a la dinámica en la cual se encuentra la población con el fin de garantizar que se transmiten los mensajes e información acorde a los usos, prácticas y costumbres ancestrales, que permita materializar el enfoque poblacional diferencial, para esto se espera que se presente a la SDS la construcción de un contenido (pieza comunicativa) de manera trimestral; de la siguiente manera:

Año 2026: Enero- abril- Julio- octubre
Año 2027: Enero- abril

La primera entrega de contenido diferencial a presentar en el mes de Enero, corresponderá a una pieza informativa acerca del kilumba, los servicios ofertados y el

accionar general desde cada uno de los perfiles en el marco de la estrategia, adicional a esto se deberá consignar, los horarios de atención, los servicios que NO se prestan desde la estrategia, acorde a la misionalidad de las acciones colectivas de la salud pública para el distrito, las cuales corresponden a acciones de promoción y prevención en salud, resaltando que dichas actividades ofertadas no generan ningún cobro a la comunidad.

Para la elaboración de los siguientes contenidos a entregar la temática será elegida de manera autónoma por los equipos acorde a las necesidades y prioridades identificadas, asegurando que dentro de las temáticas priorizadas se pueda visibilizar el componente desde la medicina tradicional, usos, costumbres y cosmovisión de la comunidad así como la promoción del acceso a los servicios de salud desde la medicina occidental y la oferta que se tiene acorde al grupo de riesgo o grupo poblacional que se aborde y una vez elaboradas podrán ser compartidas con los demás equipos con el fin de movilizar activamente la información con la comunidad.

Para lo anterior y ante la necesidad de los equipos se podrá gestionar mediante asistencia técnica el encuentro con el equipo de Educación en salud pública (ESP) dispuesto en cada subred, para acordar las herramientas más adecuadas y que cuenten con la línea gráfica dispuesta por la SDS, esto enmarcado en la mejor estrategia de difusión respecto a las prioridades en salud con contenidos pertinentes y será generada acorde a la disponibilidad de tiempos por parte del área, estos espacios serán gestionados por la referente para comunidad afrodescendiente de la subred encargada, una vez expuesta la necesidad por parte de los equipos.

Para la elaboración de dichos contenidos diferenciales contaran con un espacio mensual de avance a la construcción de este, el cual debe contener el proceso de priorización de la temática, definición de los contenidos a incluir, metodología y lo demás que se requiera en el marco de la construcción de dicha pieza; este espacio mensual se facturará como una sesión colectiva y contempla una destinación de tiempo de 4 horas.

Actividad 3. Sesión colectiva para el mantenimiento de la salud

Estas se materializan en espacios colectivos con comunidad, en los cuales se desarrollan sesiones interculturales de promoción y prevención en salud, contemplará la implementación de actividades colectivas en salud, ambientales y ancestrales, partiendo de los conocimientos propios de la población Palenquera con sus prácticas habituales o tradicionales del territorio, dirigido a la comunidad con o sin pertenencia étnica; para ello, el equipo deberá participar de manera conjunta en el desarrollo de cada sesión.

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

Desarrollo de la Sesión colectiva:

Momento 1: Planeación de la sesión

Para este momento el equipo deberá definir el grupo poblacional y escenario comunitario en el cual se desarrollará la sesión, se deberá surtir proceso de divulgación y demanda inducida para el espacio, el cual estará liderado por el gestor comunitario, posterior a ello se definirá la temática a desarrollar, los contenidos a socializar en la sesión y piezas diferenciales a utilizar en el espacio, integrando el componente desde la medicina tradicional.

Momento 2: Desarrollo de la sesión

Con la participación de todos los perfiles del equipo se desarrolla la temática planeada, para lo cual se debe garantizar la asistencia mínima de 10 personas al espacio y en la cual se busca promover la participación activa de los asistentes, acorde a la temática establecida, cada uno de los perfiles deberá desde su competencia aportara los contenidos específicos que aporten al tema principal y de manera integral deberán desarrollar la sesión.

Las sesiones desarrolladas deberán ser cargadas en el aplicativo en línea GTAPS, modulo sesiones colectivas, así mismo se debe diligenciar el formato de sesiones colectivas.

***Iniciativas ambientales:**

Respecto a las iniciativas ambientales estas deberán estar enfocadas a la orientación, implementación y seguimiento al desarrollo de huertas caseras/comunitarias, en las cuales se deben tener en cuenta los aspectos que se enmarcan en la política Distrital de Salud Ambiental y la Política Pública de Seguridad Alimentaria y Nutricional, para la generación de responsabilidad ambiental y la toma de decisiones, así mismo podrán desarrollar iniciativas ambientales enmarcadas en recuperación de residuos sólidos/orgánicos y desarrollo de alternativas ambientales para la prevención de los impactos a la salud desde el componente ambiental con enfoque ancestral.

Se contará con 1 o 2 seguimientos al mes, dependiendo de la iniciativa desarrollada y el proceso de seguimiento que este lleve, el cual estará sujeto al criterio del perfil ambiental, este seguimiento se facturará como 1 sesión colectiva, de esta forma si se realiza un seguimiento a la iniciativa al mes, tendrá destinación de tiempo de 4 horas, pero si la iniciativa se requiere de dos seguimientos mensuales, cada una tendrá una destinación de 2 horas, para así completar las 4 horas totales, en las cuales se contempla el desplazamiento, desarrollo y sistematización de la sesión, la cual deberá garantizar la participación de mínimo 2 personas externas al equipo

La sesión deberá vincular cada una de las experiencias desarrolladas en la iniciativa, esta debe contener la relación cronológica del proceso, avance mensual, principales dificultades, logros alcanzados e insumos utilizados para la misma, para de esta forma elaborar un análisis final del proceso.

Lo anterior, con el fin de que permita reportar el estado de avance en el que se encuentre y verificar el sostenimiento y continuidad de las actividades planteadas. Es importante, resaltar que los seguimientos deben de estar enmarcados al auto sostenimiento de este.

Con el ánimo de visibilizar las iniciativas ambientales y dar a conocer experiencias exitosas de las mismas, se proyectarán 2 espacios durante la vigencia para la

socialización de las mismas por medio de un encuentro de participación de todos los equipos y población general, generando el espacio para el fomento de la salud ambiental tradicional de la comunidad Palenquera en el distrito, el cual será convocado desde nivel central.

Nota:

- Teniendo en cuenta la inicia ambiental y su seguimiento, si es posible el desarrollo de la acción colectiva dentro de este mismo escenario se podrá realizar, en caso contrario en el que por la pertinencia y los tiempos solo se proyecte el seguimiento a la iniciativa ambiental, el técnico podrá desarrollar dicha actividad solo y el resto del equipo desarrollara de manera paralela o en otro tiempo concertado con la comunidad una sesión colectiva garantizando la destinación de los tiempos por cada uno de los perfiles, recordando que para cada una de las acciones mencionadas se cuenta con 4 horas.

- Los insumos a utilizarse para el proceso de implementación de la iniciativa ambiental deberán ser solicitados de manera oportuna, se espera que pueda realizarse de manera trimestral con el fin de contar con stock suficiente, los insumos que se podrán solicitar son los que se encuentran dispuestos en el anexo de insumos del convenio y será la subred la encargada de dicha entrega oportuna al equipo.

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

5.8. Tabla resumen de la acción de bienestar:

Nombre de la actividad	Periodicidad	Perfiles del talento humano	Entregables
Dialogo y concertación de acciones	Mensual acorde a la necesidad y/o demanda	Profesional Universitario 2 (Operativo) Enfermera y Psicología Técnico 1: técnico ambiental Gestor comunitario Comadrona o partera Sabedor	- Plan de acción con el cronograma concertado con la comunidad representativa, cargado en la plataforma Google drive habilitado desde nivel central al inicio de la vigencia y su respectivo seguimiento mensual. -Actas de concertación y priorización de acciones con la autoridad y/o lideres al inicio de la vigencia e inicio de adición en caso de presentarse. -Actas de reunión de espacios comunitarios acorde a programación y/o demanda. -Actas de espacios de posicionamiento y divulgación estrategia kilumba

Desarrollo de contenidos diferenciales:	Acorde a convocatoria desde nivel central	Profesional Universitario 2 (Operativo) Enfermera y Psicología	- Acta del espacio de socialización e intercambio de piezas comunicativas acorde a convocatoria desde nivel central
	Mensual	Técnico 1: técnico ambiental Gestor comunitario Comadrona o partera Sabedor	-Acta de avance a la construcción de contenido diferencial -Contenido diferencial cargado en drive dispuesto desde nivel central de manera trimestral, en los meses establecidos en el desarrollo de la actividad.
Sesión colectiva para el mantenimiento de la salud	Mensual	Profesional Universitario 2 (Operativo) Enfermera y Psicología Técnico 1: técnico ambiental Gestor comunitario Comadrona o partera Sabedor	- Formato de sesiones colectivas diligenciadas con criterios de calidad y completitud. -Herramienta en aplicativo en línea GTAPS, formulario de acciones colectivas diligenciadas con criterios de calidad y completitud.

6. Acción de Bienestar 42. Acciones Propias de medicina ancestral – Palenqueros.

6.1. Conceptualización de los elementos centrales de la acción de bienestar o acción de gestión para el bienestar

Se reconoce como un proceso integral de atención y educación para la salud, se basa en la articulación de prácticas ancestrales, saberes tradicionales y espacios comunitarios orientados a la preservación cultural. Desde esta perspectiva, se reconoce la medicina tradicional como una herramienta complementaria y muchas veces primaria para el cuidado de la salud propia de la comunidad, que fortalece el bienestar físico, emocional y espiritual, a través de escenarios de sanación y prácticas identitarias y además permite la transmisión de saberes desde la cosmovisión de la comunidad Palenquera.

Aspectos a tener en cuenta para el desarrollo de la acción de bienestar:

1. La subred deberá garantizar la entrega de los elementos de protección personal, elementos de aseo y desinfección y los requeridos dentro de la atención a la comunidad como sabanas, toallas de papel, bolsas, batas, entre otros. Lo anterior con el fin de garantizar el cumplimiento a las prácticas de asepsia y limpieza durante la atención a la comunidad.

2. Si el kilumba opera en espacios institucionales, deberá acogerse al sistema PIGA de la institución. Así mismo en caso de que opere en espacios propios contarán con las debidas prácticas de limpieza y desinfección, así como la adecuada disposición de residuos.

3. En los espacios donde opere el MÁ MERISINA RÍ PALENGE- Kilumba, no se realizarán 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, curación de heridas en cualquier zona del cuerpo incluida zona bucal, así como formulación de tratamientos farmacológicos occidentales o de la medicina alopática.

4. Ninguna acción desde la medicina ancestral realizada por medio de la estrategia MÁ MERISINA RÍ PALENGE -Kilumba deberá generar cobro alguno a la comunidad beneficiada.

6.2. Objetivo General

Brindar atención a población general con o sin pertenencia étnica desde la medicina tradicional y fortalecer la educación para la salud desde las acciones de bienestar, técnicas de curación ancestral, en un espacio de puertas abiertas que permita la transmisión de saberes y compartir de experiencias desde la cosmovisión de la comunidad Palenquera a la comunidad en general.

6.3. Población sujeto de la intervención

Población general con o sin pertenencia étnica

6.4. Talento humano

Para el desarrollo de la acción de bienestar se cuenta con equipos con pertenencia étnica palenquera compuestos por los perfiles de enfermería, psicología, técnico ambiental, gestor comunitario y sabedor (partera- medico tradicional)

6.5. Unidad de medida

Jornada de desde la medicina ancestral

6.6. Forma de reporte de ejecución de la acción de bienestar

Se realizarán de manera mensual en espacios concertados con las comunidades palenqueras, de acuerdo con las particulares del equipo y deberá participar todo el equipo para poder facturar la unidad.

6.7. Descripción de la acción de bienestar:

Espacio dispuesto para la atención de personas con o sin pertenencia étnica, que presenten alteraciones en su estado de salud, desarmonías o desequilibrios desde la medicina tradicional que requieran de un abordaje integral, en el cual se exploren y visibilicen las practicas curativas características de la comunidad palenquera, en cabeza de los perfiles ancestrales del equipo y las cuales serán desarrolladas en espacios físicos propios de las comunidades o gestionados sectorial o intersectorialmente

Actividad 1. Acciones Propias de Medicina Ancestral

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

Estas jornadas deberán desarrollarse en los lugares propios o comunitarios existentes o gestionados de manera autónoma o por articulación sectorial o intersectorial, para lo cual el equipo definirá la dinámica a implementar garantizando la participación activa de la comunidad por lo anterior se deberá contar con la asistencia mínima de 8 personas por jornada, la disponibilidad del equipo estará a puerta abierta con el fin de recibir de manera continua durante el día la llegada de aquellas personas que requieran de un abordaje en salud diferencial con enfoque en medicina tradicional

A continuación, se relaciona el rol que cumple cada perfil en el desarrollo de la acción de bienestar:

Sabedor o Sabedora: Realizaran valoración y diagnostico en salud desde la perspectiva tradicional y de las practicas curativas propias**,** tratamientos con plantas medicinales y terapias alternativas con enfoque étnico.

Enfermería: Realizará valoración del riesgo a la población asistente, por medio de la toma de medidas antropométricas, toma de signos vitales para la identificación de riesgos en salud, seguimiento a condiciones crónicas, adherencia a las ruta de promoción y mantenimiento, *con el fin de realizar derivación o canalización acorde a la necesidad, educación para la salud, promoción de buenas prácticas y prevención de la enfermedad, además realizara registro de la actividad en formulario de acciones colectivas del aplicativo GTAPS – SDS*

Psicología: Realizara orientación a la comunidad que acuda al espacio desde las practicas protectoras en salud mental, adicional a la socialización de líneas de escucha y apoyo en salud mental como línea 106, línea 141 (atención para niños, niñas y adolescentes), línea purpura, línea 123 emergencias, 3057109994 (línea de atención psicosocial del distrito), línea salvavida (+57 3117668666), línea diversa (3108644214), aporte a la relatoría en formulario de acciones colectivas del aplicativo GTAPS – SDS.

Técnico Ambiental: Realizará preservación de los valores culturales y ambientales alineados con la cosmovisión de los pueblos, transmitirá prácticas curativas desde la visión de la biodiversidad de la selva como una farmacia natural, *registro de formato de sesiones colectivas como parte de los entregables.*

Gestor comunitario: Realizará gestión sectorial e intersectorial para dar respuesta a las necesidades sociales identificadas (estas activaciones de ruta serán a demanda) gestión de espacios si se requiere, apoyo al alistamiento de insumos *y registro de formato de sesiones colectivas como parte de los entregables.*

Todo el equipo será el encargado de la demanda inducida a la acción de bienestar.

- Estas actividades se registrarán en la *relatoría del formulario de acciones colectivas* del aplicativo GTAPS – SDS, que permita identificar las atenciones realizadas, teniendo en cuenta:
- Número de atenciones
- Sexo
- Curso de vida
- Motivo de consulta (en caso de no poder registrar por temas de privacidad, especificar, si corresponde a un secreto ancestral o si el usuario no permite dicho registro).

Con el fin de poder contar con una lectura del impacto y los beneficios de las acciones propias de medicina ancestral aplicadas, se genera encuesta de percepción para ser aplicada con los usuarios que asisten a estos espacios, el diligenciamiento de dicha herramienta sera de manera autónoma y voluntaria, a continuación, se relaciona el QR y el link de acceso a dicha encuesta, el kilumba deberá contar con esta información visible en el lugar en donde desarrolla dicha actividad.

QR de encuesta de percepción acciones propias de medicina ancestral MÁ MERISINA RÍ PALENGE –Kilumba

Link de encuesta de percepción acciones propias de medicina ancestral MÁ MERISINA RÍ PALENGE –Kilumba: https://forms.gle/uMYGc8nbzQVL7o4K7

Actividad 2. Topetamiento

Se propone la realización de espacios de encuentro comunitario orientados al fortalecimiento de las familias palenqueras, reconociendo que ellas son el núcleo donde se transmiten, preservan y revitalizan los usos, costumbres y valores del pueblo palenquero. Estos espacios permitirán abordar de manera colectiva problemáticas que afectan profundamente a la comunidad en contextos urbanos como el de Bogotá, tales como la discriminación racial, el desarraigo cultural y la pérdida de identidad.

A través de estos encuentros se busca empoderar especialmente a las niñas, niños y jóvenes para que se conviertan en voceros, formadores y defensores del legado cultural palenquero. El diálogo intergeneracional permitirá que las y los mayores compartan saberes y prácticas tradicionales, fortaleciendo los lazos familiares y comunitarios, e incentivando el sentido de pertenencia.

Los topetamientos serán también escenarios para sanar el desarraigo cultural, reconectando a las familias con sus raíces a través del rescate de saberes ancestrales como el uso de plantas medicinales, la preparación de alimentos tradicionales, las tomas y otras prácticas cotidianas. Estas actividades no solo permiten preservar el conocimiento, sino también fomentar la unidad familiar mediante prácticas como la cocina colectiva, el cuidado compartido y la conversación comunitaria.

El intercambio de saberes entre familias palenqueras será clave para fortalecer la memoria colectiva, reafirmar la identidad y promover una convivencia basada en el respeto, la solidaridad y la ancestralidad, lo que históricamente ha caracterizado al pueblo palenquero como una comunidad unida, resiliente y orgullosa de sus raíces.

Estas actividades se registran en el formato de acta de la subred que describa el desarrollo de los aspectos antes mencionados y se contara como una unidad de la acción de bienestar.

6.8. Tabla resumen de la acción de bienestar:

Nombre de la actividad	Periodicidad	Perfiles del talento humano	Entregables
Acciones Propias de Medicina Ancestral	Mensual	Profesional Universitario 2 (Operativo) Enfermera y Psicología Técnico 1: técnico ambiental Gestor comunitario Comadrona o partera Sabedor	-Formato de sesiones colectivas diligenciadas con criterios de calidad y completitud. -Herramienta en aplicativo en línea *GTAPS-SDS* de acciones colectivas diligenciadas con criterios de calidad y completitud
Topetamiento	Mensual	Profesional Universitario 2 (Operativo) Enfermera y Psicología Técnico 1: técnico ambiental Gestor comunitario Comadrona o partera Sabedor	- Formato de sesiones colectivas diligenciadas con criterios de calidad y completitud. -Herramienta en aplicativo en línea *GTAPS-SDS* de acciones colectivas diligenciadas con criterios de calidad y completitud

7. Acción de Bienestar 43 y 44. Gestión Integral del riesgo en familias indígenas Emberá - Subred Norte/Centro Oriente

7.1. Conceptualización de los elementos centrales de la acción de bienestar o acción de gestión para el bienestar

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

> El conflicto armado interno, el cual los ha vinculado con hechos como: Reclutamiento forzado; invasión de sus resguardos para hacerlos territorios de combate; instrumentalización a la comunidad para servir a algunos de los grupos

armados; violencia sexual hacia las mujeres, niños y niñas; disputa y control de los territorios indígenas como medio para el transporte del narcotráfico; confinamiento en sus territorios, y obstrucción para el libre desplazamiento por instalación de minas, cercos y horarios específicos para transitar.

Abandono del Estado colombiano en asuntos como: Salubridad (no hay acceso a agua potable); educación (no hay escuelas adecuadas ni en infraestructura ni con programas de educación propia); apoyo a unidades productivas (no hay vías para transportar y comercializar los productos de la comunidad); imposición de los monocultivos (obligatoriedad de uso de semillas genéticamente modificadas en los territorios); control de territorios por parte de multinacionales con intereses en recursos naturales estratégicos.

Contexto normativo para la atención de la población indígena Embera

Internacional:

- ***Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT)*** *es el principal instrumento internacional jurídicamente vinculante sobre los derechos de los pueblos indígenas y tribales. Fue adoptado en Ginebra en 1989 y aprobado en Colombia mediante la Ley 21 del 4 de marzo de 1991.*

Nacional:

- ***Ley 21 de 1991,*** *reconoce que los pueblos indígenas y tribales son sujetos colectivos de derechos, con identidad cultural propia, y establece obligaciones al Estado para garantizar su autonomía, participación y protección integral.*

- ***Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031*** *fue adoptado mediante la Resolución 1035 de 2022, que incluye capítulos diferenciales, entre ellos el capítulo indígena para pueblos y comunidades indígenas de Colombia, donde, reconoce que los pueblos indígenas son sujetos colectivos de derechos y, por tanto, requieren un tratamiento diferencial que respete su cosmovisión, autonomía, medicina tradicional, gobierno propio y sistemas propios de salud*

- **Auto 004 de 2009 de la Corte Constitucional:** (Nación) que diseñen e implementen, dentro de sus respectivas órbitas de competencia, un Programa de Garantía de los Derechos de los Pueblos Indígenas Afectados Por el Desplazamiento

- **Auto 051 DE 2013 de la Corte Constitucional:** Solicitud de información sobre las medidas adoptadas para atender a las comunidades indígenas Embera Katío (Chocó) y Embera Chamí (Risaralda) que se encuentran desplazadas en la ciudad de Bogotá

- **AUTO 922 DE 2021 de la Corte Constitucional:** Solicitud de iniciar un incidente de desacato por el presunto desconocimiento de los Autos 004 y 008 de 2009, 051 de 2013, 266 de 2017 y 149 de 2020. Articulo 2: Vincula a la Alcaldía Mayor

al trámite de la solicitud presentada por la Asociación del Pueblo Emberá Katío del Chocó

Distrital:

- ***Decreto 412 de 2011*** *se expide ante una crisis sanitaria que afectaba a la población indígena Embera residente en Bogotá. La Alcaldesa Mayor declara la Situación de Emergencia Distrital Sanitaria para permitir la adopción inmediata de medidas excepcionales.*

- ***Resolución 146 de 2021 (31 de marzo de 2021)*** *"Por medio de la cual se establece un procedimiento para atender, con ocasión de la Emergencia Social y Económica decretada por causa del COVID-19, a la población Emberá en Bogotá, víctima del conflicto armado."*

- ***Resolución 1207 del 26 de mayo de 2023*** *fue expedida por la Secretaría Distrital de Salud y ordenó la clausura temporal y total de la UPI La Rioja, un espacio utilizado como alojamiento temporal de población indígena Embera en Bogotá*

- ***Decreto 360 de 2025*** *adopta las medidas necesarias para dar cumplimiento al fallo de tutela con radicado 11001-33-42-057-2025-00107-01, relacionado con la protección de derechos fundamentales de la comunidad indígena Emberá asentada en la UPI "La Rioja*

En perspectiva de Línea de tiempo, se identifican momentos clave que determinaron los desplazamientos y movimientos poblacionales en términos de asentamientos y alojamientos:

Desde una perspectiva temporal, se identifican los siguientes hitos que han determinado los movimientos poblacionales, procesos de asentamiento y dinámicas de alojamiento de la población indígena Emberá (Katio, Chamí y Dóbida) en Bogotá:

- **Septiembre del 2021:** *La población Emberá de las tres comunidades se asentó en el Parque Nacional Enrique Olaya Herrera, en el marco de procesos de desplazamiento hacia la ciudad.*

- **Mayo de 2022:** *Tras un proceso de diálogo y concertación con líderes y lideresas de las comunidades, se acuerda el traslado de la población desde el Parque Nacional hacia las Unidades de Protección Integral (UPI) La Rioja y La Florida.*

- **Septiembre y Octubre del 2023:** *Debido a diferencias internas entre las comunidades alojadas en las UPI La Rioja y La Florida, se generan nuevos desplazamientos:*

  - *En septiembre, parte de la población se traslada al albergue El Buen Samaritano.*
  - *En octubre, se presenta el retorno de población al Parque Nacional Enrique Olaya Herrera.*

- **Septiembre de 2024:** Posterior a acuerdos entre líderes indígenas y gobierno Distrital y Nacional se realiza un retorno a territorio del 90 % de las personas ubicadas en el Parque Nacional, sin embargo. *El 10% restante es reubicado en albergues (Santa Martha, Ocobos, La Lupita y Hogar Fundines) bajo modalidad de integración local.*

- **Diciembre de 2024:** Posterior al retorno del 80% de las personas ubicadas en el albergue Buen Samaritano se trasladan al 20% al albergue Amor Eficaz.

- **Mayo de 2025:** *Parte de la población Emberá que se encontraba en la UPI La Rioja se reasienta nuevamente en el Parque Nacional Enrique Olaya Herrera.*

- ***Septiembre de 2025:*** *Se llevan a cabo procesos de retorno y reubicación:*

  - *Retorno del 90% de la población Emberá asentada en el Parque Nacional.*
  - *Retorno del 70% de la población ubicada en la UPI La Rioja y UPI La Florida.*
  - *El 10% de la población del Parque Nacional es relocalizada bajo modalidad de integración local en la localidad de Ciudad Bolívar.*

- ***Febrero de 2026:*** *La población que se encontraba en el albergue Fundines y en algunos pagadiarios pertenecientes al pueblo Emberá Chamí Jaidrua se asienta en la sede de la Agencia Nacional de Tierras, en una acción de hecho.*

- ***Abril de 2026:*** *Se concreta el retorno del pueblo Emberá Chamí Jaidrua que se encontraba en ocupación de hecho en la Agencia Nacional de Tierras.*

Plan de Atención en Salud a población Indígena Emberá

Por otra parte, para la atención en salud de la población Emberá ubicada en Bogotá, en el marco de las competencias de esta secretaria y en coordinación con los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se desarrolló respuesta organizada dentro de sus competencias y en el marco de lo definido en el Puesto de Mando Unificado (PMU).

En este sentido, el abordaje desde el sector salud se desarrolla a través de cinco (5) líneas estratégicas, orientadas a garantizar la atención integral, oportuna y culturalmente pertinente de esta población:

1. *Se implementan los Equipos MAS Bienestar a tu Hogar con enfoque diferencial étnico, los cuales se articulan con el Plan de Intervenciones Colectivas (PSPIC), particularmente en los componentes de vacunación y vigilancia en salud pública. Estos equipos desarrollan acciones integrales orientadas a la identificación temprana de riesgos, la caracterización de la población, la gestión del riesgo en salud y la atención oportuna, bajo un enfoque intercultural que reconoce las particularidades socioculturales del pueblo Emberá y fortalece la corresponsabilidad institucional.*

2. *Se dispone de una ambulancia adscrita al Programa de Atención Prehospitalaria (APH), con capacidad de respuesta inmediata ante situaciones de urgencia y para el traslado oportuno de pacientes hacia la red de prestadores de servicios de salud. Este componente es coordinado por el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE), encargado de la regulación y articulación de la respuesta prehospitalaria.*

3. *Se desarrollan jornadas de atención en salud con la participación de equipos interdisciplinarios, orientadas a brindar atenciones individuales y colectivas conforme a las necesidades de la población. Estas jornadas permiten realizar valoraciones integrales, identificar casos prioritarios y activar las rutas de atención correspondientes, garantizando una atención humanizada, oportuna y centrada en la persona, la familia y la comunidad.*

4. *Se implementan mesas de participación social en salud, como espacios permanentes de diálogo entre la comunidad Emberá y el sector salud. Estos escenarios están orientados a fortalecer la confianza institucional, promover la corresponsabilidad y facilitar la toma de decisiones informadas. Asimismo, permiten identificar problemáticas prioritarias, realizar seguimiento a compromisos y construir de manera conjunta soluciones acordes con las necesidades de los asentamientos en el Distrito.*

5. *Se adelantan acciones para garantizar la afiliación, regularización y seguimiento en la prestación de los servicios de salud para la población indígena Emberá. Estas acciones incluyen la verificación de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) mediante el cruce de bases de datos como el Registro Único de Víctimas (RUV), la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) y el Comprobador de Derechos de la Secretaría Distrital de Salud. De igual manera, se gestionan afiliaciones de oficio para la población no asegurada, así como procesos de portabilidad y traslado de municipio, de acuerdo con las necesidades de cada caso. Lo anterior permite garantizar la continuidad del aseguramiento, el acceso efectivo a los servicios de salud y la materialización del derecho fundamental a la salud de esta población.*

En conjunto, estas líneas de acción reflejan una respuesta institucional integral, articulada e intercultural, orientada a garantizar condiciones dignas de atención en salud para la población indígena Emberá en el Distrito Capital.

Definiciones claves:

Salud mental (intercultural): Estado de equilibrio y armonía consigo mismo, la comunidad, el territorio y la dimensión espiritual.

Sistema propio de salud: Conjunto de prácticas, autoridades y saberes tradicionales de cada pueblo para cuidar la vida y la armonía.
Sabedor/médico tradicional: Autoridad espiritual y de cuidado con reconocimiento comunitario (p. ej., Mamo, Jaibaná, Payé, The Wala, entre otros).

Pertinencia cultural: Adecuación de los servicios a la cosmovisión, lengua, prácticas y tiempos de la comunidad

7.2. Objetivo General

Desarrollar acciones de identificación y gestión de riesgos en salud, educación en salud, promoción de prácticas para el mantenimiento y preservación del bienestar en la población indígena Emberá, así como gestionar barreras de acceso y trámites relacionados con el acceso a los servicios de salud en el marco de las rutas integrales y procesos relacionados con el aseguramiento en salud.

7.3. Población sujeto de la intervención

Población general con pertenencia étnica indígena Emberá

7.4. Talento humano

Para el desarrollo de las actividades se cuenta con un equipo interdisciplinario compuesto por perfiles como profesionales en enfermería, profesionales psicosociales, gestores de bienestar, gestores ancestrales (gestores, parteras, jaibanas y yerbateros), siendo estos gestores con la característica de tener pertenencia étnica Emberá de los diferentes pueblos y son propuestos por los voceros indígenas

Nota: Teniendo en cuenta las dinámicas de la población, en la cual se movilizan de manera constante entre los diferentes puntos, se podrá tener dentro de los perfiles gestores comunitarios, algunos transversales acorde a la cantidad de personas identificadas en la modalidad de paga diarios, medida de arriendo y albergues temporales con baja presencia de población, dichos gestores no necesariamente deberán ser postulados por los lideres indígenas, sino que al ser transversales, realizaran acciones en los puntos que se requieran.

7.5. Unidad de medida

Avance mensual del plan de acción

7.6. Forma de reporte de ejecución de la acción de bienestar

Comprende el seguimiento a las acciones proyectadas con la población indígena Emberá, durante el periodo del convenio, las cuales están enmarcadas en la línea actualmente establecida y de competencia de los equipos.

7.7. Descripción de la acción de bienestar:

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

Gestora ancestral (Parteras): Conocida por su conocimiento ancestral, realiza entre otras funciones:

- Seguimiento y acompañamiento al comportamiento de las condiciones de salud priorizadas manifestadas en las mujeres, madres gestantes y menores de 5 años
- Orientación en los cuidados de niños recién nacidos.
- Participación en la generación de contenidos de las piezas comunicativas.
- Participación en actividades para la trasmisión de saberes ancestrales.
- Apoyo en las traducciones que se requieran para mitigar barreras del lenguaje
- Acompañamiento en unidades de servicios de salud para citas médicas y urgencias para articular la medicina ancestral con la tradicional.
- Articulación entre la medicina ancestral con la tradicional para la atención integral de la población.
- Disponibilidad para las atenciones que se requieran en el marco de la situación emergente.
- Orientación y educación tradicional de medidas de cuidado y autocuidado para la población conforme a las adecuaciones socioculturales.
- Apoyar en la compra de insumos para realizar actividades desde la medicina ancestral.
- Apoyar los recorridos diarios identificando posibles riesgos en salud.
- Diligenciar formato con usuarios atendidos.

Gestor ancestral (Jaibana): Conocidos por su conocimiento ancestral, realiza entre otras funciones:

- Realizar tratamientos de jaibana y armonizaciones según las necesidades de la población, siendo, en puntos de asentamiento, unidades de servicios de salud o donde se requiera.
- Realizar tratamiento de jaibana y armonizaciones en articulación con la medicina tradicional garantizando el bienestar de la población, siendo, en puntos de asentamiento, unidades de servicios de salud o donde se requiera.
- Seguimiento y acompañamiento al comportamiento de las condiciones de salud priorizadas manifestadas en las personas de la comunidad.
- Orientar los cuidados que recobran importancia en el valor de las familias; participación en la generación de contenidos de las piezas comunicativas y participación en actividades para la trasmisión de saberes ancestrales.
- Preparación de medicina ancestral

- Orientación y educación tradicional de medidas de cuidado y autocuidado para la población conforme a las adecuaciones socioculturales.
- Apoyo en las traducciones que se requieran para mitigar barreras del lenguaje
- Acompañamiento en unidades de servicios de salud para citas médicas y urgencias para articular la medicina ancestral con la tradicional
- Articulación entre la medicina ancestral con la tradicional para la atención integral de la población.
- Disponibilidad para las atenciones que se requieran en el marco de la situación emergente.
- Apoyar en la compra de insumos para realizar actividades desde la medicina ancestral.
- Diligenciar formato con usuarios atendidos.
- Apoyar los recorridos diarios identificando posibles riesgos en salud.

Gestor ancestral: Reconocido por tener un amplio conocimiento de la realidad indígena, de las expresiones culturales, necesidades sociales, adicional a ello facilita el primer contacto con la comunidad en sus diferentes espacios, por lo cual se reitera:

- Acompañamiento constante por parte del mismo a los equipos durante las acciones de tipo familiar, comunitario y acciones con enfoque en medicina ancestral, con el fin de identificar necesidades de gestión y disminución de barreras de accesos a los servicios de salud.
- Identificación y acompañamiento a familias priorizadas (oferta de servicios Distritales)
- Fortalecimiento de enlaces directos de comunicación con los actores estratégicos (sectores-comunidad y lideres).
- Apoyo a perfiles ancestrales y de medicina tradicional.
- Articulación con líderes indígenas para Identificación de nuevas familias.
- Acompañamiento a los usuarios y/o familias en las unidades de servicios de salud.
- Orientación y educación tradicional de medidas de cuidado y autocuidado para la población conforme a las adecuaciones socioculturales.
- Apoyo en las traducciones que se requieran para mitigar barreras del lenguaje.
- Disponibilidad para las atenciones que se requieran en el marco de la situación emergente
- Participación en la generación de contenidos de las piezas comunicativas.
- Participación en actividades para la trasmisión de saberes ancestrales
- Apoyar la demanda inducida, indicar citas médicas y ruta de la salud para traslados de población indígena Emberá.
- Diligenciar formato con usuarios atendidos.

Gestores de Bienestar:

- Realizar recorridos diarios en los puntos de asentamiento para identificación del riesgo, familias nuevas.
- Realizar identificación de las familias ubicadas en cada uno de los puntos de asentamiento, con el apoyo de la herramienta dispuesta para tal fin *(aplicativo en*

línea GTAPS-SDS), con cada uno de los módulos que lo componen acorde a la necesidad de abordaje.

- Definir ruta de atención y/o derivación (valoración en móvil del CRUE, traslados a USS, atención individual por médico o enfermera y atención UAIC)
- Activación de rutas comunitarias, sectoriales e intersectoriales según las situaciones en salud o sociales que se presenten.
- Difundir estrategias de educación en salud pública, con enfoque étnico diferencial para el cuidado de la comunidad, *entre las cuales se encuentran, menores de 5 años con riesgo de desnutrición, personas con sospecha o condición crónica confirmada y demás prioridades que requieran de seguimiento acorde a procesos de planeación.*
- Realiza seguimiento y acompañamiento al comportamiento de las condiciones de salud priorizadas en la comunidad
- Seguimiento a la adherencia a las rutas de promoción y mantenimiento de la salud acorde a ciclo vital de cada una de las familias abordadas.
- Diligenciar las diferentes fuentes de información.
- Realizar seguimientos post egreso hospitalario.
- Realizar demanda inducida para las jornadas de salud, citas médicas, ruta de la salud.
- Realizar entrega de medicamentos según orden médica y explicar al usuario.
- Apoyar con labores administrativas.
- Seguimientos hospitalarios con el fin de verificar condiciones de salud de los usuarios y poder establecer puente de información entre familia, unidad de servicios de salud y usuario.
- Reportar las novedades que se presenten en cada uno de los puntos, a través de acta en especial aquellos casos en que se presenten negativas frente al abordaje, situaciones relevantes frente a traslados en unidad móvil (ambulancia) y los hallazgos o situaciones que se consideren importantes a resaltar.
- Disponibilidad para las atenciones que se requieran en el marco de la situación emergente

Profesional de Enfermería:

- Líder del equipo, encargada de llevar control de la población a abordar por cada uno de los gestores de bienestar y mantener información actualizada de las novedades presentadas en cada punto.
- Participación en las mesas de salud establecidas, según la concertación y delegación que se dé con los líderes indígenas Emberá y las instituciones, en las Unidades de Protección Integral. En caso de que se realice la apertura de estás en los demás puntos se tendrá que realizar la debida participación.
- Realizar mesa de seguimiento a prioridades mínimo 2 veces al mes con el fin de realizar balance de las acciones, estado de salud de las prioridades existentes en el punto, revisión de personas hospitalizadas, personas con egreso hospitalario y demás novedades que requieran gestión, en esta deberá participar el gestor de bienestar que ejecuta atenciones en la UAIC.
- Apoyar ejercicio de barridos por los diferentes puntos de concentración de la población

- Apoyar proceso de identificación familiar de acuerdo con la organización del abordaje en cada uno de los puntos.
- Realizar labores administrativas tales como informes de caso, respuesta a requerimientos de diferentes entes de control o actores externos, entre otros.
- Administración y/o supervisión de medicamentos, para los casos de sífilis gestacional, DNT, IRA y TB.
- Realizar tomar de pruebas rápidas (VIH- sífilis- HB)
- Realizar toma de prueba de embarazo
- Diligenciar las diferentes fuentes de información dispuestas para la acción de bienestar
- Seguimiento pos-egreso del recién nacido con las siguientes frecuencias: 1. Valoración estado de egreso, valoración a los 3 días (verificar y gestionar la consulta recién nacido), seguimiento a la Semana, y seguimiento a los 15 días.

Gestor de bienestar- gestión de barreras en salud:

- Realizar directorio sectorial e intersectorial.
- Acciones para mitigar las barreras de acceso (Afiliaciones, autorizaciones, portabilidades, acompañamientos, entrega de medicamentos, entre otros)
- Seguimientos hospitalarios con el fin de facilitar el puente de comunicación entre familia, unidad de servicios de salud y usuario.
- Apoyar el proceso para documento de identificación de los usuarios
- Apoyar con labores administrativas desarrolladas en las diferentes actividades de la acción de bienestar.
- Realizar recorrido por los puntos de asentamiento para identificar posibles necesidades de la población en términos de acceso y accesibilidad al sistema de salud.
- Disponibilidad para las atenciones que se requieran en el marco de la situación emergente
- Realizar demanda inducida para las jornadas de salud, citas médicas, ruta de la salud.

Psicólogo(a) y perfil social con Enfoque Étnico para el Abordaje de la Salud Mental Individual y Colectiva

- Asistir a las mesas de salud
- Realizar activación de rutas de ICBF e integración social.
- Realizar notificaciones a los subsistemas de vigilancia en salud pública.
- Realizar labores administrativas tales como informes de caso o requerimientos solicitados desde nivel central.
- Disponibilidad para las atenciones que se requieran en el marco de la situación emergente (Primeros auxilios psicológicos)
- Apoyar con labores administrativas desarrolladas en las diferentes actividades de la acción de bienestar.

- Realizar recorrido por los puntos de asentamiento para identificar riesgos socioculturales realizando las articulaciones sectoriales e intersectoriales pertinentes.
- Identificación de riesgos desde la dimensión en salud mental
- Orientación frente a líneas de apoyo psicosocial
- Fortalecer capacidades en los líderes comunitarios y familias para identificación temprana de señales de sufrimiento espiritual, emocional y social.
- Integrar elementos simbólicos y de cosmovisión del pueblo embera en los espacios de atención en salud mental.
- Realizar jornadas de educación para la salud enfocadas a la disminución del estigma hacia los trastornos mentales y hacia quienes buscan atención
- Educación en salud en temáticas relacionadas con la dimensión de salud mental
- Realizar materiales psicopedagógicos en lengua propia y garantizar su difusión en articulación con los gestores ancestrales, parteras, jaibanas y yerbatero.
- Asesoría a las familias y personas con riesgos en salud mental, las cuales deben ser desarrolladas junto con médico tradicional – Jaibana, integrando rituales, prácticas ancestrales y procesos colectivos de sanación.
- Aplicación de tamizajes e instrumentos destinados para la identificación de alertas y riesgos en salud mental.
- Realizar una lectura sociocultural de los riesgos de salud mental presentes en la población indígena Embera
- Promoción de armonías emocionales, espirituales y comunitarias mediante el desarrollo de procesos de sanación colectiva, rituales, mingas de pensamiento y espacios comunitarios de diálogo.
- Realizar educación en prevención del consumo de sustancias psicoactivas y salud mental desde cosmovisiones propias.

Actividad 1. Identificación de riesgos en salud

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

Momento 1. Recorrido por el punto de asentamiento

Recorrido en las Unidades de protección integral (UPI) la Rioja, la Florida, Albergues temporales y Pagadiarios de manera diaria, con el fin de identificar familias o personas nuevas dentro de las mismas e identificar los riesgos en salud de las personas que allí permanecen, en el caso de que no se permita dicho ejercicio por parte de las autoridades étnicas, se deberá dejar registrado en acta de novedades.

Es importante que estos recorridos se realicen por salón, carpa, cambuche o según corresponda, asegurando la búsqueda activa de cada una de las personas que se encuentran en los diferentes puntos y poder visibilizar condiciones propias del lugar en el cual permanecen y desarrollan sus actividades diarias, que representen algún tipo de riesgo para el bienestar y salud de la población.

Nota: *Con el fin de garantizar la identificación oportuna de personas sintomáticas respiratorias, se deberá tener en cuenta las siguientes recomendaciones de cara al abordaje a la población:*

- *Presencia de tos superior a 15 días con o sin expectoración*
- *Sudoración excesiva especialmente en las noches*
- *Pérdida de peso no intencional en corto tiempo*
- *Fiebre intermitente*
- *Falta de apetito, desaliento, dolor de pecho, dificultad respiratoria y expectoración con sangre*
- *Contacto reciente con personas diagnosticadas con tuberculosis sin tratamiento.*

Las personas que cumplan con algún criterio de los anteriormente mencionados se consideran sospechosos para Tuberculosis y deberán ser derivados al servicio de salud asistencial para la confirmación del caso o gestionar el agendamiento de la cita.

- *Para e caso de personas diagnosticadas con VIH, diabetes, hipertensión arterial, EPOC y enfermedades inmunosupresoras, se deberá vigilar la presencia o no se dichos síntomas en los seguimientos realizados y activar la ruta en caso de que cumpla con criterio.*
- *Es indispensable en estos casos, brindar educación en la importancia del uso de tapabocas, etiqueta de tos, lavado de manos y adherencia a los servicios de salud.*

Momento 2. Identificación familiar:

Durante los recorridos diarios realizados en cada uno de los puntos, se deberá validar que las personas captadas se encuentren identificadas en el sistema de información GTAPS, en caso de no ser así se deberá procederá a realizar la valoración para la identificación de riesgos en salud, para así de manera continua ir ingresando dichos registros y poder contar con la cantidad de población ubicada en cada punto en tiempo real, dicha información será registrada por medio de la herramienta dispuesta desde nivel central, la cual corresponde al aplicativo en línea GTAPS-SDS, en los módulos correspondientes y requeridos según la necesidad (identificación inicial o Seguimiento rutinario.

Para el ingreso de la información al aplicativo, se deberá procurar sea ingresada por núcleo familiar, con el fin de poder reconocer el número de familias que se encuentran en cada uno de los puntos, reconociendo las dinámicas propias de la población y los múltiples cambios de conformación familiar y movilización continua entre cada uno de los puntos, en caso de no lograr dicho objetivo, se ingresara por líder comunitario, acorde a la información que entregue cada una de las personas abordadas.

Momento 3. Derivación y gestión del riesgo:

En caso de que las personas valoradas presenten signos de alarma se realizaran las siguientes intervenciones individuales o derivación según aplique (traslado para valoración por móvil disponible en el punto, atenciones individuales por medicina o enfermería y atenciones por la estrategia de la UAIC)

- Niños y niñas entre 3 meses y 5 años que presenten algún signo de alarma o sintomatología de Enfermedad Diarreica Aguda, Infección Respiratoria Aguda, riesgo de desnutrición o desnutrición aguda, se realizara derivación para atención por la estrategia UAIC.
- Menores de 3 meses de edad con signos de alarma se deben remitir directamente a la Unidad Móvil (ambulancia) que se encuentra en cada uno de los puntos.
- Población mayor de 5 años con signos de alarma que requieran valoración de manera prioritaria serán remitidos a la unidad móvil (ambulancia) que se encuentre disponible en cada punto.
- Persona gestante con presencia de signos de alarma de la gestación se deben remitir directamente a la Unidad Móvil (ambulancia) que se encuentra en cada uno de los puntos.
- Persona gestante con sífilis gestacional, no adherente a tratamiento, se realizará la gestión por parte del gestor de bienestar de barreras de acceso y se deberá informar al líder operativo para que un perfil de enfermería de plan de cuidado realice la aplicación de la dosis en el lugar de asentamiento en el que se encuentre la usuaria y su pareja en caso de requerirse.
- Población general sin signos de alarma, pero que requieran de valoración individual de acuerdo al curso de vida, serán agendados para atención por parte del médico del equipo básico extramural en modalidad de conglomerado acorde a la programación de cada punto.
- En casos de menores de edad que requieran atención en salud y progenitores no lo permitan, así como casos de presunto código blanco en menores de edad, la profesional psicosocial o de enfermería deberá activar la ruta correspondiente; para la UPI La Florida con comisaria de Funza al correo de reparto repartocomisarias@funza-cundinamarca.gov.co y para los asentamientos en Bogotá con defensora regional de ICBF para la atención indígena nancy.rivero@icbf.gov.co con copia a la referente de la Subdirección de Gestión y Evaluación de Políticas en salud Publica SMFandino@saludcapital.gov.co y a la referente de Equipos MAS Bienestar a tu hogar MCUseche@saludcapital.gov.co . Además, de realizar informe de situación emergente, el cual se deberá enviar al correo MCUseche@saludcapital.gov.co en las primeras 24 horas posterior al evento y la notificación al subsistema de SIVIM de cada Subred.

- En casos de presentarse violencias en contexto de familia y de género, la profesional psicosocial o de enfermería deberá activar la ruta para la UPI La Florida con comisaria de Funza al correo de reparto repartocomisarias@funza-cundinamarca.gov.co y secretaria de Integración Social jpmoraless@sdis.gov.co quienes son los que realizan atención con las comisarias, para los asentamientos en Bogotá también con secretaria de Integración Social al anterior correo, con copia a la referente de la Subdirección de Gestión y Evaluación de Políticas en salud Publica SMFandino@saludcapital.gov.co y a la referente de Equipos MAS Bienestar a tu hogar MCUseche@saludcapital.gov.co . Además, de realizar informe de situación emergente, el cual se deberá enviar al correo MCUseche@saludcapital.gov.co en las primeras 24 horas posterior al evento y la notificación al subsistema de SIVIM de cada Subred.

- Todos los casos de violencia reportar a la referente de la Subdirección de Gestión y Evaluación de Políticas en salud Publica SMFandino@saludcapital.gov.co y a la referente de Equipos MAS Bienestar a tu hogar MCUseche@saludcapital.gov.co . Además, de realizar informe de situación emergente, el cual se deberá enviar al correo MCUseche@saludcapital.gov.co en las primeras 24 horas posterior al evento y la notificación al subsistema de SIVIM de cada Subred.

- En casos de conducta suicida realizar o validar notificación al subsistema de SISVECOS y reportar a la referente de la Subdirección de Gestión y Evaluación de Políticas en salud Publica SMFandino@saludcapital.gov.co y a la referente de Equipos MAS Bienestar a tu hogar, MCUseche@saludcapital.gov.co. Además, de realizar informe de situación emergente el cual se deberá enviar al correo MCUseche@saludcapital.gov.co en las primeras 24 horas posterior al evento.

Momento 4: Seguimiento del plan de cuidado diferencial

Seguimiento por perfil de enfermería:

- Seguimiento por profesional de enfermería al alta del recién nacido con las siguientes frecuencias: 1. Valoración estado al egreso, Valoración a los 3 días (verificar y gestionar la consulta recién nacido), seguimiento a la Semana, y seguimiento a los 15 días.

- Al egreso hospitalario de los niños y niñas con desnutrición aguda, se deberá realizar acompañamiento a la familia con respecto a las recomendaciones médicas, ordenes de controles médicos, exámenes de laboratorio, tratamiento nutricional, entre otros, suministrados por la IPS que prestó la atención a los/as menores. En ese sentido, ante cualquier barrera en la atención en salud o entrega de tratamiento nutricional, se deberá gestionar la eliminación de las barreras y realizar reporte de la situación y acciones adelantadas a las referentes distritales (*jpbustos@saludcapital.gov.co,* SMFandino@saludcapital.gov.co y mcuseche@saludcapital.gov.co).

- Los seguimientos a los niños y niñas con desnutrición aguda y egreso hospitalario se deberán realizar a diario, verificando la asistencia a las consultas de control y consumo del tratamiento nutricional. Cualquier novedad debe ser reportada a las referentes distritales, así como a ICBF en el caso de identificar vulneración de los derechos de los niños y las niñas.

- En los casos de niños y niñas con desnutrición aguda que quedan bajo disposición del Centro Zonal de ICBF, se deberá informar a las referentes distritales para poder realizar seguimiento al proceso de restablecimiento de derechos por parte de la entidad competente. Así mismo, se deberá informar y registrar en los sistemas de información cuando el niño o niña retorne a la UPI o albergue.

- Mujeres gestantes y mujeres en periodo de puerperio.

- Personas con Enfermedades transmisibles (VIH, Sífilis, Tuberculosis, Malaria, Hepatitis, Sarampión y las demás que se presenten)

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

Seguimiento por perfil de gestor de bienestar:

Teniendo en cuenta las personas ubicadas en cada uno de los puntos, se deberá procurar la distribución proporcional de la población liderada por el líder del equipo (enfermería), de esta manera la población objeto a seguimiento por el perfil de auxiliar de enfermería son:

- Menores de 5 años identificados con riesgo de desnutrición con el fin de validar ganancia de peso, este seguimiento se deberá realizar mínimo 2 veces al mes o máximo las que se requieran acorde a las condiciones de salud presentes.
- Personas con condición crónica diagnosticada (diabetes, hipertensión y EPOC), dichos seguimientos se deberán realizar mínimo 1 vez al mes, con el fin de validar adherencia a controles y tratamiento instaurado.
- Personas con discapacidad – en cualquiera de sus categorías, con seguimiento mínimo cada 2 meses.
- Población general que no presente riesgos en salud materializados, con el fin de promover prácticas de cuidado y autocuidado, validación de necesidades en salud de tipo individual.

Gestores comunitarios: desde su saber propio contribuirán a las acciones de educación en temáticas de salud, notificación de novedades en cada uno de los puntos, apoyo en ejercicios de demanda inducida, dialogo con lideres comunitarios, acompañamientos a los diferentes servicios de salud, entre otros requeridos en el ejercicio de las acciones.

Actividad 2. Seguimiento hospitalario

Momento 1. Seguimiento a usuarios hospitalizados

Dicha actividad será ejecutada por el perfil de gestor de bienestar, quien realizara seguimiento a los usuarios hospitalizados en las diferentes unidades de servicios de salud del distrito con el fin de facilitar proceso de comunicación entre el usuario, la familia y el personal de salud intramural, por lo cual se espera que en cada seguimiento se realice acercamiento no solo al personal médico, para validar la evolución del usuario, sino también acercamiento con el usuario y su familia, con el fin de verificar que la información que se ha entregado por el personal de salud ha sido clara y no se presenten dudas o inconformidades frente a la atención, así como poder validar que la atención contemple el enfoque étnico diferencial.

Estos registros se cargarán de manera diaria acorde a la programación de los recorridos de seguimientos, en la herramienta disponible dese nivel central GTAPS, módulo de seguimiento hospitalario, garantizando el cargue de la totalidad de los seguimientos

realizados. El cual debe incluir un abordaje integral desde el usuario, la familia y personal de salud intrahospitalario para mitigar cualquier tipo de barreras o dificultades durante el proceso de atención.

Los seguimientos estarán supeditados al número de personas hospitalizadas, en caso de aumentar la demanda de casos, se deberá priorizar aquellos usuarios que se encuentren en curso de vida primera infancia e infancia, persona gestante o aquellos que se encuentren en unidades especializadas como unidad de cuidado intensivo- intermedio o por requerimiento de nivel central.

El gestor de bienestar deberá notificar al equipo los egresos hospitalarios y aspectos a tener en cuenta para el respectivo seguimiento post egreso.

En caso de presentarse algún caso puntual que no se pueda gestionar por negativa del usuario, independientemente de la causa, deberá ser informado al perfil de enfermería para que a su vez pueda ser expuesto en las mesas de salud.

Así mismo deberá participar de las reuniones de seguimiento a prioridades lideradas por el perfil de enfermería del equipo para cada uno de los puntos, el cual está proyectado a realizarse 2 veces al mes.

Momento 2. Traducciones, acompañamientos y articulaciones por parte de los gestores con pertenencia étnica

Gestores comunitarios: tendrán como objetivo facilitar la comunicación (traducción) entre la comunidad y los equipos de salud, teniendo en cuenta sus características culturales. Así mismo, desde su saber propio contribuirán a las acciones de educación en temáticas de salud.

Gestores sabedores: Brindar atenciones desde la medicina ancestral por parte de los jaibanás y las parteras en las unidades de servicios de salud a la población con pertenencia étnica que se encuentren hospitalizadas. Es importante aclarar que, dichas atenciones se realizarán posterior al diálogo y concertación con las áreas administrativas de las diferentes unidades de servicios, estas deberán estar soportadas en listado de asistencia, si por la situación de salud de usuario no puede firmar, deberá firmar un testigo (familiar, personal de salud de la IPS, entre otros)

Actividad 3. Apoyo a la gestión sectorial e intersectorial:

Esta actividad será desarrollada principalmente por el perfil gestor de bienestar, dispuesto en cada subred, a continuación, se relacionan algunas de las actividades a desarrollar:

Actividades desarrolladas por el gestor de bienestar para las barreras de acceso en salud:

- Búsqueda de información para la consolidación de directorio de Unidades de Servicios de Salud, Trabajo social y respuesta sectorial e intersectorial, la cual será actualizada de manera quincenal.
- Generarán procesos de diálogo y concertación para que las personas hospitalizadas reciban atención con enfoque diferencial por parte de los perfiles ancestrales, en las diferentes IPS donde se encuentren, así mismo realizar acercamiento con los usuarios y sus familias con el fin de realizar seguimiento a los procesos de comunicación e información de las condiciones de salud, plan de manejo médico y demás que ha sido entregado por la persona de salud intramural.
- Seguimiento a la gestión de barreras de acceso por medio de la matriz Gestión de barreras de acceso dispuesta en DRIVE Distrital.
- Apoyar acciones de contingencias presentadas con la comunidad acorde a planeación
- Trámites relacionados con la entrega de medicamentos y autorización de ordenes médicas, agendamiento y gestión de barreras de acceso a los servicios de salud.
- Acciones de sensibilización y articulación con actores que estén involucrados en la garantía del derecho a la atención en salud de la población, logrando la resolución de las diferentes barreras de acceso y atención para con la población.
- Notificar al equipo los egresos hospitalarios y aspectos relevantes para el respectivo seguimiento post egreso.
- Con relación al proceso de portabilidad de EAPB, se aplicará una vez la persona indique o refiera que realizará proceso de reubicación en el distrito o que se evidencie una permanencia continua en la ciudad de 6 meses.
- Gestión de tramites de documentación personal de la población.
- Apoyar acciones de contingencias presentadas con la comunidad acorde a planeación.

Actividad 4. Jornadas y atenciones en medicina ancestral:

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

Momento 1. Jornadas de salud ancestral:

Realizar una vez al mes jornada de salud ancestral, en cabeza de los perfiles sabedores y con el apoyo del equipo disponible en el punto, en estos se espera procesos de educación, sensibilización y divulgación de prácticas que favorecen el bienestar desde sus usos, costumbres y creencias, allí se podrá hacer uso de insumos ancestrales o medicina tradicional para procesos de armonización o demás que se considere necesario en el espacio comunitario, para esto se deberá garantizar un mínimo de asistencia de *8* personas.

Momento 2. Atenciones de salud ancestral:

De manera continua en el marco de los recorridos que se realizan de manera diaria o por solicitud de la población, referencia o derivación se realizaran atenciones desde la medicina ancestral por medio de los perfiles sabedores (jaibana, partera y yerbatero) acorde a necesidades identificadas en la población, donde, en estas atenciones se realizara uso de los insumos ancestrales, la cual estará definida por el sabedor, además

de esto en caso de identificar riesgos prioritarios en salud deberá informar al profesional de enfermería para realizar la derivación con la medicina occidental, *dichos seguimientos se cargaran en el modulo de sesiones colectivas con los usuarios atendidos de manera semanal y en el campo de relatoría, se consignara la fecha exacta de la valoración.*

Aspectos para considerar:

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

***Derivación para atenciones individuales de medicina:**

El abordaje del profesional de Medicina estará Mediada por dos modalidades; la primera denominada Conglomerado que permite un abordaje diferenciado por las condiciones particulares de la población; en ese sentido debe obedecer a una planeación y concertación previa con líderes indígenas o acuerdos intersectoriales que den respuesta a las necesidades de la población Emberá; por lo cual la periodicidad estará sujeta a los procesos de concertación y acuerdos con las autoridades de los diferentes puntos de asentamiento.

La segunda modalidad obedece a dar respuesta a casos prioritarios de niños y niñas menores de 5 años con clasificación nutricional de Desnutrición aguda moderada sin signos de alarma y que requieran realización de prueba de apetito, además se debe realizar la notificación obligatoria del evento 113. En caso de tener prueba de apetito negativa se deberá articular con la móvil disponible para generar el traslado inmediato. En caso de tener prueba positiva se debe formular FTLC según calculo para el peso y la edad (remitirse a la resolución 2350 de 2020).

Esta segunda modalidad; solo aplica para los niños y niñas con Desnutrición aguda que cumplan criterios de manejo ambulatorio.

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

NOTA: Si se presenta alguna situación que ponga en riesgo la vida y la integridad física, psicológica y/o emocional del personal de salud, se deberá soportar con acta de novedades y en el caso de que se materialice en una agresión o cualquier tipo de violencia la subred deberá realizar tramite de denuncia correspondiente y será remitido el reporte a referentes distritales al correo mcuseche@saludcapital.gov.co.

Derivación para usuarios con necesidad de aplicación tratamiento de sífilis:

En los casos en los cuales se cuente con un usuario (a), con sífilis y el cual se encuentre no adherente al tratamiento, ya sea por dificultad en el desplazamiento al punto de atención o por no adherencia, se deberá:

- Adelantar proceso de sensibilización y educación con el usuario relacionado con el reconocimiento del evento, causas, sintomatología y consecuencias, asi como educación en la importancia de adherencia al tratamiento.
- Verificar acceso al medicamento ordenado con el fin de asegurar la entrega del mismo por medio del operador autorizado desde la EAPB.
- Notificar a líder operativo dicho caso para poder ser activado y derivado a perfil de enfermería que ejecuta actividades en la acción de bienestar del plan de bienestar, para la aplicación de este en la UPI, albergue o punto de asentamiento que corresponda.

Consideraciones relacionadas con el aplicativo:

De manera inicial, por parte del componente geográfico, se deberá asignar el predio correspondiente al punto de asentamiento abordado a cada uno de los equipos.
El equipo indicara cuantas unidades habitacionales (lideres) tiene cada predio para así mismo ser generado desde el componente geográfico.
Una vez creado el predio, cada equipo realizara la confirmación del estado del predio en modulo PREDIOS.
Posterior a esto en el módulo HOGARES, acorde a lo dialogado y por las dinámicas cambiantes de la población, se asignará una unidad habitacional por cada uno de los lideres comunitarios reconocidos, en el cual se ingresarán las personas de la comunidad que se identifican con cada uno de ellos.
Teniendo en cuenta que una unidad habitacional (líder comunitario) puede tener hasta 300 personas o más a cargo se realizarán agrupaciones de dicha población en subgrupos de a 15, los cuales estarán divididos por el complemento denominado SALON, de esta manera los primeros 15 identificados pertenecerán al salón 1, los 15 siguientes al salón 2 y así sucesivamente, lo anterior permitirá tener un mejor manejo de la herramienta.
Luego de ser creadas los salones, se realizará el diligenciamiento del formulario acorde a la actividad desarrollada.

Actividad 5. Identificación de riesgo, educación y acciones desde la salud psicosocial:

Teniendo en cuenta las dinámicas propias de la población indígena Embera en contexto urbano y la presencia de riesgos latentes que afectan su bienestar, resulta necesario implementar acciones orientadas a la identificación oportuna de situaciones que comprometen la salud mental. En particular, se ha evidenciado un incremento significativo en la ocurrencia de eventos relacionados con conductas suicidas, tales como ideación, intento y suicidio consumado.

Este comportamiento creciente se asocia, entre otros factores, a la insuficiencia o ausencia de redes de apoyo efectivas, así como a la falta de reconocimiento de las mismas por parte de los usuarios. Lo anterior exige que los profesionales encargados

fortalezcan los procesos de acompañamiento, orientación y activación de rutas de intervención, garantizando que las personas accedan a mecanismos oportunos de apoyo psicosocial e institucional.

En este sentido, se hace indispensable desarrollar estrategias de tamizaje, seguimiento y articulación interinstitucional que permitan identificar tempranamente los riesgos, reducir la vulnerabilidad y promover entornos protectores a nivel individual, familiar y comunitario.

Esta actividad será operada por dos perfiles psicosociales, los cuales podrán estar conformados con un psicólogo y un perfil social, quienes desarrollarán las estrategias dispuestas desde nivel central, las cuales serán definidas por medio de mesas de expertos y mesas técnicas de trabajo y las cuales serán socializadas una vez se definan, entre las actividades ya proyectadas se encuentran:

Momento1. Identificación del riesgo en salud psicosocial para la población indígena Embera en contexto de ciudad:

La identificación del riesgo en salud psicosocial para pueblos indígenas debe partir de un enfoque diferencial, intercultural y territorial, reconociendo que los determinantes, las manifestaciones del sufrimiento, las dinámicas comunitarias y las rutas de atención no son equivalentes a las de la población general. En el caso de la población indígena Embera asentada en contexto de ciudad, esta fase es crucial para comprender los riesgos psico-socio-culturales derivados del desplazamiento, la ruptura territorial, la discriminación, el hacinamiento y la desarticulación del tejido comunitario.

A continuación, se describen las acciones clave del proceso de identificación del riesgo:

1. **Recorridos en los asentamientos:** Realizar recorridos por los puntos de asentamiento (refugios temporales, espacios públicos y zonas de concentración), con el fin de identificar riesgos psico-socio-culturales y condiciones que afectan la salud mental, tales como hacinamiento, tensiones comunitarias, consumo de SPA, violencias, barreras de comunicación y pérdida de prácticas tradicionales.

2. **Diagnóstico psico-socio-cultural de riesgos**: Desarrollar un (1) diagnóstico psico-socio-cultural que permita identificar riesgos individuales, familiares y comunitarios presentes en la población Embera, integrando elementos como: Territorio de origen y trayectorias de desplazamiento; organización interna, roles y autoridades; prácticas tradicionales afectadas; cambios lingüísticos y barreras de comunicación; expresiones culturales del sufrimiento emocional; afectaciones colectivas derivadas del entorno urbano. Este diagnóstico debe construirse mediante técnicas interculturales como círculos de palabra, entrevistas en lengua propia, observación comunitaria, cartografía social y coordinación con sabedores o mayores. Además, se deberá enviar diagnostico preliminar a las referentes de Secretaria Distrital de Salud a los siguientes correos (SMFandino@saludcapital.gov.co y mcuseche@saludcapital.gov.co) a los tres (3) meses posteriores al inicio de actividades de los perfiles psicosociales, con el fin de realizar retroalimentación y orientaciones frente al avance y la entrega final del diagnóstico será a los 8 meses de desarrollo del mismo con el fin de dar concepto

favorable, esta será desarrollada en la estructura remitida desde nivel central y sero construida porlos profesionales psicosociales de las dos subredes.

3. **Aplicación de tamizajes e instrumentos de identificación**:

- Aplicar tamizajes psicosociales adaptados culturalmente, destinados a la identificación temprana de alertas y riesgos psicosociales, incluyendo señales de riesgo suicida, consumo de sustancias, violencias, ansiedad, depresión y afectaciones psicoemocionales vinculadas al desarraigo.
- Complementar el tamizaje occidental con instrumentos comunitarios o preguntas culturalmente pertinentes que permitan reconocer signos de desarmonía espiritual, rupturas en la organización social o conflictos internos que, según la cosmovisión Embera, pueden manifestarse como malestar emocional o espiritual.
- Consolidar los resultados para orientar acciones de contención, acompañamiento, articulación con liderazgos propios, y remisiones a servicios de salud o a sabedores/as según corresponda.

4. **Gestionar articulaciones sectoriales e intersectoriales:** con actores como salud, educación, protección social, integración social, secretaria distrital de gobierno, gestores étnicos y autoridades indígenas, garantizando una aproximación organizada, respetuosa y pertinente desde el enfoque intercultural.

Momento 2. Atención a la persona, familia y comunidad desde el enfoque psicosocial para la Población Embera en contexto de ciudad: Articulación entre Medicina Occidental y Saberes Ancestrales

El abordaje al individuo psicosocial para la población Emberá en contexto de ciudad requiere un enfoque diferencial e intercultural, debido a las profundas transformaciones identitarias, lingüísticas, espirituales y comunitarias que esta población enfrenta tras su desplazamiento forzado desde los territorios ancestrales hacia entornos urbanos como Bogotá.

Por consiguiente, dicho abordaje debe orientarse a garantizar un proceso de escucha, contención y acompañamiento integral que reconozca la cosmovisión Embera y permita que las explicaciones tradicionales del malestar coexistan con la valoración clínica occidental. Esto implica respetar la lengua propia, facilitar la participación de sabedores y autoridades tradicionales, comprender las manifestaciones culturales del sufrimiento emocional y adaptar las intervenciones para que sean congruentes con la espiritualidad, los roles comunitarios y las prácticas rituales propias del pueblo Embera.

Por otro lado, la articulación entre medicina occidental y saberes ancestrales no es solo una buena práctica, sino una necesidad técnica, ética y cultural para garantizar una atención efectiva, comprensiva y respetuosa, que responda tanto a los signos clínicos como a las interpretaciones espirituales y comunitarias del malestar. El trabajo conjunto entre ambos sistemas fortalece la salud, la confianza y la restauración del equilibrio integral de las personas Embera en contexto urbano.

A continuación, se describen las acciones operativas que orientan el abordaje al individuo como primer respondiente:

- **Disponibilidad para el abordaje en el marco de situaciones emergentes (Primeros Auxilios Psicológicos):** Brindar contención emocional, escucha activa y estabilización inicial, respetando la cosmovisión Embera y evitando prácticas que puedan generar daño cultural.

- **Orientación frente a líneas de apoyo psicosocial:** Informar a la persona, su familia o autoridad tradicional sobre los canales de apoyo disponibles, incluidos equipos psicosociales territoriales, líneas telefónicas y acompañamientos interculturales.

- **Realizar notificaciones a los subsistemas de vigilancia en salud pública:** Registrar los casos pertinentes en los sistemas aplicables (SIVIM, SISVECOS Y VESPA), garantizando un manejo respetuoso de la información.

- **Seguimiento a usuarios con situaciones de tipo psicosoacial:** Realizar acompañamiento periódico, mediante seguimiento o contactos con referentes comunitarios para valorar la evolución del estado emocional y activar nuevas acciones cuando sea necesario.

- **Establecer modalidad de orientación compartida entre los perfiles psicosociales y sabedor ancestral:** Coordinar sesiones conjuntas que integren rituales, prácticas ancestrales y procesos colectivos de sanación, con intervenciones de primer respondiente en salud mental, respetando los tiempos, espacios y decisiones de la comunidad.

- **Activación de rutas de atención primaria que integren medicina tradicional y medicina occidental:** movilizar y educar frente al acceso a servicios en salud como psicología, psiquiatría, medicina general o urgencias, fomentando la articulación “cuando la comunidad así lo decida” con procesos espirituales, armonizaciones o acompañamientos propios.

- **Asesoría a las familias y personas con riesgos psicosociales:** Brindar orientación sobre señales de alerta, estrategias de autocuidado culturalmente pertinentes, mecanismos de apoyo comunitario y procedimientos para acceder a atención integral.

- **Adecuar espacios de abordaje psicosocial incorporando elementos simbólicos y de cosmovisión Embera**: Garantizar que los espacios utilizados respeten la organización cultural, la privacidad, los objetos rituales y las necesidades espirituales, reconociendo que el territorio incluso en ciudad tiene un significado profundo para la comunidad.

- **Promover el fortalecimiento de redes de apoyo comunitario:** Impulsar acciones que refuercen los vínculos entre familias, liderazgos, mujeres, jóvenes y mayores, reconociendo que en el contexto urbano estas redes pueden debilitarse debido al desarraigo, el hacinamiento y la fragmentación de los asentamientos

Momento 3. Jornadas de educación para la salud psicosocial articulando los saberes ancestrales

Las jornadas de educación en salud psicosocial dirigidas a la población Embera en contexto de ciudad constituyen un componente fundamental para fortalecer la prevención, el autocuidado, la cohesión comunitaria y el restablecimiento del equilibrio colectivo. Estas acciones responden a los efectos del desplazamiento, la fractura cultural, la discriminación, las tensiones comunitarias y los cambios en las prácticas espirituales que se han documentado en la comunidad Embera tras su llegada a ciudades como Bogotá, donde experimentan transformaciones identitarias, lingüísticas y organizativas que impactan su bienestar emocional y social.

A continuación, se describen las acciones operativas que orientan el desarrollo de las jornadas psicosociales:

- **Jornadas de educación para disminuir el estigma frente a los trastornos mentales y hacia quienes buscan atención e identificación temprana de señales de sufrimiento espiritual, emocional y socia**: Realizar una (1) jornada al mes con mínimo de ocho *(8)* personas, propiciando espacios participativos que permitan aclarar conceptos, derribar estigmas y fortalecer la confianza en los servicios de salud, articulando explicaciones ancestrales y biomédicas del malestar emocional, facilitando actividades como rituales de equilibrio, mingas de pensamiento, cantos tradicionales, danzas y espacios comunitarios de diálogo, considerando que estas prácticas fortalecen el tejido social y la identidad cultural afectada por el desplazamiento.

- **Jornada para promover armonías emocionales, espirituales y comunitarias mediante procesos de sanación colectiva**: Realizar una (1) jornada al mes con mínimo de ocho *(8)* participantes donde se faciliten actividades como rituales de equilibrio, mingas de pensamiento, cantos tradicionales, danzas y espacios comunitarios de diálogo, considerando que estas prácticas fortalecen el tejido social y la identidad cultural afectada por el desplazamiento.

- **Elaborar materiales psicopedagógicos en lengua propia y garantizar su difusión en articulación con los gestores ancestrales, parteras, jaibanás y yerbateros:** Desarrollar materiales educativos y psicopedagógicos en lengua Embera, utilizando formatos orales, visuales y escritos que resulten culturalmente pertinentes para la comunidad y se difundan en los diferentes espacios y atenciones.

7.8. Tabla resumen de la acción de bienestar:

Nombre de la actividad	Periodicidad	Perfiles del talento humano	Entregables

Identificación de riesgos en salud	Diaria y/o acorde las dinámicas o demandas de la operación con relación a familias nuevas identificadas en los recorridos	Profesional Universitario 2 (Operativo), en enfermería, perfil psicosocial Técnicos: Gestores en salud Gestores ancestrales (gestor comunitario, jaibana, partera, yerbatero) *Acorde a conformación de los equipos	-Herramienta en aplicativo en línea **GTAPS-SDS** formularios abordaje Emberá, diligenciadas con criterios de calidad y completitud. -Acta de novedades en los diferentes puntos en caso de presentarse, cargadas en DRIVE distrital. -Matriz reporte diario en cada uno de los puntos cargado en el Drive Distrital con registro diario acorde a las prioridades identificadas en el recorrido. -Informe ejecutivo de situaciones emergentes en caso de presentarse, enviarlos a los correos relacionados en aspectos a considerar. (a cargo de todo el equipo). -Ficha de notificación a los subsistemas de vigilancia -Correo de reporte institucional de casos de violencia y conductas suicidas -Acta de reunión seguimiento a prioridades. -Acta de participación en mesas de salud en caso de que se asigne algún representante del equipo.
Seguimiento hospitalario	Diaria y/o acorde a las dinámicas o demandas de la operación.	1 profesional Universitario 2 (Operativo): rabajador social-psicología o de las ciencias sociales para cada subred técnico: Gestor en salud para cada subred Gestores ancestrales Jaibanas, yerbateros, Parteras *Acorde a conformación de los equipos	-Herramienta en aplicativo en línea **GTAPS-SDS** formulario seguimiento hospitalario abordaje Emberá, diligenciadas con criterios de calidad y completitud. -Planilla de firmas de atenciones desde la medicina ancestral.
Apoyo a la gestión sectorial e intersectorial	Diaria y/o acorde las dinámicas o demandas de la operación. y para la jornada de educación	1 profesional Universitario 2 (Operativo): Perfil psicosocial.	-Matriz de seguimiento en gestión de barreras de acceso y atención cargada en el Drive Distrital de manera mensual. -Directorio Unidades de Servicios de Salud, Trabajo social y enlaces intersectoriales,

	para la salud una.	1 técnico: Gestor de bienestar (Centro Oriente) *Acorde a conformación de los equipos	cargado en Drive Distrital de manera mensual.
Jornadas y atenciones en medicina ancestral	Diaria y/o acorde las dinámicas o demandas de la operación para las atenciones de medicina ancestral y para las jornadas de salud ancestral una.	Gestores ancestrales (parteras, jaibanas y yerbateros) Gestor de bienestar *Acorde a conformación de los equipos	-Archivo plano de formulario sesiones colectivas aplicativo GTAPS con registro de la sesión educativa desarrollada por perfiles ancestrales. - Formato de sesiones colectivas diligenciadas con criterios de calidad y completitud.
Identificación de riesgo, educación y acciones desde la salud psicosocial	Diaria y/o acorde las dinámicas o demandas de la operación	2 perfiles 1 profesional en psicología 1 profesional social	- Archivo plano de formulario sesiones colectivas aplicativo GTAPS con registro de la sesión educativa desarrollada por perfil psicosocial. - Formato de sesiones colectivas diligenciadas con criterios de calidad y completitud. -Herramienta en aplicativo en línea **GTAPS-SDS** formularios abordaje Emberá, diligenciadas con criterios de calidad y completitud. (una vez definida y socializada desde nivel central) -Matriz reporte diario en cada uno de los puntos cargado en el Drive Distrital con registro diario acorde a las prioridades identificadas en el recorrido. -Tamizaje psicosocial una vez definido y orientado desde nivel central. Un (1) diagnostico psico-social-cultural de riesgo por el periodo del convenio. -Fichas de notificación a los subsistemas de vigilancia en eventos de interés en salud pública. -Acta de participación en mesas de salud en caso de que se asigne algún representante del equipo
	Cuatrimestral	2 perfiles 1 profesional en psicología 1 profesional social	-Materiales psicopedagógicos en lengua propia pueden ser orales, visuales o escritos.

8. Acción de Bienestar 45 y 46. Acciones promocionales Estrategia Unidad de atención integral comunitaria (UAIC)- Norte- Centro oriente

8.1. Conceptualización de los elementos centrales de la acción de bienestar o acción de gestión para el bienestar

La Unidad de Atención Integral Comunitaria (UAIC) es una estrategia orientada a prevenir la morbilidad y mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA), Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), Desnutrición Aguda (DNTA) y riesgo de Desnutrición Aguda en la población infantil.

Los niños y niñas menores de cinco años son especialmente vulnerables a estas condiciones, cuya gravedad se incrementa cuando están expuestos a factores ambientales, culturales, económicos y determinantes sociales de la salud, tales como pobreza, hacinamiento, bajo nivel educativo de padres y cuidadores, desconocimiento de medidas preventivas y signos de alarma, inequidades en el acceso a los servicios de salud y barreras idiomáticas. Ante este panorama, la UAIC se plantea como una respuesta para reducir la morbimortalidad asociada a estos eventos, con los siguientes objetivos:

- Brindar atención básica en salud a niños y niñas de 3 meses a 5 años con síntomas de EDA, IRA o desnutrición aguda, identificando factores de riesgo o signos de alarma que requieran remisión inmediata y sin barreras de acceso a la IPS de su red más cercana.
- Educar a madres, padres, cuidadores, familias y comunidad sobre el cuidado infantil, medidas de prevención, factores de riesgo, manejo en el hogar y signos de alarma de la IRA y la EDA en niños de 3 meses a 5 años; así como sobre el riesgo y la atención de la DNTA en niños y niñas de 6 meses a 5 años, de acuerdo con la estrategia AIEPI comunitario.

Según el lineamiento de atención comunitaria del Ministerio de Salud, la UAIC suele implementarse en zonas rurales donde el acceso a servicios de salud de baja complejidad es limitado. No obstante, también puede establecerse en contextos urbanos que presenten barreras de acceso y condiciones de vulnerabilidad similares.

Adicional, es relevante mencionar que, debido al riesgo de mortalidad asociado a la desnutrición aguda, se hace prioritario incluir la identificación y manejo oportuno del riesgo de desnutrición aguda en los niños y niñas menores de 5 años. Esta acción no solo contribuye a prevenir complicaciones graves, sino que también permite activar de forma inmediata las rutas de atención, garantizar el seguimiento continuo y orientar a las familias en prácticas adecuadas de alimentación y cuidado infantil.

Definiciones:

AIEPI Comunitario: es una estrategia que tiene como finalidad disminuir la mortalidad y la morbilidad de los niños entre los cero y cinco años, y mejorar la calidad de la atención que reciben en los servicios de salud y en el hogar en su componente comunitario.

Enfermedad Diarreica Aguda (EDA): Eliminación de tres o más deposiciones o cambios en la consistencia de estas en un periodo de 24 horas. Cuya etiología principalmente es de origen viral, pero puede ser causa por Bacterias y Parásitos, cuya principal complicación por la pérdida de líquidos es la deshidratación

Infección respiratoria aguda (IRA): Enfermedad que se produce en el aparato respiratorio, causada por diferentes microorganismos como virus y bacterias, que comienza de forma repentina y dura menos de 2 semanas. En general son leves (congestión nasal, rinorrea hialina, fiebre, tos), pero dependiendo del estado nutricional o de otros factores, pueden complicarse, llegando a ser neumonía y amenazar la vida. En niños menores de 5 años, el 95 % de los casos la causa de la infección es por virus.

Lavado de manos: es la frotación vigorosa de las manos previamente enjabonadas, seguida de un aclarado con agua abundante, con el fin de eliminar la suciedad, materia orgánica, flora transitoria y residente, y así evitar la transmisión de estos microorganismos de persona a persona

Lactancia Materna Exclusiva LME: según UNICEF es un tipo de alimentación que consiste en que el bebé solo reciba leche materna y ningún otro alimento sólido o líquido a excepción de soluciones rehidratantes, vitaminas, minerales o medicamentos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF recomiendan que esta se mantenga durante los primeros seis meses de vida y se sugiere que Higiene: conjunto de cuidados que necesita nuestro cuerpo para aumentar su vitalidad y mantenerse en un estado saludable. Es el concepto básico de aseo, limpieza y cuidado de nuestro cuerpo

8.2. Objetivo General

Fortalecer la identificación temprana, el manejo oportuno y las prácticas de prevención frente a la infección respiratoria aguda, la enfermedad diarreica aguda, la desnutrición aguda y el riesgo de desnutrición aguda, en niños y niñas menores de cinco años de la comunidad indígena Emberá, mediante la implementación de la Unidad de Atención Integral Comunitaria (UAIC) y procesos de educación comunitaria dirigidos a madres, padres, cuidadores y familias.

8.3. Población sujeto de la intervención

Población del curso de vida primera infancia con pertenencia étnica indígena Emberá

8.4. Talento humano

Las actividades establecidas en la acción de bienestar serán desarrolladas por el perfil de gestor de bienestar, desde la subred norte 1 y subred centro oriente 2.

8.5. Unidad de medida

Avance a plan de acción

8.6. Forma de reporte de ejecución de la acción de bienestar

Comprende el seguimiento a las acciones desarrolladas con la población correspondiente al curso de vida de primera infancia indígena Emberá durante el periodo del convenio, lo anterior acorde al plan de acción establecido para la vigencia.

8.7. Descripción de la acción de bienestar:

La acción de bienestar "Unidad de Atención Integral Comunitaria (UAIC)" está orientada a prevenir y reducir la morbilidad y mortalidad en niños y niñas de 3 meses a 5 años pertenecientes a la comunidad indígena Emberá, afectados por infección respiratoria aguda (IRA), enfermedad diarreica aguda (EDA), desnutrición aguda (DNTA) o riesgo de desnutrición aguda. La estrategia combina la valoración clínica inicial, el manejo básico de la sintomatología y la educación comunitaria, articulando la medicina tradicional con la atención occidental para garantizar un abordaje culturalmente pertinente. Las intervenciones se desarrollan en las zonas de permanencia de la comunidad indígena Emberá, priorizando la identificación temprana de signos de alarma, la referencia oportuna a servicios de salud y el seguimiento cercano de los casos, con el fin de minimizar complicaciones y facilitar el acceso efectivo a la atención.

De manera complementaria, la UAIC incorpora actividades de educación para la salud dirigidas a madres, padres, cuidadores y líderes comunitarios, enfocadas en medidas de prevención, factores de riesgo, manejo en casa y reconocimiento de signos de alarma, utilizando herramientas educativas en español y lengua Emberá. Estas acciones incluyen la implementación de las 18 prácticas clave de la estrategia AIEPI comunitario, desarrolladas en jornadas colectivas y adaptadas al contexto cultural de la comunidad.

La combinación de atención clínica, acompañamiento familiar y educación participativa fortalece la capacidad comunitaria para el cuidado infantil y contribuye a mejorar las condiciones de salud y nutrición de la población menor de cinco años.

Actividad 1. Atención individual en la UAIC

Momento 1. Valoración inicial

El técnico auxiliar de enfermería realizará la valoración de los niños y niñas entre 3 meses a 5 años, 11 meses, 29 días, que presenten enfermedad diarreica aguda, enfermedad respiratoria aguda, riesgo de desnutrición y /o desnutrición aguda, derivados por alguno de los perfiles del equipo de abordaje a población Emberá, por búsqueda activa en los diferentes puntos de ubicación de la población o por remisión de nivel central.

Criterios de abordaje:

- Niños o niñas entre 3 meses y 5 años cursando con infección respiratoria aguda o enfermedad diarreica.
- Niños y niñas desde los 3 meses hasta los 5 años con Riesgo de Desnutrición Aguda o DNTA Moderada o Severa.
- Los niños y niñas con tratamiento médico y egreso hospitalario reciente relacionados con IRA, EDA y DNTA.

Criterios de exclusión de atención por UAIC:

- El niño o la niña menor de 3 meses.
- El niño o la niña mayor de 5 años.
- El niño o la niña entre los 3 meses y 5 años que presente síntomas diferentes a IRA, EDA, Riesgo de DNTA o DNTA.

NOTA: Si se trata de un niño o niña menor de 3 meses que presente fiebre, síntomas respiratorios o diarrea, debe ser remitido de inmediato a la móvil disponible en el punto para recibir atención médica.

En el marco de la atención individual en la UAIC, el gestor de bienestar desarrollará las siguientes actividades:

- Articulación inmediata con medicina tradicional para iniciar manejo por Jaibana de manera conjunta con medicina occidental
- *Diligenciamiento oportuno y con calidad de la atención en la herramienta de UAIC dispuesto en el aplicativo GTAPS-SDS.*
- Verificación de signos vitales: Frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura, saturación de oxígeno.
- Valoración antropométrica: peso, talla, perímetro braquial (en niños y niñas mayores de 6 meses hasta los 59 meses) y realizar clasificación nutricional de inmediato (para niños y niñas menores de 5 años usar indicadores de peso para la talla y talla para la edad) a través del aplicativo ANTHRO PLUS/ ANTHRO CAL o del aplicativo GTAPS-SDS, interpretando adecuadamente el Z-SCORE (ver Cuadro 1).

  Con el fin de poder llevar seguimiento del estado nutricional de los menores, de cara a los padres y cuidadores, en los casos en los cuales ingrese a la estrategia por criterio de riesgo de desnutriciòn, se deberá diligenciar rejilla de peso para la talla dispuesta en la resolución 2465 de 2016, la cual deberá contener el nombre del menor y registro de las diferentes tomas de medidas antropométricas las cuales serán de uso educativo y de sensibilización a los padres de familia y cuidadores.

Tabla 2. **Clasificación antropométrica del estado nutricional para niñas y niños menores de 5 años, según indicador y puntos de corte.**

Indicador	Punto de corte (desviaciones estándar DE)	Clasificación nutricional
Peso para la talla (P/T)	>+3	Obesidad
	> +2 a ≤ +3	Sobrepeso
	> +1 a ≤ +2	Riesgo de sobrepeso
	≥ -1 a ≤ +1	Peso adecuado para la talla
	≥ -2 a < -1	Riesgo de desnutrición aguda
	< -2 a ≥ -3	**Desnutrición aguda moderada**
	< -3	**Desnutrición aguda severa**

Talla para la edad (T/E)	≥ -1	Talla adecuada para la edad
	≥ -2 a < -1	Riesgo de talla baja
	< -2	Talla baja para la edad o retraso en talla
Perímetro cefálico para la edad (PC/E)	> +2	Factor de Riesgo para el Neurodesarrollo
	≥ -2 a ≤ 2	Normal
	< -2	Factor de Riesgo para el Neurodesarrollo

Fuente: Resolución 2465 de 2016.

Perímetro del brazo. Es una medida complementaria a los indicadores antropométricos descritos, está indicada en todos los niños y niñas desde los 6 hasta los 59 meses de edad y está asociada a riesgo de muerte por desnutrición. Si el niño o niña tiene menos de 11,5 centímetros en el perímetro del brazo, debe recibir las atenciones descritas en la ruta específica y el lineamiento de atención integrada a la desnutrición aguda (Resolución 2350 de 2020). La medición del perímetro del brazo no reemplaza la toma de peso y talla, por lo cual se considera un criterio independiente y complementario a la clasificación antropométrica nutricional.

Adicional, durante la toma de medidas antropométricas se debe realizar la verificación de signos clínicos de desnutrición en niños y niñas menores de 5 años. Para esto, se identificará la presencia de:

Signos físicos:

- Cabello seco, quebradizo y con cambio de color por capas (signo de la bandera)
- Piel seca áspera o escamosa.
- Abdomen inflamado o abultado y costillas que se marcan en el tórax.
- Palmas de las manos y plantas de los pies pálidas.
- Cuadros gastrointestinales y respiratorios frecuentes.
- El rostro luce hinchado y pálido, los ojos permanecen hundidos.
- Piernas y brazos visiblemente delgados o por el contrario inflamados dejando huella en la piel cuando se ejerce presión con un dedo (edema)
- El niño o la niña se ve más delgado o cuando se carga se siente más liviano

Cambios en el comportamiento:

- El niño o la niña esta desganado**,** luce fatigado o ha perdido interés en el juego**.** Permanece quieto y sin ánimo.
- Está inapetente y se niega recibir leche materna u otros alimentos, dependiendo su edad.
- Llora excesivamente y con frecuencia, permanece irritable
- Teniendo en cuenta lo anterior, en cada valoración se debe indagar los **signos de peligro**. En caso de presentarlos, los niños y niñas deben ser direccionados de forma inmediata a un servicio de **urgencias**.

Signos de peligro:

- El niño/niña esta anormalmente somnoliento o inconsciente.
- Incapacidad para beber o amamantar:
- Vómitos persistentes
- Convulsiones
- Letargo o pérdida de conciencia:
- Dificultad para respirar: Signos como hundimiento de costillas, respiración rápida o ruidosa, pueden indicar problemas respiratorios graves.
- Cianosis (piel azulada):
- Hinchazón de pies o piernas:
- Diarrea con sangre:
- Dificultad para despertar

Cuando se identifique alguna de estos signos de alarma, se debe informar a madres, padres y/o cuidadores sobre el estado de salud del niño o la niña e iniciar de inmediato el trámite de referencia a la IPS indicada por la SISS.

En los casos en donde la madre, padre o cuidador no permita el traslado del niño o la niña, debe apoyarse del gestor comunitario para la traducción y aclaración de dudas.
Si persisten con la negativa se deberá reportar el caso de inmediato con el equipo asignado al punto para que activen la ruta indicada y movilicen apoyo con los líderes comunitarios Emberá y con las entidades intersectoriales, con el fin de garantizar el traslado.

En caso de no presentar signos de alarma iniciar tratamiento según corresponda.

Momento 2. Manejo a la sintomatología

El gestor de bienestar encargado de la UAIC según hallazgos puede administrar acetaminofén para el manejo de la fiebre, Sales de Rehidratación Oral y realizar lavado nasal.

Manejo de la fiebre:

Si el niño o la niña tiene más de 38 ºC, se recomienda iniciar medidas para bajar la fiebre, tales como darle acetaminofén, iniciar medios físicos y dar a la madre, padre o cuidadores las siguientes recomendaciones:

- Dejar al niño con ropa ligera.
- Ofrecerle líquidos frecuentemente y si recibe lactancia materna darle el seno.
- Si después de media hora de haberle dado el acetaminofén la temperatura no le baja, tibie agua y bañe al niño, sin exponerlo a corrientes de aire.
- Nunca utilizar alcohol ni vinagre para refrescarlo.

La dosis del acetaminofén es de 10 a 15 mg/kg cada 6 a 8 horas y se debe calcular según el peso del niño o la niña (identificado durante la toma de medidas antropométricas). A continuación, se muestra tabla de cálculo rápido del acetaminofén, basado en la presentación en jarabe de 150 mg/5 ml.

Cuadro 3. **Tabla de dosificación de acetaminofén en niños y niñas menores de 5 años.**

PESO EN KG	DOSIS GOTAS 100 MG/ML	DOSIS JARABE 150 MG/5ML
3kg	12 gotas	1,2 ml
4kg	16 gotas	1,5 ml
5 kg	20 gotas	2 ml
6-8kg	28 gotas	3 ml
9-11kg	40 gotas	4,5 ml
12-14 kg	50 gotas	6 ml
15-17 kg	65 gotas	7,5 ml
18-20 kg	75 gotas	9 ml

NOTA: la dosis de acetaminofén debe suministrarse dentro del lugar establecido y dispuesto para la UAIC

Manejo de la Infección respiratoria

Manejo IRA leve:

- Indicar a la persona cuidadora aumentar la ingesta de líquidos y leche materna, de manera fraccionada.
- Realice aseo nasal con suero fisiológico a necesidad.
- Manejo de la fiebre con acetaminofén 10-15 mg/kg y/o medios físicos (siempre con agua tibia)
- No se requieren antihistamínicos, ni antibióticos ni antitusivos.
- Enseñe a los padres a identificar los signos de alarma.

Nota: Si el niño o niña solo tienen congestión nasal como único síntoma, desde la UAIC se puede realizar lavado nasal y seguimiento.

Educación de los tres mensajes clave: ¿Cómo evito que mi hija/a se enferme? Si se enferma ¿cómo lo debo cuidar en casa y cómo puedo evitar que contagie a otras personas? y ¿cuáles son los signos y síntomas que hacen necesario consultar a una institución de salud?

Primer mensaje: ¿Cómo evito que mi hijo/a se enferme?

- Limpiar frecuentemente el polvo de las paredes, de los estantes y de todos los muebles con un paño húmedo.
- Limpiar el piso con un trapo húmedo.
- Sacudir frecuentemente, fuera de la vivienda y lejos de los niños: cobijas, almohadas y demás ropa de cama.

- Mantener abiertas las puertas y ventanas de las habitaciones durante el día para que penetren el aire puro y la luz solar.
- Si las habitaciones son poco ventiladas o iluminadas, saque las cobijas, colchones y ropas para sacudirlos y exponerlos al sol. Así elimina humedad y hongos.
- No permita fumar dentro de la vivienda.
- Mantenga fuera de los dormitorios: fogones, estufas, braseros y calentadores que utilicen leña o carbón y que produzcan ceniza y humo.
- Evitar el contacto con personas que tengan gripa o tos. Al estornudar o toser, hágalo poniendo la parte interna del codo en la nariz..
- Usar mascarilla o tapabocas cuando tenga gripa
- Lavarse las manos con más frecuencia cuando tenga gripa.
- Evitar los cambios bruscos de temperatura: Tapar la boca y la nariz del niño cuando va a cambiar de temperatura, principalmente en las mañanas y en las noches.
- Mantener el esquema de vacunación completo
- Fomentar la lactancia materna exclusiva en los niños menores de 6 meses y complementaria hasta los dos años.

Segundo mensaje ¿Cómo debo cuidar en casa en casa a la niña o niño enfermo y evitar que contagie a otras personas?

- Enseñar las medidas de apoyo para la atención en el hogar a través del FALTAN.
- FIEBRE: Manejo según orientación médica, promover la no automedicación, adherencia a manejo indicado por médico. Medios físicos.
- ALIMENTOS y Líquidos: Es normal que disminuya el apetito, ofrecer alimentación fraccionada y frecuentes en pequeña cantidad.
- LAVADO DE MANOS: Recordar lavado de manos como medida importante para la transmisión de las infecciones respiratorias.
- TOS: No se usan medicamentos para quitar la tos, favorecer abundante consumo de líquidos y consumo de miel solo en mayores de 2 años.
- ALARMA: Conocer signos de alarma (ver tercer mensaje).
- NARIZ: Limpieza nasal (suero fisiológico en cada fosa nasal de acuerdo con la necesidad).

Tercer Mensaje: ¿Cuándo debo consultar a un centro de salud?

Reiterar en la identificación de signos de alarma o presencia de neumonía o de otro problema relacionado:

Signos de alarma en menores de 2 meses:

- Respira más rápido de lo normal.
- Disminuye el apetito.
- Presenta fiebre así sea en una sola oportunidad.
- Le suena el pecho al respirar.
- Somnolencia o no despierta con facilidad.
- Ataques o convulsiones.

Signos de alarma en niños de 2 meses a 5 años:

- Fiebre de más de 38.5°C por más de tres días de difícil control.
- Permanece decaído cuando baja la fiebre.
- Respira más rápido de lo normal.
- Se le hunden las costillas al respirar y tiene otro signo de alarma.
- No puede comer o beber nada o vomita todo.
- Somnolencia o no despierta con facilidad.
- Ataques o convulsiones.
- Supuración o mal olor de oído.

Manejo de la enfermedad diarreica aguda:

CLASIFIQUE: Según el grado de deshidratación
● Deshidratación grave o signos de choque
● Algún grado de deshidratación (incluye la deshidratación leve y moderada)
● Alto riesgo de deshidratación
● Sin deshidratación

Deshidratación grave o signos de choque

● Letárgico o inconsciente
● Ojos hundidos
● No puede beber o bebe con dificultad
● El pliegue cutáneo se recupera muy lentamente >2 segundos
● Llenado capilar lento y taquicardia (Signos de choque)

Manejo:

Derive de inmediato a la móvil disponible en el punto
Si el paciente puede beber, ofrecer SRO por vía oral hasta que sea trasladado en la ambulancia.

Diarrea con algún grado de deshidratación (incluye la deshidratación leve y moderada)

- Diarrea y Dos de los siguientes signos:
- Intranquilo o irritable
- Ojos hundidos
- Bebe ávidamente con sed
- El pliegue cutáneo se recupera lentamente (< a 2 segundos)

MANEJO:

Hidratar con Sales de Rehidratación Oral según el PLAN B.

- SRO: Ofrecer entre 50 y 100 ml/kg durante 2 a 4 horas.
- Continuar y aumentar la frecuencia de la lactancia materna
- Informar los signos de alarma para regresar de inmediato.

- Si presenta nuevo episodio de vómito espere 10 minutos y reinicie SRO 5 ml cada 3 a 5 minutos.
- Vigilar el progreso del paciente y evaluar cambios en el estado del paciente cada hora hasta que hayan desaparecido todos los signos de deshidratación.

Explique a padres, madres y cuidadores las 3 reglas para tratar diarrea en el hogar

- El suero oral se administra continuamente con taza o cucharita, durante un tiempo promedio de 4 horas de acuerdo al peso.
- Si el paciente desea más suero oral que lo indicado puede darle más.
- Si el niño normalmente está siendo amamantado, continúe con la alimentación al pecho durante la terapia con suero oral.
- Si está con alimentación complementaria, reiniciar una véz este hidratado.
- Deseche las heces de toda la familia, de manera segura y lávese las manos con agua y jabón después de la defecación y antes de preparar los alimentos y dar de comer a sus hijos.

Diarrea con alto riesgo de deshidratación

- Diarrea de alto gasto (deposiciones más de 4 en 4 horas o más 10 en 24 horas)
- Vómito persistente (3 o más vómitos en 1 hora, o 5 o más vómitos en 4 horas)
- Rechazo a la vía oral

PLAN A SUPERVISADO:

- Dar SRO después de cada deposición acuosa 10 a 20 ml por Kg de peso o en menores de 2 años 50 a 100 ml y mayores de 2 años 100 ó 200 ml.
- Si presenta un nuevo episodio de vómito, espere 10 minutos y reinicie las SRO 5 ml cada 3 a 5 minutos por vía oral.
- Vigilar el progreso del paciente y evaluar cambios en el estado del paciente cada hora hasta que hayan desaparecido todos los signos de deshidratación.

Diarrea sin deshidratación

Niño o niña con episodios de diarrea, que no presenta ningún signo de deshidratación.

- Dar líquidos y alimentos para tratar la diarrea en casa PLAN A.
- Dar SRO después de cada deposición acuosa 10 a 20 ml por Kg de peso o en menores de 2 años 50 a 100 ml y mayores de 2 años 100 o 200 ml.

Los signos que indican que el niño, niña o paciente con enfermedad diarreica aguda está gravemente enfermo y puede morir, son los siguientes:

- Presencia de diez o más deposiciones diarreicas en las últimas 24 horas y cinco o más vómitos en las últimas 4 horas.
- Si el niño/a está muy dormido, tiene la piel pálida o moteada, extremidades frías, taquicardia, taquipnea, llenado capilar lento.
- Abdomen distendido y doloroso.

- Niños/as que vuelven a consultar por deshidratación durante el mismo episodio diarreico.
- Niños/as con edemas en miembros inferiores.

EDUCACIÓN A LOS PADRES Y CUIDADORES DE NIÑOS

Educar en acciones de prevención de diarrea en el hogar e informar los signos de deshidratación que le indican cuando se debe acudir a una atención inmediata si no mejora o si presenta cualquiera de los signos de alerta

Explique las 3 reglas para tratar diarrea en el hogar

- Dar más líquidos de lo usual para prevenir la deshidratación.: Usar líquidos caseros recomendados o suero oral después de cada evacuación, tan pronto se inicie la diarrea, con el fin de reponer el agua y las sales y evitar así la deshidratación. Los mejores son los líquidos preparados con alimentos que incluyen las bebidas de cereales cocidos en agua, sopas y el agua de arroz, de trigo, de maíz, de sorgo, avena, cebada; No están indicadas las bebidas azucaradas, tales como las gaseosas o los jugos industriales.
- Alimentos para prevenir desnutrición: continuar la lactancia materna o sucedáneo cuando aplique, en este último caso revisar que las condiciones para su preparación sean adecuadas (reconstitución en las cantidades que refiere el fabricante, uso de agua potable para reconstituir, lavado con agua y jabón de los accesorios que se utilicen para preparar y suministrar la fórmula, prefiriendo vaso o cuchara- los biberones tienen mayor riesgo de contaminación). En mayores de 6 meses que reciben alimentos sólidos y en adultos, dar la dieta corriente. Deben evitarse alimentos con mucha azúcar porque empeoran la diarrea, preferir alimentos astringentes y cocinados de acuerdo a la disponibilidad: como guayaba, pera, manzana, galletas de soda, plátano verde, arroz o pasta; los alimentos que requieran cocción deben estar bien cocinados (ejemplo: carne, huevo, pollo, etc.), las frutas y verduras crudas lavarlas con agua potable antes de ofrecer al niño o niña
- Regresar a la UAIC para consultar inmediatamente si no mejora, sigue igual, o si presenta cualquiera de los siguientes signos: si aumenta el número de las deposiciones líquidas, si presenta vómito a repetición, sed intensa, come o bebe poco, fiebre o sangre en las heces.
- Deseche las heces de toda la familia, de manera segura y lávese las manos con agua y jabón después de la defecación y antes de preparar los alimentos y dar de comer a sus hijos:
- La familia debe lavarse las manos con agua y jabón antes de preparar los alimentos, antes de comer y dar de comer al niño, después de hacer sus necesidades, y después de cambiar los pañales del bebé.
- Las heces, incluyendo las de los niños, deben desecharse en forma segura, poniéndolas en el servicio sanitario o en una fosa cubierta.
- La forma más efectiva de evitar la diarrea es tomar agua segura, ya sea hervida o filtrada.
- Se debe hervir el agua para el consumo de la familia, el lavado de manos y de alimentos.

Manejo de la desnutrición aguda

Manejo intrahospitalario:

En caso de identificar un niño o niña con desnutrición aguda moderada o severa y alguna de las siguientes condiciones, se deberá realizar remisión **inmediata** a la Institución Prestadora de Servicios de Salud indicada por la SISS, a través del llamado de ambulancia:

- Niño o niña menor de 6 meses
- Niño o niña mayor de 6 meses que pese menos de 4 kilos
- Edema nutricional
- Estado de choque.
- Diarrea aguda o persistente.
- Infección respiratoria, sepsis, neuroinfección e infección urinaria.
- Temperatura axilar menor a 35.5 °C o mayor a 38 °C.
- Pérdida de continuidad, extensión y tipo de compromiso de la piel.
- Anemia severa.
- Hipoglicemia, hipofosfatemia o hipocalcemia.
- Signos de enfermedad grave: vomita todo o no come nada, se encuentra letárgico o inconsciente, convulsiona.
- Condición médica o social del niño o la familia que requiera evaluación e intervención, por ejemplo, abandono, discapacidad o enfermedad mental del cuidador.
- Niños y niñas menores de 5 años con desnutrición aguda que no se encuentran con adherencia al lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad (Resolución 2350 del 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social) pese a que no presentan ninguna de las condiciones previamente mencionadas.

Manejo ambulatorio:

- Verificar que el niño o niña cumple con los criterios para manejo ambulatorio: sin signos de alarma, estable clínicamente, prueba de apetito positiva, sin comorbilidades (por ejemplo, infecciones severas o complicaciones agudas).
- Asignar valoración médica con profesional de modalidad conglomerado para valoración, confirmación del caso y prescripción de tratamiento médico y nutricional.
- Gestionar con la EAPB de afiliación del niño o niña la prescripción de la Formula Terapéutica Lista para el Consumo -FTLC, asegurando su entrega inmediata, para iniciar el tratamiento nutricional ambulatorio.
- **Educación y consejería nutricional:** Explicar a madres, padres o cuidadores cómo administrar correctamente la FTLC, promover y apoyar prácticas óptimas, como la lactancia materna y alimentación complementaria adecuada, e incentivar la adherencia al plan de alimentación y fomentar alimentos nutritivos complementarios según las etapas de recuperación.
- Es necesario realizar la notificación de los casos de desnutrición aguda moderada o severa al sistema SIVIGILA, cuando el caso no es trasladado a una unidad de servicios de salud. Esto debe hacerse de manera inmediata y siguiendo los protocolos vigentes del Instituto Nacional de Salud.

- Coordinar con la EAPB e IPS, la Secretaría Distrital de Salud u otros actores intersectoriales y comunitarios (líderes Emberá) para garantizar continuidad en el seguimiento, adherencia al tratamiento y, si fuera necesario, la referencia ante complicaciones.

Nota: Si la prueba de apetito se realiza en la UAIC se deben seguir las indicaciones dispuestas por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 2350 del 2020 (página 31 a la 33).

Manejo del riesgo de desnutrición aguda

El manejo del riesgo de desnutrición aguda se debe orientar basado en lo establecido en la Circular 014 del 2023, la cual fue expedida por la Secretaría Distrital de Salud para definir una estrategia para el manejo integral del riesgo de desnutrición aguda en niños y niñas menores de 5 años, o la que esté vigente.

- Asignar valoración médica con profesional de modalidad conglomerado para valoración, confirmación del caso y prescripción de tratamiento médico y nutricional.
- Tras la confirmación, apoyar la ejecución del plan: educación a cuidadores sobre alimentación adecuada, prácticas de lactancia materna, preparación y oferta de alimentos según indicaciones del profesional; y refuerzo de recomendaciones entregadas en la consulta inicial.
- Verificar entrega/gestión de insumos o atenciones definidos por la IPS/EAPB y resolver barreras de acceso (agendamiento, orientación logística).
- Coordinar y recordar el control mínimo cada 30 días por pediatría o nutrición, hasta superar el riesgo nutricional, conforme al Hito 4, por parte de la IPS/EAPB. En cada contacto con la UAIC: verificar adherencia a indicaciones, esquema de vacunación/micronutrientes según plan, y evolución del peso y talla (toma de medidas antropométricas).
- Registrar cada contacto (tamizaje, educación, seguimiento, remisiones) en el aplicativo GTAPS-SDS a fin de soportar la cohorte y el monitoreo de casos, *además de diligenciar rejilla de peso para la talla dispuesta en la resolución 2465 de 2016, la cual deberá contener el nombre del menor y registro de las diferentes tomas de medidas antropométricas las cuales serán de uso educativo y de sensibilización a los padres de familia y cuidadores*
- Si durante el seguimiento se observa deterioro (empeora P/T, signos clínicos, comorbilidades), activar de inmediato la referencia para manejo según la Resolución 2350 de 2020 (manejo de desnutrición aguda) y lo establecido por la circular.
- Cuando se identifique inseguridad alimentaria y/o riesgo social, apoyar la canalización intersectorial a través de los canales definidos por la Subred y hacer seguimiento a la respuesta recibida (Hito 5).
- Si el niño supera el riesgo (recuperación nutricional sostenida y sin deterioro), se deberá continuar el control regular en la Ruta de Promoción y Mantenimiento. Si no hay mejoría, mantener seguimiento y escalar a manejo de desnutrición aguda, si aplica.

Momento 3. Agendamiento para valoración por médico modalidad conglomerado:

Esta acción corresponde a la programación de las personas susceptibles de valoración por profesional de medicina identificadas durante la operación de la respuesta sectorial a la población Emberá.

Momento 4. Educación para la salud a padres, madres y cuidadores

Educar a madres, padres, cuidadores, familias y comunidad sobre el cuidado de los niños y niñas, medidas de prevención, factores de riesgo, manejo en el hogar y signos de alarma de la IRA, EDA en los niños y niñas entre los 3 meses y 5 años de edad, así como del riesgo de desnutrición aguda y la desnutrición aguda (AIEPI comunitario, resaltando en la promoción, protección y apoyo de la lactancia materna). Se deben construir y utilizar herramientas educativas en lengua Emberá para apoyo del proceso de educación, las cuales deben estar adaptadas a las formas de aprendizaje de la comunidad (ejemplo: audios en lengua Emberá, juegos con dibujos o imágenes, etc.)

Momento 5. Seguimiento a los usuarios ingresados a la UAIC a las 24, 48 y 72 horas.

Todo niño o niña valorado en UAIC debe tener seguimiento a las 24, 48 y 72 horas para evaluar adherencia al tratamiento, estado nutricional, verificación de signos de alarma e identificación oportuna de necesidad de remisión en caso de complicación. En caso de identificar signos de alarma durante el seguimiento, deberá iniciarse el proceso de referencia a una institución prestadora de servicios de salud. Todos los seguimientos serán registrados oportunamente en el aplicativo GTAPS-SDS de UAIC por el perfil auxiliar de enfermería, en caso de identificarse la necesidad derivarlo a atención por médico en modalidad de conglomerado.

Es importante identificar dificultades en el proceso de lactancia materna o alimentación complementaria de los niños y niñas atendidos durante el seguimiento, reforzando recomendaciones sobre técnicas adecuadas de agarre y postura, frecuencia y duración de las tomas, preparación y administración correcta de fórmulas (si están formuladas por orientación médica), selección de alimentos de alto valor nutricional, así como estrategias para aumentar la densidad calórica de las preparaciones. Esta acción se puede articular con profesional a cargo de la estrategia de lactancia materna del proceso de GIPEP.

Nota: *Para el caso de pagadiarios y domicilios en modalidad de arriendo los 3 seguimientos dispuestos podrán realizarse cada 2 días.*

Para el caso de los menores que ingresen con alguno de los criterios y adicional presenten:

- *Malformaciones congénitas*
- *Enfermedades transmisibles*
- *Bajo peso al nacer*

Se deberá extender el seguimiento a 5 días y este deberá contener de manera específica el seguimiento a su condición en salud, verificando acceso a los servicios de salud, adherencia a tratamientos médicos instaurados, manejo de condición en casa, con el lfin

de orinentar a los padres y cuidadores en la importancia de acceder de manera continua a los controles y demás manejos dispuestos por el personal de salud desde la EAPB.

Actividad 2. Educación para la salud en AIEPI Comunitario

Con el objetivo de educar a la población ubicada en los asentamientos con las 18 prácticas del AEIPI:

Tabla 4. Practicas de AIEPI comunitario

Práctica 1: Lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de edad
Práctica 2: Alimentación Complementaria
Práctica 3: Consumo de micronutrientes
Práctica 4: Afecto, cariño y estimulación temprana
Práctica 5: Vacunación Completa
Práctica 6: Higiene adecuada
Practica 7: Prevención de Malaria y Dengue
Practica 8: Prevención contra el VIH SIDA
Practica 9: Llevar a los niños al odontólogo desde los primeros meses de edad
Practica 10: Proteger a los niños que tienen contacto con personas con tuberculosis
Practica 11: Alimentación del niño enfermo en el hogar
Practica 12: Tratamiento en casa del niño enfermo
Practica 13: Buen trato y cuidado permanente de los niños
Practica 14: Participación del hombre en el cuidado del niño y de la mujer gestante
Practica 15: Prevención de accidentes en el hogar
Practica 16: Identificar signos de peligro
Practica 17: Seguir las recomendaciones del personal de salud
Practica 18: Atención a la mujer gestante

Fuente: Practicas AIEPI comunitario. MINSALUD

Se llevarán a cabo 2 espacios de encuentro al mes con la comunidad los cuales podrán desarrollarse en 2 escenarios:

- ***Jornada de educación en salud****: espacios dirigidos a la comunidad, con la participación de mínimo 8 personas. Cabe mencionar que, no es necesario abordar todas las prácticas AIEPI en una jornada; estas serán definidas acorde a la necesidad y programación por parte del gestor de bienestar*
- ***Espacio de dialogo e intercambio de saberes:*** *espacios con lideres comunitarios, sabedores, mayores y comunidad emberá general de diferentes cursos de vida, en los cuales se aborden temáticas de salud relacionadas con la primera infancia, formas y conceptos de cuidado propio, incorporación de*

practicas ancestrales en la preservación de la salud entre otros, en estos escenarios se espera la participación mínima de 5 personas.

En este proceso podrán participar diferentes perfiles de acuerdo con cada temática, articulándose para ello en las diferentes mesas técnicas de la Subred (infancia, seguridad alimentaria y nutricional, entre otras).

Además, se deberá realizar en español y lengua Emberá, para lo cual, se articulará el ejercicio con los gestores que hacen parte de la comunidad.

Deberán construirse fichas metodológicas para cada sesión, y herramientas educativas que las acompañen, teniendo en cuenta las orientaciones dadas por el Equipo para la Salud Pública. Podrá hacerse participe a la comunidad en dicha construcción. Es necesario promover el dialogo y utilizar metodologías creativas, llamativas y dinámicas.

En todas las prácticas se debe hacer promoción de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y complementaria hasta los 2 años o más, como primera vacuna y estrategia para la prevención de las enfermedades prevalentes en la infancia.

8.8. Tabla resumen de la acción de bienestar:

Nombre de la actividad	Periodicidad	Perfiles del talento humano	Entregables
Atención individual en la UAIC	Mensual	Perfiles gestores de bienestar acorde a la subred.	-Herramienta en aplicativo en línea GTAPS-SDS formularios acciones UAIC identificación y seguimiento, diligenciadas con criterios de calidad y completitud. -Actas mesas de seguimiento a prioridades junto con el equipo étnico abordaje emberá. -Acta de asistencia a espacios de seguimiento y monitoreo acorde a convocatoria desde nivel central.
Educación para la salud en AIEPI Comunitario	Mensual	Perfiles gestores de bienestar acorde a la subred.	-Herramienta en aplicativo en línea GTAPS-SDS formularios sesiones colectivas, diligenciadas con criterios de calidad y completitud. -Formato de sesiones colectivas diligenciadas con criterios de calidad y completitud.

9. Acción de Bienestar 47. Gestión del riesgo en familias del cabildo indígena Wounaan de Bogotá D.C Comunidad Baud Mos.

La nación Wounaan cabildo indígena Wounaan de Bogotá D.C Comunidad Baud Mos desde hace más de cinco siglos, vive en los límites de los departamentos del Choco y

Valle del cauca. En los resguardos Indígena Wounaan habitan en confinamiento por los grupos al margen de la ley.

Inicialmente en el año 2000, fue forzado violentamente a desplazarse algunas familias del municipio litoral del san juan de los resguardos Papayo, Unión Balsalito, Rio Taparal, Chachajo, Puerto Pizario, rio pichima quebrada y San Antonio de Togoroma quebrada, municipio de Andagolla del Medio San juan resguardos, Santa Maria de Pangala, Chagpien, unión Wounaan, municipio de Rio Sucio, resguardos Jagual rio chintado, territorio ancestral cacarica y en el municipio de Bajo Baudó Pizarro, los resguardos bellavista-unión Pitalito y rio Orpua, todos por los grupos Almargen de la ley en el departamento del choco.

Actualmente, las familias Wounaan habitan en la ciudad de Bogotá D.C, en la localidad ciudad Bolívar, sector lucero bajo, medio y alto, debido al desplazamiento forzado, por lo cual están incluidos en el registro único de víctimas desde el 22 de agosto de 2003

9.1. Conceptualización de los elementos centrales de la acción de bienestar o acción de gestión para el bienestar

El abordaje con familias Wounaan tiene como objetivo preservar y fortalecer la medicina tradicional y salud propia de la comunidad Wounaan, que ha llegado a Bogotá tras el desplazamiento forzado. A través de la transmisión intergeneracional de saberes ancestrales, se busca proporcionar atención de salud que respete la cosmogonía y cultura Wounaan, enfrentando desafíos tales como la falta de espacio sagrado, escasez de plantas medicinales y escasa inversión en salud comunitaria. El sistema promueve la armonía con la madre naturaleza y la inclusión de la medicina tradicional dentro del sistema de salud colombiano, garantizando derechos humanos y la identidad cultural de la comunidad.

A continuación, se relacionan algunas de los roles que ejercen los diferentes perfiles que componen el equipo:

Perfiles con enfoque desde la medicina ancestral:

Benkh~~uu~~n “medico tradicional”:

Es importante reconocer la historia que gira en torno a la ley de origen de la medicina ancestral del pueblo Wounaan, en donde se reconoce que algunas personas del pueblo, luego de un duelo entre el diablo (Mepeer) y Ẽwãndam “Dios, del cual resulto victorioso Ẽwãndam, recibieron el poder de curar y enfermar. A esto se le llama “Benkh~~uu~~n”, quien, en compañía de otros sabedores, tales como: tongueros o pildeceros, hierbateros, parteras, sobanderos, sabedores(as) y Pa Akhaar “Espiritualistas” curan con “Consejo”.

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

- Seguimiento y acompañamiento al comportamiento de las condiciones de salud priorizadas manifestadas en las personas de la comunidad.
- Tratamiento de enfermedades propias desde los saberes ancestrales: medicina ancestral según las necesidades de atención de las personas priorizadas (desarmonías).
- Orientar los cuidados que recobran importancia en el valor de las familias; participación en la generación de contenidos de las piezas comunicativas y participación en actividades para la trasmisión de saberes ancestrales
- Intercambio de saberes con las familias para el fortalecimiento y pervivencia de las prácticas culturales según la cosmovisión Wounaan, para contribuir a la armonía de la ley de origen de la comunidad.
- Realizar acciones de Wawia – Consejo mayor a los integrantes del cabildo indígena Wounaan de Bogotá D.C Comunidad Baud Mos.
- Preparación de medicina ancestral
- Realizan atenciones diferenciales desde sus técnicas ancestrales
- Apoyo en casos emergentes
- Orientación y educación tradicional de medidas de cuidado y autocuidado para la población conforme a las adecuaciones socioculturales.

CHAAIN JUURKHA JEEM KHUUN- Partería tradicional:

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

- Acompañamiento tradicional a mujeres indígenas en atención desde la medicina occidental en las instituciones prestadoras de servicios de salud.
- Transmisión de saberes y conocimientos propios de usos y costumbres en salud de la comunidad.
- Orientar etapas de preconcepción, concepción, gestación, parto y postparto.
- Aplicar la partería tradicional indígena según necesidades de atención de mujeres y familias priorizadas (abordaje en la gestación, preparación espiritual y física, masajes y sobos corporales, cierre de dietas, desequilibrios de menstruación, etc.)
- Propiciar el diálogo de saberes para el intercambio del conocimiento del cuidado de la mujer gestante y de su familia desde los usos y costumbres propios, como aporte a la comprensión de la comunidad.

- Intercambio de saberes con las familias para el fortalecimiento y pervivencia de las prácticas culturales según la cosmovisión Wounaan, para contribuir a la armonía de la ley de origen de la comunidad.
- Tratamiento de enfermedades propias desde los saberes ancestrales: medicina ancestral según las necesidades de atención de las personas priorizadas (desarmonías).

Profesional de Enfermería:

- Líder del equipo, que coordina y gestiona los procesos administrativos; además, acompañará continuamente el ejercicio de las practicas ancestrales, potenciando las intervenciones según las estrategias educación entorno a los cuidados y promoción de la salud.
- Valoración antropométrica por medio de la toma de peso, talla, PB, PC, PA, acorde al grupo poblacional, así como la toma de signos vitales para la identificación de riesgos y alertas en salud.
- Cargue de las acciones familiares en la herramienta dispuesta en el aplicativo GTAPS – SDS para el registro de acciones de tipo familiar.
- Activación de rutas comunitarias, sectoriales e intersectoriales según las situaciones en salud o sociales que se presenten, así como derivación a los demás perfiles de equipos Mas bienestar en tu hogar, teniendo en cuenta los criterios propios para el proceso de derivación.
- Realiza seguimiento y acompañamiento de las condiciones de salud priorizadas a otros casos de la comunidad, y de la adherencia a las rutas de promoción y mantenimiento de la salud acorde a ciclo vital de cada persona abordada.
- Realizar labores administrativas tales como informes de casos emergentes, respuesta a requerimientos desde nivel central.

Gestor de bienestar:

El perfil de técnico en salud se concibe como un perfil con pertenencia étnica, quien facilita la integralidad del abordaje en salud de la comunidad y permite el dialogo constante entre los saberes ancestrales y occidentales de la comunidad Wounaan.

- Brindará el aporte en salud desde la medicina occidental, identificando riesgos y alertas en salud, población sujeta de abordaje por parte del Benkh~~uu~~n, integrando las acciones desde la mirada tradicional y la ancestral
- Apoyará procesos de cargue y registro de los sistemas de información tanto en físico como en aplicativo GTAPS- SDS.
- Mantendrá constante dialogo con el gestor comunitario para posicionar las necesidades presentes por parte de la población.
- Realizara proceso de gestión del riesgo ya sea por medio de la activación de rutas o canalización a servicios sectoriales e intersectoriales (SIRC).

- Brindar educación en salud acorde a los riesgos y necesidades identificadas en las familias y espacios comunitarios, lo anterior integrando conocimientos desde la salud occidental como la tradicional.

Gestor comunitario:

El perfil de gestor comunitario se concibe como un perfil con pertenencia étnica, quien será dispuesto por parte de la comunidad, **deberá contar con capacidades y habilidades de lectoescritura y manejo básico de herramientas ofimáticas,** entre las acciones a desarrollar se encuentran:

- Facilitar la comunicación (traducción) entre la comunidad y los equipos de salud, teniendo en cuenta sus características culturales. Así mismo, desde su saber propio contribuirán a las acciones de educación en temáticas de salud, así como el acompañamiento a citas médicas, procesos de hospitalización con el fin de mediar interlocución con la comunidad, relacionado con el plan de manejo médico.
- Solicitud de citas médicas, reclamación de medicamentos y procesos de autorización con las diferentes EAPB.
- Participar de las actividades de salud programadas con el cabildo, brindar información de los avances realizados por parte del equipo, en los tiempos que las autoridades lo demanden y otras actividades de apoyo que requieran del equipo, en el marco de la gestión comunitaria.
- Apoyar procesos de derivación por signos de alarma o urgencia vital en los diferentes cursos de vida, activación de ruta 123, entre otros.
- Proceso de planeación, demanda inducida y organización de los lugares en los cuales se desarrollen acciones comunitarias y colectivas por parte del equipo.
- Las demás acciones que sean requeridas en el desarrollo de las actividades establecidas para el cumplimiento de la acción de bienestar.

9.2. Objetivo General

Promover prácticas en salud, enmarcadas en el cuidado y autocuidado de la comunidad indígena Wounaan ubicada en el distrito, mediante procesos de educación en salud para favorecer el mantenimiento de condiciones de bienestar y salud en la comunidad abordada en el contexto del hogar, integrando la mirada en salud desde los usos, saberes, prácticas y concepciones propias.

9.3. Población sujeto de la intervención

Población general con pertenencia étnica indígena Wounaan

9.4. Talento humano

Para el desarrollo de esta actividad se cuenta con un equipo operado desde la Subred integrada de servicios de salud Sur compuesto por los perfiles de profesional en enfermería, gestor de bienestar, gestor comunitario y partera.

Así mismo podrán articularse con el Benkhuun en caso de identificar una necesidad de atención desde la medicina ancestral en la vivienda.

9.5. Unidad de medida

Avance mensual del plan de acción

9.6. Forma de reporte de ejecución de la acción de bienestar

Comprende el seguimiento a las acciones desarrolladas con la población indígena Wounaan Baud Mos, durante el periodo del convenio por parte de la subred Sur acorde a lo programado por plan de acción.

9.7. Descripción de la acción de bienestar:

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

Actividad 1. Dialogo y concertación con autoridades de la comunidad

El equipo gestionará un primer espacio con la instancia representativa de la comunidad para socializar las actividades a proyectar durante la vigencia, en diálogo y concertación, generar validación y priorización de familias sujetas de abordaje, acorde al censo propio de la comunidad, así como los posibles espacios con comunidad y demás acciones a desarrollar con la población, este será el insumo para la construcción del Plan de acción y definición de acciones familiares y comunitarias; esta se desarrollará solo al inicio de la vigencia e inicio de adición, si se presenta.

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

- Niños y niñas menores de 5 años.
- Mujeres gestantes.
- Personas con condiciones crónicas no transmisibles.
- Personas con enfermedades transmisibles (tuberculosis, VIH, Sífilis, entre otras).
- Personas con discapacidad.
- Personas con consumo de SPA y/o alertas en salud mental.
- Personas con desarmonías y/o priorizadas por las autoridades, por la presencia de riesgos que afecten la salud.

Actividad 2. Identificación de desarmonías, riesgos en salud y concertación del plan de bienestar familiar

Acorde al proceso de priorización de las familias, realizada junto con la autoridad representativa de la comunidad, y teniendo en cuenta el censo poblacional propio de la

comunidad, se iniciará la búsqueda y abordaje de las familias priorizadas, con las cuales se generarán de las siguientes acciones:

- Identificación de los integrantes de la familia, identificación de riesgos y alertas a nivel familiar e individual con los integrantes de cada núcleo familiar.
- Toma medidas antropométricas y toma signos vitales por parte del profesional en enfermería con el fin de identificar posibles factores, alertas o situaciones que pongan en riesgo la salud de las familias.
- Indagar a la familia e integrantes la presencia de posibles desarmonías o necesidad de valoración por parte del médico tradicional o partería.
- Realizar procesos de derivación, activación de rutas o canalización acorde a la necesidad identificada.
- Desde el perfil de partería se potencializará proceso de identificación de desarmonías en mujeres en edad fértil, gestantes, puérperas y menor de 5 años, en el marco del fortalecimiento de sus usos y costumbres.
- *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.*

- Establecer el plan de bienestar en salud propia e intercultural a ejecutar concertado con las familias, acorde a los riesgos, necesidades y desarmonías identificadas, por medio del fortalecimiento de acciones de cuidado familiar desde los usos y costumbres del cabildo indígena Wounaan de Bogotá D.C Comunidad Baud Mos. Para ello, es necesario que el equipo adelante un proceso reflexivo para la concertación de compromisos y principales temáticas a desarrollar.

- Estas acciones y demás que se deriven del ejercicio de abordaje familiar deberán ser cargadas en la herramienta establecida para tal fin- aplicativo *GTAPS-SDS,* este cargue se realizará por parte del profesional en enfermería.

Actividad 3: Seguimiento a las desarmonías, riesgos en salud y Cierre familiar/ rogativa Ẽwãndam y espiritual

Una vez se cuente con la definición del plan de bienestar a desarrollar con las familias, se emprenderán las acciones de tipo educativas, por medio de implementación de acciones y estrategias que fomenten practicas protectoras en salud, integrando la concepción de salud y enfermedad propia de la comunidad, algunas de las acciones a desarrollar durante las sesiones serán:

- Realizar monitoreo y seguimiento de las condiciones de salud de los integrantes de las familias del cabildo indígena Wounaan de Bogotá D.C Comunidad Baud Mos, en el Marco del Modelo Territorial de Salud.
- Realizar acciones de promoción y prevención de las enfermedades incorporando temas desde la medicina occidental y medicina ancestral, acorde a los usos y costumbres de la comunidad. (uso de medicamentos, tratamientos, prioridades en salud según curso de vida).
- Validar presencia de signos de alarma en menores de 5 años, mujeres en embarazo o personas con condición crónica.
- Realizar toma de signos vitales y toma de medidas antropométricas.
- Desarrollar sesiones integrales que permitan fortalecer conceptos de salud de los integrantes de la familia, de manera practica y participativa.
- Identificar barreras de acceso a los servicios de salud, en cualquiera de los regímenes de atención con el fin de generar las acciones necesarias para su gestión.
- Realizar canalización a rutas integrales de atención en salud o sociales acorde a la necesidad o riesgo identificado, estas a cargo del técnico en salud.
- Validar en la población abordada adherencia a las rutas de promoción y mantenimiento, frecuencias de uso y en caso de que por cumplimiento de criterio sea objeto de una atención individual en el domicilio deberá activar el paso a paso requerido, con la orientación del lider operativo.
- Gestión, información y orientación de casos de barreras de aseguramiento y/o acceso a salud a cargo del gestor comunitario.
- En caso de requerir atención desde la medicina ancestral perfil de Benkh~~uu~~n, se podrá realizar el abordaje de dicho perfil, acorde a programación con la familia, en este caso se podrá dejar la nota que la familia recibió atención desde la medicina ancestral; y adicionalmente el Benkh~~uu~~n deberá registrar dicha atención en su soporte entregable.
- Orientar etapas de preconcepción, concepción, gestación, parto y postparto.
- Aplicar la partería tradicional indígena según necesidades de atención de mujeres y familias priorizadas (abordaje en la gestación, preparación espiritual y física, masajes y sobos corporales, cierre de dietas, desequilibrios de menstruación, etc.)
- Propiciar el diálogo de saberes para el intercambio del conocimiento del cuidado de la mujer gestante y de su familia desde los usos y costumbres propios, como aporte a la comprensión de la comunidad.

- Intercambio de saberes con las familias para el fortalecimiento y pervivencia de las prácticas culturales según la cosmovisión Wounaan, para contribuir a la armonía de la ley de origen de la comunidad.
- Registrar las acciones de seguimiento familiar en el módulo correspondiente del aplicativo en línea GTAPS-SDS dispuesto desde nivel central.

Una vez se realice balance de los compromisos concertados al momento de la caracterización familiar, se determina la finalización del abordaje a la familia o su continuación. Dicho balance se registrará en el aplicativo en línea GTAPS-SDS dispuesto desde nivel central, en caso de cumplir con los objetivos propuestos se realiza proceso de cierre familiar y se deberá registrar la fecha del cierre familiar.

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

Todas las sesiones desarrolladas como parte de la identificación, seguimiento y cierre deberán ser registradas en los módulos correspondientes del aplicativo en línea *GTAPS-SDS***,** para el campo de observaciones, deberán registrar de manera explícita el desarrollo de las actividades desde la medicina ancestral, relacionando el uso de insumos de medicina ancestral a los que haya lugar.

Para el caso de las familias en las cuales se identifiquen personas con discapacidad, podrán ser derivadas al equipo de abordaje de la acción de bienestar-RBC, lo anterior concertado con la familia y sus integrantes, favoreciendo el abordaje y la disposición del núcleo familiar hacía el equipo.

Se precisa que para los casos en que se identifique la necesidad de abordaje de tipo individual, se realizará la derivación correspondiente para el abordaje por el perfil requerido y este será asignado acorde a la apropiación territorial.

Actividad 3. Sesiones educativas

Con el ánimo de generar espacios con la comunidad para desarrollar temáticas de educación en salud, así como fortalecimiento de prácticas propias, usos, costumbres, identidad cultural, cosmogonía de la comunidad, transmisión de saberes, entre otros, se planearán sesiones educativas las cuales, se realizarán con la participación de mínimo de 10 personas.

En este proceso podrán participar los diferentes perfiles del equipo de acuerdo con cada temática, además, se deberá realizar en español y lengua propia.

Para el desarrollo de la sesión, de manera previa, deberán construir la ficha metodológica para cada sesión, y herramientas educativas que las acompañen, teniendo en cuenta las orientaciones dadas por el Equipo para la Salud Pública. Podrá hacerse participe a la

comunidad en dicha construcción. Es necesario promover el dialogo y utilizar metodologías creativas, llamativas y dinámicas

Para el desarrollo de la sesión educativa se tendrá una destinación de tiempo de 4 horas, las cuales incluyen la planeación, ejecución de la sesión y sistematización de la información.

Actividad 4. Acompañamientos

Teniendo en cuenta que en la comunidad no todas las personas cuentan con el dominio de la lengua español, se requiere de un proceso de acompañamiento que garantice la información y comunicación clara y oportuna de las condiciones de salud en las que se encuentran, por lo cual se contempla el apoyo por parte de los perfiles gestor comunitario y sabedores, quienes desarrollaran entre otras cosas:

Gestores comunitarios: tendrán como objetivo facilitar la comunicación (traducción) entre la comunidad y los equipos de salud, teniendo en cuenta sus características culturales. Así mismo, desde su saber propio contribuirán a las acciones de educación en temáticas de salud.

Gestores sabedores: Brindar atenciones desde la medicina ancestral por parte de la partera en las unidades de servicios de salud a la población con pertenencia étnica que se encuentren hospitalizadas. Es importante aclarar que, dichas atenciones se realizarán posterior al diálogo y concertación con las áreas administrativas de las diferentes unidades de servicios, estas deberán estar soportadas en listado de asistencia, si por la situación de salud de usuario no puede firmar, deberá firmar un testigo (familiar, personal de salud de la IPS, entre otros).

Asi mismo podrán realizar acompañamiento a controles médicos acorde al grupo poblacional y de esta manera integrarán las dos miradas en salud (occidental- ancestral)

Nota: Teniendo en cuenta las habilidades de lecto escritura y ofimáticas del perfil de partera, el tecnico en salud del equipo es quien dará apoyo a los procesos administrativos de dicho perfil

9.8. Tabla resumen de la acción de bienestar:

Nombre de la actividad	Periodicidad	Perfiles del talento humano	Entregables
Dialogo y concertación con autoridades de la comunidad	Al inicio de la vigencia y adición en caso de presentarse o acorde a la	Profesional de enfermería Gestor de bienestar	Plan de acción con el cronograma concertado con la autoridad representativa, cargado en la plataforma Google drive habilitado desde nivel central al inicio de la vigencia y su respectivo seguimiento mensual.

	solicitud de la autoridad étnica.	Técnico 1; (en áreas de la salud) Gestor comunitario y partera	-Actas de concertación y priorización de acciones con la autoridad y/o lideres al inicio de la vigencia e inicio de adición en caso de presentarse. -Actas de reunión de espacios comunitarios acorde a programación y/o demanda -Planilla de gestiones adelantadas por el perfil de gestor comunitario.
Identificación de desarmonías y riesgos en salud en las familias de la comunidad.	mensualmente acorde a la necesidad y/o concertación	Profesional de enfermería Gestor de bienestar Técnico 1; (en áreas de la salud) Gestor comunitario y partera	-Planilla de familias con consentimiento informado. -Archivo Plano de Caracterización Social y Ambiental, individuos y alertas. -Archivo Plano de tamizajes acorde a las prioridades intervenidas. -Archivo Plano de Plan de Bienestar y compromisos concertados -Formato de activación de rutas y prescripción social. Adicional: -Planilla de gestión para el gestor comunitario, según necesidad de la familia, usuario y/o comunidad
Sesiones educativas	mensualmente acorde a la necesidad y/o concertación	Profesional de enfermería Gestor de bienestar Técnico 1; (en áreas de la salud) Gestor comunitario y partera	- Formato de sesiones colectivas diligenciadas con criterios de calidad y completitud. - Formato y Herramienta en aplicativo en línea GTAPS, formulario de acciones colectivas diligenciadas con criterios de calidad y completitud.
Acompañamientos en salud	mensualmente acorde a la necesidad y/o concertación	Profesional de enfermería Gestor de bienestar Técnico 1; (en áreas de la salud) Gestor comunitario y partera	- Listado de asistencia -Formato de Bitacora, describiendo el tipo de acompañamiento realizado y el perfil.

10. Acción de Bienestar 48. Acciones con enfoque en medicina ancestral cabildo indígena Wounaan comunidad Baud Mos

10.1. Conceptualización de los elementos centrales de la acción de bienestar o acción de gestión para el bienestar

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

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

10.2. Objetivo General

Brindar atención a población general con o sin pertenencia étnica desde la medicina tradicional y fortalecer la educación para la salud desde las acciones de bienestar, técnicas de curación ancestral, en un espacio de puertas abiertas que permita la transmisión de saberes y compartir de experiencias desde la cosmovisión de la comunidad Indígena a Wounaan la comunidad en general.

10.3. Población sujeto de la intervención

Población de todos los cursos de vida con o sin pertenecía étnica indígena Wounaan

10.4. Talento humano

Para esta acción de bienestar se cuenta con perfil de medico tradicional Benkh~~uu~~n

10.5. Unidad de medida

Avance mensual del plan de acción

10.6. Forma de reporte de ejecución de la acción de bienestar

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

10.7. Descripción de la acción de bienestar:

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

Para esto se desarrollará de manera inicial un ejercicio de planeación, el cual se podrá realizar en el mismo escenario de la actividad *"Dialogo y concertación con autoridades de la comunidad" de* la acción de bienestar "*Gestión del riesgo en familias del cabildo indígena Wounaan de Bogotá D.C Comunidad Baud Mos"*, con los demás perfiles del equipo, en el cual contendrán la proyección de las acciones desde la medicina ancestral a realizar acorde a la necesidad y concertación con las autoridades.

Actividad 1. Atenciones desde la medicina ancestral

Realizar atenciones a las desarmonías identificadas por el Benkh~~uu~~n, a partir de los saberes propios (armonizaciones, rituales, cantos, danza, entre otros), estas se condicionan a la evolución de la desarmonía y de la persona e incluye la preparación de medicina ancestral y tratamientos propios.

A continuación, se describen algunas actividades a desarrollar desde la medicina ancestral perfil Benkh~~uu~~n:

- Tratamiento de enfermedades propias desde los saberes ancestrales: medicina ancestral según las necesidades de atención de las personas priorizadas (desarmonías); estas podrán ser realizadas en los espacios propios de la comunidad o en las familias caracterizadas por el equipo.
- Brindar atenciones desde la medicina ancestral por parte de medico tradicional en las IPS en las que se encuentren las personas hospitalizadas. Es importante aclarar que, dichas atenciones se realizarán posterior al diálogo y concertación con las áreas administrativas de las IPS, estas deberán estar soportadas en formato de sesión colectiva/ aplicativo en línea **GTAPS-SDS**.
- Realizar orientaciones y educación en salud desde la medicina ancestral acorde a la necesidad y desarmonia identificada en la comunidad, estas podrán estar dadas desde un enfoque preventivo o terapéutico.

Actividad 2. Acompañamiento desde la medicina ancestral

- Acorde a requerimiento podrán realizar acompañamiento a controles médicos acorde al grupo poblacional, con el fin de brindar apoyo a la comunidad y de esta manera integrar las dos miradas en salud (occidental- ancestral).
- Realizar acciones de Wawia – Consejo mayor a los integrantes del cabildo indígena Wounaan de Bogotá D.C Comunidad Baud Mos.

Actividad 3. Participación de espacios comunitarios y articulación con el equipo complementario Wounaan.

- Participar de espacios comunitarios para la construcción de la estrategia de abordaje en salud para el cabildo indígena Wounaan de Bogotá D.C Comunidad Baud Mos.
- Realizar acciones de armonización en espacios de encuentro de la comunidad o en los que se requiera por solicitud de la autoridad o la comunidad, asi como en espacios colectivos programados por el equipo.
- Participar de sesiones educativas acorde a la necesidad programadas por el equipo complementario para el abordaje a la comunidad Wounaan.

Actividad 4. Iniciativa comunitaria – Huerta ancestral

Para las mujeres de la comunidad Wounaan Baud Mos, las huertas ancestrales son espacios en los que se reconocen, fortalecen sus tradiciones, se conectan con los ancestros, Ewandam, la naturaleza, el territorio y es donde pueden sembrar la medicina ancestral, así mismo se constituye como un espacio de encuentro consigo mismo. Es la expresión viva del territorio en relación con los recursos y su aprovechamiento, culturalmente es donde se tejen los lazos familiares, comunitarios y de identidad. Todo esto les permiten fortalecer su identidad a nivel personal y en comunidad.

Es así como, Ewandam a través de La Madre Tierra y los espíritus de los ancestros, es quien guía en la sabiduría de la medicina ancestral a los sabedores, por lo cual crean la resistencia y la fuerza como guardianes, lo cual permite reconocerlos como tejedores, cuidadores y protectores originarios de los recursos naturales, con el propósito de salvaguardar el saber propio e implementar estrategias para el cuidado del medio ambiente, como: la siembra casera de hortalizas, plantas medicinales, etc. Por lo que, desde la cosmovisión y ley de origen Wounaan, ellos han creado una serie de rituales o prácticas culturales para cuidar la huerta, la madre tierra, preservar la alimentación y medicina ancestral. Los cuáles son:

- Hacer una rogativa a Ewandam para que crezca el fruto sembrado, que la tierra sea fértil y abundante. Y hablar con las plantas.
- Sembrar en luna llena y luna nueva para que crezca la planta medicinal y de alimento.
- La tierra fértil es la arenosa.
- Se le habla a la madre tierra, para que la siembra no quede pasmada.
- La persona que va a sembrar no puede tener relaciones sexuales días antes de cultivar, porque es faltarle el respeto a la naturaleza y madre tierra.
- Cuando se vaya a recoger la cosecha, la persona no puede haber tenido relaciones sexuales en los últimos días, ya que daña el fruto y la tierra se pasma para sembrar.
- Se debe hablar con las plantas, antes de recogerlas y utilizarlas con fines medicinales.

Para dar inicio a la implementación de la iniciativa ambiental, el equipo dentro del proceso de planeación de las acciones deberá contemplar dicha actividad, con el fin de definir las personas de la comunidad que participaran, cuáles serán los roles, en que espacio se implementara y la necesidad del seguimiento a la iniciativa, la cual estará enmarcada en una huerta ancestral, por lo cual se espera que en cabeza del perfil Benkhuun se oriente

la iniciativa al cultivo de plantas, frutas y demás que puedan ser utilizados posteriormente para la elaboración de medicina ancestral.

Se espera que el equipo desarrolle mínimo 1 seguimiento a la iniciativa al mes, en este seguimiento se convocaran personas de la comunidad o del cabildo y deberá evidenciarse el avance de esta.

Los insumos a utilizarse para el proceso de implementación de la iniciativa ambiental deberán ser solicitados de manera oportuna, se espera que pueda realizarse de manera trimestral con el fin de contar con stock suficiente, los insumos a solicitar son los que se encuentran cargados en el anexo de insumos del convenio y será la subred la encargada de dicha entrega oportuna al equipo.

Nota: Con el fin de poder realizar análisis de las acciones adelantadas por cada equipo, se establece el aporte al informe establecido en el marco del convenio.

Teniendo en cuenta las habilidades de lecto escritura y ofimáticas del perfil, el gestor comunitario del equipo es quien dará apoyo a los procesos administrativos del Benkhuun

10.8. Tabla resumen de la acción de bienestar:

Nombre de la actividad	Periodicidad	Perfiles del talento humano	Entregables
Acciones propias desde los Saberes Ancestrales (Medicina Ancestral y Partería)	mensual	Gestor (medico ancestral)	- Plan de acción con el cronograma concertado con la comunidad representativa, cargado en la plataforma Google drive habilitado desde nivel central al inicio de la vigencia y su respectivo seguimiento mensual. -Formato de sesiones colectivas diligenciadas con criterios de calidad y completitud. -Herramienta en aplicativo en línea SGINF- SDS de acciones colectivas con atenciones desde la medicina tradicional, diligenciadas con criterios de calidad y completitud.
Acompañamiento desde la medicina ancestral	mensualmente acorde a necesidad y/o concertación	Gestor (medico ancestral)	-Planilla de firmas que dé cuenta de los acompañamientos realizados
Participación de espacios comunitarios y articulación con el equipo	mensualmente acorde a necesidad y/o concertación	Gestor (medico ancestral)	-Los soportes presentados en la accion de bienestar "*Gestión del riesgo en familias del cabildo indígena Wounaan de Bogotá D.C Comunidad Baud Mos", actividad 1 y 3.*

compelmentario Wounaan.			*-Bitacora (para los casos en los que haya ingresado solo)*
Iniciativa comunitaria – Huerta ancestral	mensualmente acorde a necesidad y/o concertación	Gestor (medico ancestral) en articulación con el resto del equipo	-Listado de asistencia -Formato de bitácora

11. Acción de Bienestar 53: Plan de cuido para familias étnicas indígenas de los cabildos Muisca de Bosa y Muisca de Suba.

Los pueblos Muisca Bosa y Suba de Bogotá son herederos de una tradición milenaria que habitó el Altiplano Cundiboyacense antes de la llegada de los españoles. Formaban parte de la Confederación Muisca, una de las organizaciones sociopolíticas más complejas de la América prehispánica, reconocida por su sistema de cacicazgos, el intercambio económico basado en la sal, el oro y los mantos, una profunda espiritualidad ligada al sol, la luna, las aguas y la madre tierra y al territorio. Con la colonización, la imposición cultural y el despojo territorial, gran parte de sus prácticas fueron reprimidas, pero el pueblo muisca nunca desapareció: resistió, se transformó y hoy se reafirma como sujeto colectivo de derechos en medio de la ciudad.

En Bogotá, los muiscas están representados principalmente en dos cabildos indígenas reconocidos: el Cabildo Muisca de Suba y el Cabildo Muisca de Bosa. Estos espacios de gobierno propio constituyen la base de su organización política y comunitaria, amparados en la legislación indígena colombiana, pero sobre todo en su derecho mayor, la Ley de Origen. Los cabildos son lugares de concertación, decisión y acción colectiva, donde se trazan las rutas para el fortalecimiento cultural, espiritual y territorial en un contexto profundamente urbano y globalizado.

La vida muisca en la ciudad se caracteriza por la búsqueda de equilibrio entre la tradición y las dinámicas modernas. El territorio ancestral, aunque reducido y fragmentado, se mantiene vivo a través de los humedales, los cerros, las quebradas y otros espacios naturales que son reconocidos como lugares sagrados y de memoria. En ellos se realizan rituales, círculos de palabra y prácticas de medicina ancestral que conectan con la espiritualidad y el cuidado de la vida. La partería, el uso de plantas medicinales y las celebraciones alrededor del sol y la luna son expresiones que consolidan la identidad colectiva. Paralelamente, los procesos de revitalización de la lengua muisca o muysccubun, aunque incipientes, expresan un deseo profundo de recuperación cultural.

En materia de salud, los muiscas de Bogotá han señalado que la salud no se reduce a la atención biomédica, sino que se entiende como el equilibrio entre el cuerpo, el espíritu, la familia, la comunidad y el territorio. Documentos como la *Caracterización del Pueblo Muisca de Bosa* y el *ASIS Indígena de Bogotá* evidencian que sus principales problemáticas en salud están relacionadas con las condiciones de vida en un contexto urbano: la pérdida de territorio propio, la dificultad en el acceso a servicios con pertinencia cultural, las enfermedades crónicas y el impacto de la pobreza.

Sin embargo, también resaltan la vigencia de la medicina ancestral, la partería, el conocimiento de las plantas medicinales, los saberes de los mayores y la práctica del círculo de la palabra como mecanismos para sanar y fortalecer el bienestar colectivo.

En el ámbito económico y social, los muiscas han impulsado huertas comunitarias, tejidos, artesanías y proyectos productivos que fortalecen la autosostenibilidad y la economía propia. Estas iniciativas no solo tienen un carácter material, sino también simbólico, pues reafirman el vínculo con la tierra y la memoria ancestral. La educación propia y la participación en escenarios de salud, cultura y política urbana son, igualmente, campos donde se disputa el reconocimiento y la vigencia de su identidad como pueblo indígena.
La existencia de los muiscas en Bogotá cuestiona la idea de que las grandes ciudades son espacios homogéneos y desvinculados de lo indígena. Su presencia recuerda que Bogotá fue y sigue siendo territorio muisca, y que los pueblos originarios no son parte del pasado, sino sujetos vivos de resistencia y re-existencia. En medio de la urbanización, el pueblo muisca se afirma como guardián de la memoria, defensor del territorio y constructor de un proyecto colectivo basado en la autonomía, el gobierno propio, la continuidad cultural y la salud entendida como el cuidado integral de la vida.

11.1. Conceptualización de los elementos centrales de la acción de bienestar o acción de gestión para el bienestar

La acción de bienestar busca fortalecer la salud y el bienestar de las familias Muiscas de Bosa y Suba mediante un proceso integral que articula la concertación comunitaria, la identificación de riesgos familiares, el rescate de prácticas ancestrales de medicina tradicional y partería, y la articulación con el sistema distrital de salud. Este plan se fundamenta en la cosmovisión Muisca, reconociendo el territorio, la espiritualidad y el cuidado colectivo como ejes centrales del bienestar.

11.2. Objetivo General

Promover el cuidado integral de las familias Muiscas de Bosa y Suba mediante acciones concertadas que integren el conocimiento ancestral, la identificación de riesgos, la construcción de planes de bienestar familiar e individual y la articulación sectorial, con el fin de mejorar la calidad de vida y garantizar la pervivencia cultural.

11.3. Población sujeta de la intervención

Familias del Cabildo Indígena Muisca de Bosa y del Cabildo Indígena Muisca de Suba.

11.4. Talento humano

Profesional Psicosocial
Tecnico en salud
1 sabedor- (Partera o Medico Ancestral)

11.5. Unidad de medida

Avance al plan de acción

11.6. Forma de reporte de ejecución de la acción de bienestar

Comprende el seguimiento a las acciones desarrolladas con la población indígena Muisca de Bosa y Muisca de Suba, durante el periodo del convenio por parte de la subred Suroccidente y norte acorde a lo programado por plan de acción.

11.7. Descripción de la acción de bienestar

Esta actividad integra las acciones a desarrollar con las familias de cabildo indígena Muisca de Bosa y Muisca de Suba, las cuales buscan promover el acceso de sus integrantes a los servicios de salud, así mismo fortalecer procesos de cuidado que aporten a mejorar condiciones de vida y mitigar riesgos en salud, a través de acciones promocionales y preventivas, todas estas enfocadas a la pervivencia de la comunidad, reconocimiento de sus determinantes sociales y principales problemáticas en salud.

Dentro de esta acción se contempla el abordaje desde la dimensión de salud mental, teniendo en cuenta los factores de riesgo manifestados por parte de las autoridades y por las cuales se prioriza como una de las principales necesidades de abordaje.

Actividad 1. Proceso de diálogo, concertación y planeación del abordaje

El equipo gestionará un primer espacio con la instancia representativa de cada uno de los cabildos, con el fin de socializar las actividades a proyectar durante la vigencia, en diálogo y concertación, generar validación y priorización de familias sujetas de abordaje, acorde al censo propio de los cabildos, este será el insumo para la construcción del Plan de acción y definición de acciones familiares a desarrollar; este ejercicio de priorización de familias se realizará al inicio de la vigencia e inicio de adición, si se presenta o en caso de que por solicitud de las autoridades representativas se solicite realizar seguimiento y actualizar dicha priorización, durante la ejecución de la vigencia.

Teniendo en cuenta que actualmente se cuenta con una estrategia de abordaje a población indígena, denominada Medicina Ancestral indígena (MAI), y por medio de esta estrategia se cuenta con un equipo de abordaje a población Muisca, pero debido al alto número de personas indígenas muiscas en el distrito, se evidencia que la cobertura alcanzada por dicho equipo resulta insuficiente para la comunidad, se realiza proceso de articulación y dialogo con dicha estrategia y autoridades, definiendo que por parte del jurídico indígena se abordaran familias priorizadas desde el cabildo con las prioridades de gestantes, menores de 5 años y personas con condición crónica.

Para el caso de los 2 equipos desde más Bienestar en tu Hogar para abordaje a la comunidad indígena muisca de bosa y muisca de suba, a partir del proceso de priorización y entrega de familias a abordar por parte de los cabildos, se establecen los siguientes criterios de abordaje:

- Familias con personas diagnosticadas con Cáncer (mama, cérvix, próstata y colon)
- Familias con personas con discapacidad.
- Familias con personas con consumo problemático de SPA y/o alertas en salud mental.
- Familias aparentemente sanas en las que se identifique prácticas de riesgo en salud o posibles desarmonías, las cuales puedan ser disminuidas a través de un proceso de educación y orientación familiar por parte del equipo para así evitar la materialización del riesgo.

Una vez definidas las familias sujeto de abordaje por parte del equipo, se realizará un contacto previo con las familias, el cual podrá ser telefónico o presencial, para la concertación de la caracterización familiar, este contacto inicial contará con una destinación de tiempo de 4 horas mensual y deberá estar soportado en 1 acta mensual.

Actividad 2. Identificación de desarmonías, riesgos en salud y concertación del plan de bienestar familiar

Acorde al proceso de priorización de las familias, realizada junto con la autoridad representativa de los cabildos, se iniciará la búsqueda y abordaje de las familias priorizadas en sus viviendas, con las cuales se generarán de las siguientes acciones:

- Identificación de los integrantes de la familia, identificación de riesgos y alertas a nivel familiar e individual con los integrantes de cada núcleo familiar.
- Toma medidas antropométricas y toma signos vitales por parte del perfil gestor de bienestar, con el fin de identificar posibles factores, alertas o situaciones que pongan en riesgo la salud de las familias.
- Indagar a la familia e integrantes la presencia de posibles desarmonías o necesidad de valoración por parte del médico tradicional o partería.
- Realizar procesos de derivación, activación de rutas o canalización acorde a la necesidad identificada.
- Desde el perfil de sabedor (partería), se potencializará proceso de identificación de desarmonías en las mujeres en sus diferentes etapas y cursos de vida acorde a la necesidad.
- Desde el perfil de sabedor (medico tradicional), se potencializará proceso de identificación de desarmonías en la población en general.
- Identificación de riesgos desde la dimensión de salud mental, (riesgos psicosociales, pautas de crianza, posibles violencias entre otros)
- Establecer el plan de bienestar en salud propia e intercultural a ejecutar concertado con las familias, acorde a los riesgos, necesidades y desarmonías identificadas, por medio del fortalecimiento de acciones de cuidado familiar desde los usos y costumbres del cabildo indígena Muisca de Bosa y Muisca de Suba.
- Estas acciones y demás que se deriven del ejercicio de abordaje familiar deberán ser cargadas en la herramienta establecida para tal fin- aplicativo *GTAPS-SDS,* este cargue se realizará por parte del profesional y técnico en salud

- Gestión, información y orientación de casos de barreras de aseguramiento y/o acceso a salud.

Dicho proceso podrá ser realizado por los tres perfiles en conjunto, como también podrá ser realizada únicamente por el perfil de gestor de bienestar y acorde a los riesgos identificados se proyectará el accionar de los otros dos perfiles en cada una de las familias.

Actividad 3: Seguimiento y Cierre familiar

Para esta actividad y teniendo en cuenta los riesgos identificados por parte del gestor de bienestar durante el proceso de caracterización, se establece el accionar desde el equipo, en cada una de las familias, numero de seguimientos a realizar, estrategias y acciones a emprender con las mismas.

Una vez se cuente con la definición del plan de bienestar a desarrollar con las familias, por cada uno de los perfiles, se emprenderán las acciones de tipo educativas, por medio de implementación de acciones y estrategias que fomenten practicas protectoras en salud, integrando la concepción de salud y enfermedad propia de la comunidad, algunas de las acciones a desarrollar durante las sesiones serán:

- Realizar monitoreo y seguimiento de las condiciones de salud de los integrantes de las familias del cabildo indígena Muisca de Bosa y Muisca de Suba.
- Realizar acciones de promoción y prevención de las enfermedades incorporando temas desde la medicina occidental y medicina ancestral, acorde a los usos y costumbres de la comunidad. (uso de medicamentos, tratamientos, prioridades en salud según curso de vida).
- Desarrollar sesiones integrales que permitan fortalecer conceptos de salud de los integrantes de la familia, de manera practica y participativa.
- Identificar barreras de acceso a los servicios de salud, en cualquiera de los regímenes de atención con el fin de generar las acciones necesarias para su gestión.
- Aplicación de tamizajes SRQ, RQC y *COPE 28, por parte del perfil psicosocial en caso de identificarse algún riesgo y/o necesidades relacionadas con violencias y conductas desde la salud mental, dicha aplicación será socializada a la familia, dando a conocer el objetivo de la misma, con el fin de mantener el control, seguimiento y monitoreo del estado de salud emocional de la persona a la que se aplica el tamizaje, los resultados de dichos tamizajes se pondrán en consideración a la luz de los saberes ancestrales y sistema de conocimiento propio de la comunidad, donde a a partir de este ejercicio se dará manejo y acompañamiento sin superponer un conocimiento sobre el otro.*
- Realizar canalización a rutas integrales de atención en salud o sociales acorde a la necesidad o riesgo identificado, estas a cargo del técnico en salud.
- Validar en la población abordada adherencia a las rutas de promoción y mantenimiento, frecuencias de uso y en caso de que por cumplimiento de criterio sea objeto de una atención individual en el domicilio deberá activar el paso a paso requerido, con la orientación del líder operativo
- En caso de requerir atención desde la medicina ancestral por parte del perfil de medico ancestral, deberá implementar la atención acorde a sus usos, costumbre y concepción de salud y enfermedad del pueblo. Estas acciones buscan fortalecer la

salud integral, revitalizar los conocimientos ancestrales, transmitir prácticas intergeneracionales y aportar a la promoción y prevención desde la visión indígena. En caso de que dicha atención requiera ser realizada en lugar propio de la comunidad, podrá hacerse, posterior a información y convocatoria de las familias y esta será registrada en el formato de bitácora por parte del perfil ancestral.

- Aplicar la medicina ancestral o partería tradicional indígena según necesidades de atención de mujeres y familias priorizadas (preparación espiritual y física, masajes y sobos corporales, menarquia, menopausia, desequilibrios de menstruación, etc.)
- Intercambio de saberes con las familias para el fortalecimiento y pervivencia de las prácticas culturales según la cosmovisión Muisca, para contribuir a la armonía de la ley de origen de la comunidad.
    - *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.*
        - *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 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.*

- Registrar las acciones de seguimiento familiar en el módulo correspondiente del aplicativo en línea GTAPS-SDS dispuesto desde nivel central.

Una vez se realice balance de los compromisos concertados al momento de la caracterización familiar, se determina la finalización del abordaje a la familia o su continuación. Dicho balance se registrará en el aplicativo en línea GTAPS-SDS dispuesto desde nivel central, en caso de cumplir con los objetivos propuestos se realiza proceso de cierre familiar y se deberá registrar la fecha del cierre familiar, en este proceso de cierre deberá participar el perfil de gestor de bienestar con el fin de poder realizar toma de medidas antropométricas y toma de signos vitales de monitoreo.

Nota: La periodicidad del abordaje familiar será establecido por el equipo acorde a los riesgos identificados y/o desarmonías presentadas, basados en el tipo de atención requerido desde la medicina ancestral. Si superan 4 meses de abordaje, se deberá realizar la respectiva validación de la pertinencia en la continuidad del abordaje con el líder operativo.

Todas las sesiones desarrolladas como parte de la identificación, seguimiento y cierre deberán ser registradas en los módulos correspondientes del aplicativo en línea *GTAPS-*

SDS, para el campo de observaciones, deberán registrar de manera explícita el desarrollo de las actividades desde la medicina ancestral o partería, relacionando el uso de insumos de medicina ancestral a los que haya lugar.

Frente al accionar del perfil gestor en los procesos de seguimiento familiar, podrá desarrollar las temáticas de educación en el marco de la implementación del plan de bienestar familiar, como también podrá destinar dicho tiempo para generar procesos de gestión de barreras de acceso en salud como (agendamiento, afiliación, portabilidad, autorizaciones, medicamentos, entre otros) presentadas en las familias abordadas, alguna de ellas en articulación con el perfil de trabajo social dispuesto en el convenio y con las IPS, EAPB, entre otros y estas serán soportadas en planilla de gestor.

Se precisa que para los casos en que se identifique la necesidad de abordaje de tipo individual, se realizará la derivación correspondiente para el abordaje por el perfil requerido y este será asignado acorde a la apropiación territorial.

11.8. Actividad 4. *Participación en espacios comunitarios y de gobierno propio*

Esta actividad comprende la participación en espacios de gobierno propio (concejo de salud, concejo de gobierno o gobernabilidad, asambleas comunitarias, cambios de ciclo y/o trasnochos), para avanzar en el reconocimiento de las prácticas de cuidado propio del pueblo muisca de Suba y muisca de Bosa, en el marco del gobierno propio.

En estos escenarios deberá participar todo el equipo y se espera procesos de retroalimentación y difusión de las acciones realizadas en el marco del plan de cuido para la comunidad muisca de Bosa y de Suba, lo anterior acorde a la convocatoria desde el gobierno propio de cada uno de los cabildos.

11.9. Tabla resumen de la acción de bienestar:

Nombre de la actividad	Periodicidad	Perfiles del talento humano	Entregables
Proceso de diálogo, concertación y planeación del abordaje	Al inicio de la vigencia y en caso de requerirse actualización durante el convenio	Profesional universitario 2 • Profesional Psicosocial • Auxiliar de Enfermería 1 sabedor- (Partera o Medico Ancestral)	-Actas de concertación con autoridad representativa -Listado o matriz de familias priorizadas -Plan de acción concertado cargado en el DRIVE distrital dispuesto para ello.
Busqueda familiar e identificación del riesgo	Mensual	Profesional universitario 2 • Profesional Psicosocial	-Planilla de familias con consentimiento informado. -Archivo Plano de Caracterización Social y Ambiental, individuos y alertas. -Archivo Plano de tamizajes acorde a las prioridades intervenidas.

		• Auxiliar de Enfermería 1 sabedor- (Partera o Medico Ancestral)	-Archivo Plano de Plan de Bienestar y compromisos concertados -Formato de activación de rutas y prescripción social.
Seguimiento y cierre familiar	Mensual o acorde a la concertación familiar	Profesional universitario 2 • Profesional Psicosocial • Auxiliar de Enfermería 1 sabedor- (Partera o Medico Ancestral)	-Planilla de familias con consentimiento informado. -Archivo Plano de Caracterización Social y Ambiental, individuos y alertas. -Archivo Plano de tamizajes acorde a las prioridades intervenidas. -Archivo Plano de Plan de Bienestar y compromisos concertados -Formato de activación de rutas y prescripción social en caso de requerirse -Planilla de gestión para el gestor comunitario, según necesidad de la familia, usuario y/o comunidad. Formato de bitácora (perfil ancestral)
Participación en espacios comunitarios y de gobierno propio	Mensual acorde a la convocatoria	Profesional universitario 2 • Profesional Psicosocial • Auxiliar de Enfermería 1 sabedor- (Partera o Medico Ancestral)	-Actas y listado de asistencia. -Registro fotográfico

ABORDAJE DIFERENCIAL A FAMILIAS RROM – GITANAS

El pueblo Rrom gitano es originario del subcontinente indio, actualmente, son reconocidos a nivel gubernamental como pueblo con prácticas propias, las cuales legitiman su identidad cultural, entre estas, el uso de una lengua propia que le permite a la cultura mantenerse constantemente renovada desde sus propios fundamentos cognitivos fortaleciéndose y distanciando todo aquello que ponga en peligro su supervivencia. En Bogotá llevan aproximadamente 50 años, a lo largo de este tiempo, han modificado su forma de vivir nómada para pasar a viviendas como casas y reducir su población flotante, convirtiendo el territorio en un lugar permanente para hacer familia. se encuentran ubicados mayoritariamente en las localidades de Kennedy en los barrios Centro América, Igualdad y Nueva Marsella y en Puente Aranda en los barrios Pradera y Galán, el pueblo Rrom se caracteriza por ser fieles a sus costumbres como mantener su lengua de origen.

El pueblo Rrom en Bogotá cuenta con dos clanes los Bolochock y los rusos cada clan cuenta con una organización y con su respectivo representante legal, Organización Unión

Romaní (285 personas) y Organización Pro Rrom (416 personas) acorde con los datos reportados en el Censo Nacional de población y vivienda 2018.1

Los servicios en salud hacia la comunidad Rrom por parte del Estado deben reconocer la realidad del universo de significación Rrom como algo tangible que afecta la integralidad de su salud y bienestar. La medicina tradicional para los Rrom un aspecto muy importante para mantener una buena salud mental y física y acoge integralmente los aspectos culturales de su tradición en el tratamiento de la enfermedad. Culturalmente, la enfermedad es un aspecto tangible y no se trata de fantasías o delirios; es una manifestación real de un desequilibrio entre los Rrom y de esta manera se trata y se cura, atrayendo el bienestar y el bien ser del Rrom. La medicina tradicional estabiliza los daños que genera la enfermedad y arregla los desequilibrios tanto mentales como físicos en la comunidad Rrom. (Asis Rrom gitano, 2020).

El acceso a la atención integral en salud para el pueblo Rrom o Gitano es fundamental para reducir las desigualdades sanitarias y avanzar en su inclusión. Históricamente, esta población ha enfrentado múltiples barreras estructurales y sociales, como la discriminación, el desconocimiento cultural por parte del personal de salud y la baja cobertura de servicios adecuados a sus particularidades.

Aunque en contextos internacionales se han implementado estrategias para mejorar su acceso a la salud, estas no han logrado integrar plenamente su cosmovisión y prácticas culturales, lo que ha generado exclusión y deshumanización. En Colombia, la Política Pública para el Pueblo Rrom en Bogotá 2024–2036 reconoce la salud como un eje prioritario y propone garantizar una atención digna, preventiva y culturalmente pertinente.

Esta política promueve la articulación entre la medicina tradicional gitana y la atención convencional, e impulsa un enfoque diferencial que asegure condiciones de equidad y respeto por su identidad cultural. No obstante, persisten vacíos normativos que limitan el acceso efectivo del pueblo Rrom a los servicios de salud, pese al marco constitucional y la ratificación del Convenio 169 de la OIT. La Corte Constitucional ha instado al legislador a regular este derecho de forma específica.

La Guía para la Atención Integral en Salud del Pueblo Rrom con Enfoque Diferencial (2022) plantea herramientas prácticas para cerrar brechas, reconociendo la importancia de eliminar barreras culturales, integrar saberes ancestrales y garantizar una atención libre de discriminación. Entre las principales necesidades identificadas se encuentran:

1 (ASIS Rrom gitano, 2020).

negación del ingreso con acompañante, ausencia de traductores en lengua romaní y actos de deshumanización en la atención, como agresiones verbales.

Para avanzar en una atención efectiva, se requiere aplicar un enfoque culturalmente sensible que respete prácticas como la atención a mujeres por personal femenino y la presencia de familiares durante la consulta. El compromiso institucional debe orientarse no solo a ampliar el acceso, sino a construir un sistema de salud inclusivo, equitativo y respetuoso de la diversidad cultural del pueblo Rrom.

12. Acción de Bienestar 49. Concertación, dialogo e intercambio de saberes para la atención en salud de la Cumpaña Romani

Las actividades propuestas se enmarcan en el propósito de consolidar procesos de concertación, diálogo e intercambio de saberes en torno a la salud del pueblo Rrom o Gitano. Este propósito reconoce que la atención en salud debe responder a un enfoque diferencial, enraizado en la cosmovisión y en los sistemas de cuidado propios de la kumpaña. En este sentido, el Zakono constituye la base de toda acción, pues es la expresión viva de la identidad cultural del pueblo gitano, sustentada en su pertenencia étnica patrilineal, su tradición nómada o seminómada, la concepción de un origen común, la memoria de una historia compartida, su idioma propio, sus formas de autogobierno y sus instituciones jurídicas ancestrales. Todo ello configura un sistema de cohesión social en el que la vida se entiende como sinónimo de libertad y en el que la salud está profundamente ligada a los valores, roles de género y prácticas comunitarias que garantizan la continuidad cultural.

Desde esta perspectiva, la planificación conjunta de acciones en salud y su seguimiento, así como los espacios de socialización de resultados, se convierten en escenarios estratégicos no solo para fortalecer el vínculo con las instituciones, sino también para reafirmar la autonomía política y cultural del pueblo Rrom. Estos procesos permiten que las voces de líderes, consejeros y sabedoras sean escuchadas y tenidas en cuenta, visibilizando el papel de la medicina ancestral y de la lengua romaní como herramientas fundamentales de cuidado y de resistencia frente a la homogeneización cultural. La construcción de un documento de memoria, por su parte, se proyecta como un instrumento de preservación y transmisión de saberes que dará continuidad a la experiencia vivida y servirá de referencia para futuras generaciones.

A su vez, la participación en espacios comunitarios y de gobierno propio constituye un aporte directo al bienestar de la kumpaña, al reafirmar el derecho de la comunidad gitana a decidir sobre sus procesos de vida y salud. Estos escenarios no solo fortalecen la identidad colectiva, sino que también posicionan al pueblo Rrom en el marco de las discusiones sobre políticas públicas, exigiendo el reconocimiento de sus particularidades y el respeto a su diferencia cultural. Se trata, en esencia, de garantizar que la salud sea

entendida como un proceso integral que articula territorio, cultura, espiritualidad y gobierno propio.

Finalmente, el seguimiento a casos emergentes de hospitalización en el marco del *Zakono Romaní* asegura que la atención a situaciones críticas no se limite a lo biomédico, sino que se complemente con el acompañamiento comunitario, el registro y la validación de las acciones desarrolladas por el equipo. De este modo, se fortalece la articulación entre la comunidad y la institucionalidad, reconociendo que el bienestar del pueblo gitano solo puede lograrse cuando se respeta y se incorpora su sistema de cuidado propio. Así, cada una de estas actividades contribuye a la construcción de un modelo de atención en salud con enfoque diferencial, intercultural y profundamente arraigado en el Zakono, como expresión de vida, libertad y pervivencia cultural.

12.1. Conceptualización de los elementos centrales de la acción de bienestar o acción de gestión para el bienestar

La acción se fundamenta en el fortalecimiento de las formas de gobierno propio, a través de la concertación, el diálogo y el intercambio de saberes con la Kumpaña Romaní y sus 2 organizaciones, articulando los enfoques comunitarios, diferencial y de medicina ancestral del pueblo Gitano. El propósito es aportar al reconocimiento de los saberes propios de la comunidad gitana y fortalecerlos con estrategias de salud pública y bienestar, de manera que se garantice una atención integral, intercultural y pertinente.

12.2. Objetivo General

Fortalecer la concertación, el diálogo y el intercambio de saberes entre la kumpaña romaní, en el marco de la autonomía y el gobierno propio reconociendo los saberes ancestrales y su articulación con las entidades en salud, para garantizar una atención respetuosa, intercultural y pertinente.

12.3. Población sujeto de la intervención

La acción está dirigida a la Kumpaña Romani de Bogotá, incluyendo líderes, consejeros, sabedoras, familias y comunidad en general, con especial énfasis en el fortalecimiento del rol de las personas cuidadoras y en el acompañamiento a familias con necesidades de salud y bienestar.

12.4. Talento humano

Profesional Psicosocial
Profesional en Enfermería

2 Sabedoras (1 por organización)

12.5. Unidad de medida

Avance a plan de acción

12.6. Forma de reporte de ejecución de la acción de bienestar

Comprende el desarrollo y seguimiento a las acciones proyectadas en el plan de acción.

12.7. Descripción de la acción de bienestar:

La actividad de concertación, diálogo e intercambio de saberes constituye un eje central en la estrategia de bienestar de la Kumpaña Romani, ya que permite integrar la visión propia del pueblo gitano con las políticas y servicios de salud distrital. A través de estos espacios, se busca construir colectivamente un Plan de Acción que oriente las intervenciones, garantizando la participación de líderes, consejeros, sabedoras y la comunidad en general.

Estos encuentros no solo fortalecen la toma de decisiones conjuntas, sino que también generan procesos de seguimiento permanente, memoria colectiva y articulación interinstitucional. Además, son escenarios para socializar resultados, incidir en estrategias diferenciales y dar respuesta a situaciones emergentes como hospitalizaciones, enmarcadas en el Sakono Romaní. De esta manera, la actividad asegura que las acciones de salud y bienestar respondan a las realidades, necesidades y prácticas culturales de la comunidad, promoviendo el reconocimiento de la medicina ancestral, la lengua propia y el gobierno comunitario como pilares del cuidado integral.

Entre estas se encuentran:

Actividad 1: Concertación y seguimiento al plan de acción

En esta actividad, de manera conjunta se realizará un plan de acción en el cual se establecen las acciones a desarrollar con la comunidad, en el primer mes, se revisará la priorización de las familias sujeto de abordaje para cada una de las organizaciones (Unión Romani- Pro Rrom), así como la definición de elementos mínimos para el desarrollo de las sesiones colectivas y de medicina ancestral. Para los meses siguientes, se configura como seguimiento al plan de acción, en este se debe visibilizar la participación de lideres y consejeros.

Actividad 2: Espacios de socialización comunitaria

Estos espacios tendrán como objetivo la socialización de los resultados en salud de las familias abordadas, entendidos como escenarios de encuentro y diálogo colectivo donde la información no se limite a un reporte técnico, sino que adquiera sentido para la comunidad. En ellos se busca generar confianza y transparencia, permitiendo que las acciones realizadas sean conocidas, discutidas y enriquecidas por la kumpaña romaní.

En cada espacio deberá visibilizarse la participación activa de los líderes y consejeros, quienes cumplen un papel fundamental en la orientación política, cultural y organizativa del proceso. Su presencia garantiza que los resultados no solo se comprendan desde una dimensión individual o familiar, sino también desde la perspectiva del gobierno propio y la autonomía del pueblo gitano.

De igual forma, estos encuentros deberán incluir aspectos de interés de la comunidad, tales como prácticas de medicina ancestral, necesidades emergentes identificadas, aprendizajes colectivos y propuestas que surjan de los propios participantes. Al dar cabida a estas voces, los espacios de socialización se transforman en verdaderos escenarios de construcción conjunta, donde los resultados no se presentan como un producto cerrado, sino como una oportunidad para fortalecer el cuidado de la vida desde el Zakono, reafirmando la identidad, la lengua y la memoria del pueblo Rrom.

Actividad 3: Elaboración de documento de memoria

El proceso debe contar con un reporte de avance *para los meses de noviembre del año 2026 y abril del año 2027,* entendido como un instrumento de seguimiento y sistematización que permita dar cuenta de las acciones desarrolladas, los logros alcanzados y los aprendizajes obtenidos en el marco de la atención en salud de la kumpaña romaní. Dicho reporte no se limitará a un registro técnico, sino que visibilizará de manera activa la participación de líderes y consejeros, reconociendo su papel fundamental en la orientación política y comunitaria de las decisiones.

Asimismo, los reportes darán especial relevancia a la voz de las sabedoras, como guardianas de la medicina ancestral y de los conocimientos transmitidos de generación en generación, resaltando su contribución en los procesos de cuidado de la vida y la salud. De esta manera, cada informe no solo reflejará avances administrativos, sino que también será una oportunidad para darle fuerza y legitimidad a la medicina ancestral como pilar central del sistema propio de cuidado del pueblo Rrom.

Finalmente, el reporte integrará elementos relacionados con la lengua romaní, no solo como vehículo de comunicación, sino como expresión de identidad y pervivencia cultural. Al incorporar la lengua propia en la construcción y presentación de los avances, se fortalece la autonomía cultural y se reafirma que la salud del pueblo gitano solo puede entenderse desde el Zakono, en el que se entrelazan el idioma, los valores, la memoria y la libertad como fundamentos del bienestar colectivo.

En esta actividad, se incluye la participación del equipo en reuniones convocadas por el equipo de la SDS, en el ánimo de seguir fortaleciendo las acciones para con el pueblo Rrom Gitano.

Actividad 4: Participación en espacios comunitarios y de gobierno propio

La participación en espacios comunitarios y de gobierno propio se concibe como un aporte esencial al bienestar del pueblo gitano, ya que permite fortalecer la autonomía, la cohesión social y la toma de decisiones colectivas en torno a la salud y la vida comunitaria. Estos espacios son instancias de encuentro donde se articulan la palabra, la memoria y la identidad, reafirmando el Zakono como principio rector de las acciones y decisiones.

El involucramiento de líderes, consejeros, sabedoras y demás integrantes de la kumpaña posibilita que las necesidades, preocupaciones y propuestas de la comunidad sean reconocidas y atendidas desde una perspectiva integral. Así, se asegura que las estrategias de salud no se diseñen de manera externa o ajena, sino que respondan a la cosmovisión gitana, en la cual la libertad, el cuidado propio y la vida en comunidad son ejes centrales.

Además, estos espacios representan una oportunidad para posicionar al pueblo Rrom en escenarios de interlocución política y social, tanto internos como externos, visibilizando sus aportes y demandas en el marco de la construcción de políticas públicas con enfoque diferencial. Al mismo tiempo, consolidan un ejercicio de gobernanza en salud que reconoce la medicina ancestral, la lengua romaní y las formas tradicionales de organización como pilares fundamentales de la pervivencia cultural y del bienestar colectivo.

Actividad 5: Casos emergentes- acompañamiento familiar ante situaciones de hospitalización en el marco del Zakono Romaní

En el marco del Zakono Romaní, las situaciones de hospitalización de integrantes de la kumpaña pueden generar necesidades específicas de orientación y acompañamiento para las familias, especialmente cuando se presentan barreras de acceso a los servicios de salud o dificultades para comprender la información y las decisiones relacionadas con la atención recibida. En este sentido, la estrategia contempla acciones dirigidas a facilitar la comunicación, promover la comprensión de los procesos de atención en salud y fortalecer el acompañamiento comunitario, respetando las costumbres, la autonomía y las formas propias de organización del pueblo Rrom.

Esta actividad se desarrollará únicamente en aquellos casos de hospitalización en los que se identifiquen barreras de acceso, dificultades en la comprensión de la información suministrada por los servicios de salud, la necesidad de interpretar las acciones, procedimientos, indicaciones o decisiones adoptadas durante la atención hospitalaria; o

personas sin red de apoyo. Su alcance no comprende la atención clínica, la gestión asistencial ni el seguimiento intrahospitalario de la persona hospitalizada, sino el acompañamiento y la orientación a la familia frente a situaciones que puedan afectar el acceso efectivo, la continuidad de la atención o la comprensión del proceso de hospitalización.

En los casos que cumplan con estos criterios, el equipo realizará la identificación de las necesidades en el marco de la atención, presentadas por el usuario o por el acompañante, brindará orientación sobre las rutas institucionales disponibles y adelantará las acciones de articulación que resulten pertinentes para contribuir a la garantía del derecho a la salud. La información correspondiente será consolidada y reportada periódicamente a la Subred Integrada de Servicios de Salud, como mecanismo de seguimiento y coordinación institucional.

Asimismo, el equipo diligenciará el instrumento de seguimiento definido para estos casos, registrando las barreras identificadas, las necesidades de orientación manifestadas por la familia, las acciones de acompañamiento desarrolladas, las gestiones de articulación realizadas y, cuando corresponda, la participación de líderes, consejeros o referentes comunitarios. De esta manera, la actividad se configura como una acción de apoyo intercultural orientada a favorecer la comprensión, el acceso y la continuidad de la atención en salud durante los procesos de hospitalización que requieran acompañamiento específico.

12.8. Tabla resumen de la acción de bienestar:

Nombre de la actividad	Periodicidad	Perfiles del talento humano	Entregables
Concertación y seguimiento al plan de acción	Mensual, (Concertación el Primer Mes. A partir del segundo se configura como Seguimiento)	Profesional universitario 2 (Psicología-Enfermería) Gestores (2 sabedoras (1 por organización)	-Plan de acción con el cronograma concertado con la autoridad representativa, cargado en la plataforma Google drive habilitado desde nivel central al inicio de la vigencia y su respectivo seguimiento mensual -Actas de reunión y listado de asistencia
Espacios de socialización comunitaria	Mensual	Profesional universitario 2 (Psicología-Enfermería) Gestores (2 sabedoras (1 por organización)	-Actas de reunión y listado de asistencia

Elaboración de documento de memoria	Bimensual	Profesional universitario 2 (Psicología-Enfermería) Gestores (2 sabedoras (1 por organización)	-Actas de reunión y listado de asistencia -Documento de memoria con avance *en los meses de noviembre del año 2026 y abril del año 2027,* cargado en la plataforma Google drive habilitada desde nivel central.
Participación en espacios comunitarios y de gobierno propio	Mensual	Profesional universitario 2 (Psicología-Enfermería) Gestores (2 sabedoras (1 por organización)	-Actas de reunión y listado de asistencia donde se refleje los temas abordados en el marco del gobierno propio
Casos emergentes-Seguimiento a Hospitalización en el marco del Zakono Romaní	Mensual	Profesional universitario 2 (Psicología-Enfermería) Gestores (2 sabedoras (1 por organización)	-Planilla de gestiones.

13. Acción de Bienestar 50. Cuidado sastimasco para la Cumpaña Romani

El cuidado *sastimasko* se entiende como una acción integral de bienestar y salud dirigida a las familias de la kumpaña romaní, reconociendo que la vida, el cuerpo y la salud se conciben desde la cosmovisión gitana como un todo inseparable de la libertad, la memoria y la identidad colectiva. Este abordaje busca fortalecer la atención en salud desde un enfoque comunitario, respetuoso de la cultura y de los sistemas de cuidado propios, en los que el Zakono se erige como fundamento de cohesión y de orientación.

En este marco, se abordarán familias de manera directa, a través de visitas y encuentros comunitarios que permitan identificar sus necesidades, preocupaciones y prácticas de cuidado, siempre en diálogo con la medicina ancestral y la lengua romaní. Este proceso reconoce a las sabedoras, líderes y consejeros como actores fundamentales en la identificación de riesgos y en la orientación de las acciones de cuidado.

Asimismo, se contempla la posibilidad de realizar seguimientos específicos a las familias que lo requieran, según el nivel de riesgo identificado o las necesidades particulares encontradas durante el acompañamiento. Estos seguimientos serán diferenciales, pues incorporarán tanto criterios biomédicos como los valores, las dinámicas comunitarias y las prácticas propias de cuidado que caracterizan a la kumpaña.

De este modo, el cuidado *sastimasko* no se limita a la intervención puntual de problemas de salud, sino que se proyecta como un proceso sostenido que fortalece la vida familiar y comunitaria, visibiliza el papel de la medicina ancestral y contribuye al bienestar integral del pueblo gitano, en coherencia con su visión del tiempo, la libertad y la unidad como principios de pervivencia cultural.

13.1. *Conceptualización de los elementos centrales de la acción de bienestar o acción de gestión para el bienestar*

Las sesiones de abordaje familiar se constituyen en espacios de escucha activa, diálogo cercano y acompañamiento integral a familias Rrom – Gitanas de las organizaciones Unión Romaní y ProRrom previamente priorizadas. Estas sesiones buscan identificar riesgos y necesidades particulares, promover prácticas de cuidado en el hogar y garantizar la vinculación a rutas de atención en salud y bienestar.

13.2. Objetivo General

Desarrollar el abordaje y seguimiento integral a las familias de la kumpaña romaní, garantizando la atención en salud y la gestión del riesgo individual en la modalidad de atención en casa, de acuerdo con las necesidades, situaciones identificadas y el respeto por los usos y costumbres del pueblo gitano.

13.3. Población sujeto de la intervención

Familias de las organizaciones ProRrom y Unión Romaní, definidas por los procesos de liderazgo y gobierno propio del Pueblo Rrom – Gitano.

13.4. Talento humano

Profesional en Psicología
Profesional en Enfermería
2 sabedoras (1 por organización)

13.5. Unidad de medida

Sesiones

13.6. Forma de reporte de ejecución de la acción de bienestar

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

Se realiza reporte de una unidad al completar el ingreso de todos los perfiles a la familia, en el caso del perfil de sabedor, deberá ingresar a las familias de su organización.

13.7. Descripción de la acción de bienestar:

El proceso contempla realizar atención a las familias Rrom, para la identificación de Riesgos en salud, para que, a través del acompañamiento del equipo de salud, se pueda brindar apoyo, teniendo en cuenta el proceso de enfoque diferencial.

Se realizarán seguimientos mensuales a las familias y hasta tres seguimientos adicionales, según el riesgo identificado, lo cual permite personalizar las intervenciones y dar continuidad al acompañamiento.

En cada sesión se abordan aspectos de salud física, emocional, social y fortalecimiento de la cultura, reconociendo los roles de cuidado, las prácticas comunitarias y las dinámicas familiares propias. Asimismo, se propicia la reflexión sobre la corresponsabilidad en el cuidado, y se fortalecen los vínculos con los programas sectoriales e intersectoriales en el caso de identificarse alguna necesidad, incluida la atención individual resolutiva que deberá realizar la enfermera, o en el caso de necesitarse atención por Medicina o Nutrición, esta deberá estar mediada por el equipo de salud.

Actividad 1. ***Caracterización y formulación de Plan de bienestar Diferencial en Familias del pueblo Rrom – Gitano***

La caracterización y formulación de este plan parte del enfoque étnico diferencial, entendiendo que el pueblo Rrom – Gitano conserva prácticas culturales compartidas que se expresan en su historia, identidad y cosmovisión. Estas incluyen sus formas de vida nómadas o seminómadas, los vínculos familiares extensos, la transmisión de saberes por la oralidad, la importancia de la organización como núcleo social, sus tradiciones, rituales y costumbres que conforman un patrimonio cultural tangible e intangible que otorga identidad colectiva y cohesiona a la comunidad.

El abordaje familiar se desarrollará de manera directa en las viviendas, espacios donde habita la población Rrom, garantizando la cercanía y el respeto por su organización social y cultural.

Dentro de las familias abordadas podrán estar:

- Familias priorizadas en el marco del proceso de gobierno propio y por cada organización
- Derivación de los equipos territoriales, familias abordadas de manera previa por los equipos territoriales de equipos más bienestar en tu hogar, ya sea por medio del recorrido casa a casa o identificación de dicha población en otros escenarios, realizaran proceso de derivación; (previa verificación de la pertenencia étnica gitana)

- Notificación de eventos de intereses en salud pública: Se abordarán aquellas familias con integrantes notificados desde los diferentes subsistemas de vigilancia en salud pública (SIVIM- SISVECOS): en caso de presentarse y en el marco del Sakono Romani, que ampara los usos y costumbres del pueblo Rrom - Gitano y con estos casos se deberá asegurar la periodicidad de los seguimientos acorde al evento presentado.
- Familias abordadas en vigencias anteriores: se podrán retomar aquellas familias abordadas en un tiempo mayor a 7 meses en las cuales se identifique un riesgo diferente al inicialmente abordado o que la condición de salud, presente novedades, por lo cual deberá contener un ejercicio de definición del riesgo actual y justificación de la necesidad de abordaje en caso que el riesgo continue siendo el mismo; esto teniendo en cuenta las condiciones del pueblo en las que se encuentran los traslados y regresos al territorio de Bogotá, Practicas de cuidado, estructura de gobierno y recomendaciones de cuidado comunitario.

Teniendo en cuenta lo anterior y para los casos en los cuales se logre el ingreso a la familia, se da inicio con el proceso de Caracterización social/ambiental de la familia, el cual busca poder identificar el riesgo en salud tanto de la familia como de los individuos que la componen, esto se dará a través de diálogo de saberes entendiendo este como el proceso reflexivo, de confianza y de respeto frente a la escucha asertiva del otro, integrando los usos, costumbres, creencias propias de la comunidad y también la medicina desde la mirada occidental.

De igual forma, según el criterio de priorización, los eventos de interés en salud pública presentes en la familia y el curso de vida de sus integrantes, se deberán aplicar los tamizajes dispuestos en el aplicativo en línea *GTAPS-SDS*, módulo de tamizajes, acorde a la prioridad de abordaje, definidos en el documento de la interacción integral e integrada. Cuidado Continuo por una vida con Bienestar, teniendo en cuenta las restricciones para la población, en el marco de las condiciones Tabú que el equipo ha identificado.

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

- Identificación de necesidades para la activación a rutas sectoriales e intersectoriales, (proceso a articular con gestión de programas y eventos de interés en salud pública y gestión de políticas), según el evento y prescripción social.
- Realizar notificación a los subsistemas de vigilancia correspondiente, del 100% de los casos que cumplan con criterio, los casos de violencia al Subsistema de Vigilancia de Violencia Infantil y Maltrato Intrafamiliar (SIVIM), los casos de conducta suicida al Subsistema de Vigilancia de Conducta Suicida (SISVECOS); en el caso de ser necesario.
- Reconocer prácticas de autocuidado de la salud a nivel individual y de cuidado familiar colectivo reconociendo prácticas propias.
- Rescatar potencialidades y factores protectores de la familia y comunidad.

- Explorar habilidades, conocimientos, experiencias, valores, tradiciones, visiones del mundo respecto al cuidado de la salud, desde su contexto y cultura.
- Realimentar los hallazgos que el equipo identifica de manera inicial de acuerdo con los riegos en, la salud caracterización social y ambiental, contrastando con lo que la familia percibe de sí misma.
- Criterios de abordaje para la atención de tipo individual en los integrantes de las familias caracterizadas por el equipo.
    - *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 abordaje a las familias, será clave la participación de todo el equipo incluyendo la sabedora de cada organización, con el fin de identificar necesidades presentes en la familia y así mismo establecer el accionar de cada uno de los perfiles para la concertación y seguimiento del plan de cuidado familiar y en caso de identificarse necesidades de gestión y/o movilización.

Posterior al proceso de identificación de los riesgos familiares e individuales se realiza la concertación del Plan de bienestar Familiar en el cual el equipo, deberá realizar un

proceso reflexivo identificando los riesgos y vulnerabilidades, permitiendo la construcción del plan de bienestar familiar, el cual contemplará como prioridad la Estrategia Cuidado de la salud desde la Medicina Ancestral con sus respectivas acciones diferenciales y debe identificar los principales aspectos a trabajar de manera concertada con la familia, para la mitigación de riesgos en salud y el fortalecimiento de pautas de cuidado y estilos de vida saludable, acorde a las necesidades, lo anterior concertado en conjunto con la familia y reconociendo que allí se pondrán en dialogo las dos medicinas y que de esta forma apuntamos a un proceso de cuidado y preservación de la salud integral y con enfoque diferencial.

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

Actividad 2. *Implementación y cierre de Plan de bienestar Cuidado Diferencial en Familias del pueblo Rrom –Gitano*

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

En este momento, se hará entrega del tablero de plan de bienestar familiar en donde se consignarán todos aquellos compromisos concertados con los integrantes de la familia y sus avances en cada una de las visitas de seguimiento.

El plan de bienestar familiar debe incorporar acciones como:

- Brindar Información y educación en salud para establecer acciones que la familia puede implementar en su vivienda para el manejo de los riesgos identificados.
- Desarrollar acciones promocionales para la adopción de comportamiento y conductas positivas para la salud desde practicas propias de salud y cuidado, donde se incluyan acciones preventivas en el hogar, de igual forma, las relacionadas con la ruta de promoción y mantenimiento de la salud y temáticas promocionales para una vida saludable y activa.
- Posterior a la identificación del riesgo en salud, el equipo deberá realizar seguimiento de todos los eventos de interés en salud pública.
- Realizar activación de rutas sectoriales e intersectoriales en caso de requerirse, de la misma manera, indicar dentro del plan de bienestar la anotación en los casos donde la familia no permite realizar este proceso.
- Notificar al equipo de gestión operativa, los casos que requieren asignación de cita o gestión con su EAPB.

- Aplicación de tamizajes SRQ, RQC y *COPE 28, por parte del perfil psicosocial en caso de identificarse algún riesgo y/o necesidades relacionadas con violencias y conductas desde la salud mental, dicha aplicación será socializada a la familia, dando a conocer el objetivo de la misma, con el fin de mantener el control, seguimiento y monitoreo del estado de salud emocional de la persona a la que se aplica el tamizaje, los resultados de dichos tamizajes se pondrán en consideración a la luz de los saberes ancestrales y sistema de conocimiento propio de la comunidad, donde a a partir de este ejercicio se dará manejo y acompañamiento sin superponer un conocimiento sobre el otro.*
- Realizar seguimiento a las variables y aspectos técnicos específicos para cada familia según su prioridad.
- Realizar acciones promocionales y preventivas desde el enfoque intercultural por medio de los perfiles ancestrales y en caso de requerirse alguna atención desde la medicina ancestral podrá realizarse.
- Brindar educación relacionada con derechos sexuales y reproductivos, con mayor énfasis en aquellas familias donde se identifique población en edad fértil sin método de planificación familiar, este liderado por el profesional de enfermería del equipo. ***Estos temas deberán ser abordados en el marco de los usos y costumbres del pueblo evitando transgredir sus prácticas culturales, es fundamental consultar a la familia, previo a su abordaje***
- Seguimiento a los compromisos instaurados con la familia, con el fin de realizar balance a través del seguimiento y definir la necesidad de la continuidad del abordaje con la familia o si se evidencia adopción de prácticas protectoras y herramientas socializadas que consideren pueda finalizar el proceso de seguimiento familiar.
- Es importante que el talento humano con pertenencia étnica potencialice el uso de los recursos y ayudas materiales pedagógicas dadas a las familias desde un enfoque diferencial, así como espacios en la vivienda, horarios y prácticas comunitarias.
- Una vez los profesionales validen que se ha dado cumplimiento a los compromisos, se llevará a cabo la evaluación final, con el fin de identificar el efecto e impacto de la acción en la familia, a partir de las alertas iniciales, estrategias y acciones desarrolladas con la familia, según la especificidad del evento o situación que generó el abordaje a través de plan familiar. Es de aclarar que esta se puede contemplar como parte del abordaje en la última sesión

Aspectos a tener en cuenta:

- Se precisa que los casos en que se identifiquen necesidades sectoriales e intersectoriales que requieran un proceso de activación de ruta sectoriales e intersectoriales y prescripción social por medio del SIRC, deberán ser por criterios diferentes a los ya establecidos para el abordaje por parte de los Equipos más Bienestar en tu hogar.

- Para el caso de las familias en las cuales se identifique población con necesidades de atención y gestión del riesgo individual, se deberá tener en cuenta la nota

expuesta al inicio de la presente ficha técnica, en la cual se encuentra la ruta y proceso a desarrollarse, así como los criterios y aspectos claves para tener en cuenta dentro de la ruta establecida.

- Para el caso de las familias en las cuales se identifiquen personas con discapacidad, podrán ser derivadas al equipo de abordaje de la acción de bienestar-RBC, lo anterior concertado con la familia y sus integrantes, favoreciendo el abordaje y la disposición del núcleo familiar hacía el equipo.

- Con el fin de poder realizar análisis de las acciones adelantadas por cada equipo, se establece el aporte al informe establecido en el marco del convenio.

- Para las dos actividades de la acción de bienestar, se realizará el registro de la información correspondiente, en aplicativo en línea *GTAPS-SDS***,** al cual accede cada uno de los perfiles del equipo 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.

Para aquellas familias en las que se identifica la necesidad de acompañamiento superior a los 5 meses:

Si después de este periodo la familia continua con algún riesgo sujeto de abordaje por parte del equipo ya sea por riesgos es salud occidental, propios o ancestrales podrán extender los seguimientos hasta por 2 meses adicionales y deberá quedar registrado en las observaciones de la implementación del plan de cuidado. Posterior a esto se deberá validar junto con la líder operativa la pertinencia de la continuidad del abordaje familiar, así mismo se tendrán en cuenta las recomendaciones dadas por la organización Gitana, en el marco de sus procesos organizativos.

Estas particularidades deberán ser registradas en observaciones del plan de cuidado familiar, relacionando acorde al riesgo identificado.

13.8. Tabla resumen de la acción de bienestar:

Nombre de la actividad	**Periodicidad**	**Perfiles del talento humano**	**Entregables**
Caracterización y formulación de Plan de bienestar Diferencial en Familias de Rrom -Gitano	Mensual, según la programación en el plan de acción y de acuerdo con las dinámicas propias.	Profesional universitario 2 (Psicología-Enfermería) Gestores (2 sabedoras (1 por organización)	-Planilla de familias con consentimiento informado. -Archivo Plano de Caracterización Social y Ambiental, individuos y alertas. -Archivo Plano de tamizajes acorde a las prioridades intervenidas y con las particularidades

			-Archivo Plano de Plan de Bienestar y compromisos concertados -Formato de activación de rutas y prescripción social. -Formato de notificación de eventos de interés en salud publica en caso de presentarse el evento. (SIVIM-SISVECOS)
Implementación y cierre de Plan de bienestar Cuidado Diferencial en Familias del pueblo Rrom – Gitano	Mensual	Profesional universitario 2 (Psicología-Enfermería) Gestores (2 sabedoras (1 por organización)	-Archivo Plano de Caracterización Social y Ambiental, individuos y alertas. -Archivo Plano de tamizajes acorde a las prioridades intervenidas y con las particularidades -Archivo Plano de Plan de Bienestar y compromisos concertados -Formato de activación de rutas y prescripción social. -Formato de notificación de eventos de interés en salud publica en caso de presentarse el evento. (SIVIM-SISVECOS)

14. Acción de Bienestar 51. Arakadimos Cumpañaco desde la medicina ancestral

El Arakadimos Cumpañaco constituye un espacio fundamental para el cuidado y el bienestar del pueblo Rrom – Gitano, donde la medicina ancestral se convierte en el eje articulador de la vida comunitaria y la pervivencia cultural. Desde esta mirada, la salud no se limita a la ausencia de enfermedad, sino que se entiende como el equilibrio entre el cuerpo, la mente, el espíritu y la colectividad.

La práctica ancestral en el Arakadimos integra saberes transmitidos de generación en generación, que incluyen el uso de plantas medicinales, las palabras de sanación, los rituales comunitarios y las formas propias de acompañamiento espiritual. En este escenario, el cuidado de la vida se ejerce en estrecha relación con la naturaleza, el respeto por los mayores y el reconocimiento de los roles familiares que sostienen la cohesión social de la kumpania.

De esta manera, el Arakadimos Cumpañaco se consolida como un espacio de encuentro y fortalecimiento cultural donde se recuperan y actualizan las prácticas de la medicina ancestral, a la vez que se reafirma la identidad Rrom y su derecho a la autonomía en salud. Es allí donde la comunidad encuentra un lugar para sanar, compartir, reflexionar y reafirmar su memoria colectiva, garantizando que el cuidado propio siga siendo el fundamento de la vida en comunidad.

14.1. *Conceptualización de los elementos centrales de la acción de bienestar o acción de gestión para el bienestar*

Las jornadas de medicina ancestral se desarrollan como espacios comunitarios en los que la Kumpaña Romani reafirma y revitaliza sus saberes propios. Estas jornadas integran prácticas de sanación, espiritualidad, uso de plantas medicinales, palabra sabia y fortalecimiento de la lengua Romaní, todo ello guiado por las sabedoras reconocidas por la comunidad.

Además de atender necesidades individuales y familiares de salud, las jornadas cumplen un rol de reconstrucción del tejido social, promoviendo la cohesión comunitaria, la transmisión intergeneracional de conocimientos y la valoración de la identidad cultural. Se busca que estas prácticas convivan de manera armónica con la oferta distrital de servicios de salud, promoviendo la interculturalidad y el reconocimiento de la medicina ancestral como parte integral del bienestar de la comunidad

14.2. Objetivo General

Fortalecer el cuidado integral de la vida en las Organizaciones Rrom –Gitanas,a través del Arakadimos Cumpañaco (Medicina Ancestral), promoviendo el reconocimiento y la práctica de la medicina ancestral como fundamento de la salud, la identidad cultural y la cohesión comunitaria, en articulación con los procesos de acompañamiento familiar y comunitario

14.3. Población sujeto de la intervención

Familias del pueblo Rrom Gitano, de las organizaciones ProRrom y Unión Romaní

14.4. Talento humano

Profesional en Psicología
Profesional en Enfermería
2 sabedoras (1 por organización)

14.5. Unidad de medida

Sesione ancestral

14.6. Forma de reporte de ejecución de la acción de bienestar

Comprende el desarrollo de acciones desde la medicina ancestral por medio de la entrega y orientación de las diferentes medicinas en las que se incluye el alimento propio como pilar que sostiene el bienestar del pueblo gitano.

14.7. Descripción de la acción de bienestar:

Involucra todas aquellas acciones desarrolladas el pueblo e individuos, llevados a cabo en espacios propios o en las viviendas, enmarcados en los Saberes Ancestrales para el pueblo gitano (medicina ancestral), enfocados en la orientación a situaciones en salud, por medio del uso de insumos ancestrales y alimentos como medicina.

Actividad 1. Sesiones de *medicina tradicional*

Son aquellas que buscan fortalecer la salud propia de la población gitana en Bogotá, promoviendo un enfoque que respete y valore su herencia cultural y sus prácticas ancestrales que aportan al cuidado de la salud Gitana. Para lo cual se debe realizar un proceso reflexivo en el cual se identifiquen las situaciones de salud propia acorde a sus prácticas culturales en medicina tradicional y en las cuales las sabedoras realizaran atenciones desde su saber de manera concertada con la familia, para la mitigación de riesgos en salud y orientaciones en salud conforme a sus usos y costumbres.

Para el desarrollo de estas acciones se cuenta con insumos de medicina ancestral, los cuales serán utilizados de manera óptima por las sabedoras del equipo, para el manejo de enfermedades desde la mirada tradicional dentro del espacio familiar en cada una de las viviendas o en espacio propio del pueblo, en el caso de que sea desarrollado en la vivienda, estará consignado en la herramienta, aplicativo en línea, módulo de plan de cuidado familiar, para el caso de desarrollarse en espacios propios del pueblo, deberá estar soportado por medio *de formato y herramienta* en aplicativo en línea SGINF-SDS de acciones colectivas, con una participación de mínimo 10 personas.

Dentro de las acciones que desarrollara cada uno de los perfiles se encuentra:

Sabedor o Sabedora: Realizar orientación en salud desde la perspectiva tradicional y de las practicas curativas propias**,** tratamientos con plantas medicinales, alimento y practicas ancestrales.

Enfermería: Realizará valoración del riesgo a la población asistente, por medio de la toma de medidas antropométricas, toma de signos vitales para la identificación de riesgos en salud, seguimiento a condiciones crónicas, adherencia a las ruta de promoción y mantenimiento*, con el fin de realizar derivación y canalización acorde a la necesidad, educación para la salud, promoción de buenas prácticas y prevención de la enfermedad, además realizara registro de la actividad en formulario de acciones colectivas del aplicativo GTAPS – SDS*

Psicología: Realizara orientación a la comunidad que acuda al espacio desde las practicas protectoras en salud mental, adicional a la socialización de líneas de escucha y apoyo en salud mental como línea 106, línea 141 (atención para niños, niñas y adolescentes), línea purpura, línea 123 emergencias, 3057109994 (línea de atención psicosocial del distrito), línea salvavida (+57 3117668666), línea diversa (3108644214), aporte a la relatoria dispuesta en el formulario de acciones colectivas del aplicativo GTAPS-SDS, lo anterior acorde a los usos, costumbres y tabú del pueblo gitano.

Nota: En el caso de identificarse una necesidad de tipo individual y esté relacionada con el abordaje por otros perfiles como (medicina, nutrición, psicología, terapias, odontología), estos serán desarrollados por los perfiles transversales dispuestos según la apropiación territorial.

14.8. Tabla resumen de la acción de bienestar:

Nombre de la actividad	Periodicidad	Perfiles del talento humano	Entregables
Arakadimos Cumpañaco desde la medicina ancestral	Mensual	Profesional universitario 2 (Psicología-Enfermería) Gestores (2 sabedoras (1 por organización)	- Formato de sesiones colectivas diligenciadas con criterios de calidad y completitud. -Herramienta en aplicativo en línea GTAPS-SDS de acciones colectivas con atenciones desde la medicina tradicional, diligenciadas con criterios de calidad y completitud.

15. Acción de Bienestar 52. Construcción de contenidos diferenciales para el cuidado sastimasco de la Cumpaña Romani

La construcción de contenidos en salud y bienestar diferenciales para el cuidado Sastimasco de la Cumpaña Romaní parte del reconocimiento de que la salud, en el pueblo Rrom – Gitano, no se limita al ámbito biomédico, sino que se entiende como un equilibrio integral entre el cuerpo, la mente, el espíritu, la familia y la comunidad. El término Sastimasco, que hace referencia al bienestar y la salud desde la cosmovisión Romaní, implica una visión propia del cuidado, donde convergen la tradición, los saberes ancestrales y la vida comunitaria.

Este proceso se fundamenta en un enfoque étnico diferencial, el cual reconoce la particularidad cultural del pueblo Rrom: sus usos y costumbres, su lengua, sus prácticas de medicina ancestral, sus formas de vida comunitaria y sus instituciones de autogobierno. Así, los contenidos no solo buscan transmitir información en salud, sino también fortalecer la identidad cultural y la cohesión de la kumpania, visibilizando el valor de la memoria colectiva y el rol de los sabedores y sabedoras en el cuidado de la vida.
La conceptualización de estos contenidos incluye aspectos de salud física, emocional y espiritual, articulados con el patrimonio cultural tangible e intangible del pueblo Rrom. Se promueve la integración entre los saberes propios y los aportes de la salud occidental, siempre desde un diálogo intercultural y de respeto a la autonomía. De este modo, los materiales y estrategias construidos se convierten en herramientas pedagógicas y comunitarias que potencian la prevención, la promoción del bienestar y la atención diferencial, reafirmando que el cuidado en salud debe responder a las realidades, riesgos, prácticas y formas de vida de la comunidad Romaní.

En síntesis, la construcción de contenidos para el cuidado Sastimasco de la Cumpaña Romaní es un ejercicio de autonomía, interculturalidad y fortalecimiento cultural, que

busca garantizar que las acciones en salud y bienestar estén enraizadas en la cosmovisión Gitana, reconociendo que el cuidado propio es la base de la pervivencia física, espiritual y cultural del pueblo Rrom.

15.1. Conceptualización de los elementos centrales de la acción de bienestar o acción de gestión para el bienestar

Esta actividad consiste en el diseño y elaboración de contenidos diferenciales que traduzcan los mensajes de salud y bienestar a la cosmovisión y prácticas propias de la Kumpaña Romani. Dichos contenidos se materializan en piezas comunicativas trimestrales (cartillas, audios, material visual o digital) que integran los saberes ancestrales, el uso de la lengua propia y los lineamientos distritales de salud pública.

Los contenidos son validados colectivamente en encuentros comunitarios y quedan registrados en actas y listados de asistencia, garantizando la apropiación por parte de la comunidad. Estos productos no solo cumplen una función pedagógica, sino también de incidencia y memoria cultural, pues permiten visibilizar las necesidades y aportes de la comunidad Romani en salud y bienestar, además de reforzar procesos de prevención, autocuidado y cuidado colectivo.

15.2. Objetivo General

Diseñar contenidos en salud y bienestar con enfoque diferencial para el cuidado Sastimasco de la Cumpaña Romaní, integrando la medicina ancestral, los usos y costumbres del pueblo Rrom y el diálogo intercultural, con el fin de promover la autonomía, la identidad cultural y el bienestar integral de las familias.

15.3. *Población sujeto de la intervención*

Familias del pueblo Rrom- Gitano en los diferentes momentos de vida

15.4. *Talento* humano

Profesional en Psicología
Profesional en Enfermería
2 sabedoras (1 por organización)

15.5. Unidad de medida

Avance a plan de acción

15.6. Forma de reporte de ejecución de la acción de bienestar

Corresponde a la elaboración de contenidos diferenciales, incluyendo preparación y alistamiento, definición de temáticas y dialogo de saberes, por cada espacio generada para el avance del contenido se facturará 1 unidad.

15.7. Descripción de la acción de bienestar:

La acción de bienestar consiste en fortalecer la salud y el cuidado Sastimasco de la Cumpaña Romani a través de procesos de información, reflexión y participación comunitaria, que permitan a las familias Rrom – Gitanas reconocer sus propias necesidades en salud, identificar riesgos y acceder a apoyos diferenciales, en armonía con sus usos y costumbres.

Esta acción se desarrolla mediante el diseño y circulación de herramientas comunicativas que recogen los avances, aprendizajes y recomendaciones surgidas en las atenciones familiares y comunitarias, integrando la medicina ancestral, la lengua y los saberes propios con los aportes del sistema de salud. De esta manera, se promueve la apropiación cultural del bienestar, la corresponsabilidad en el cuidado y la consolidación de estrategias colectivas que garanticen la continuidad de los procesos de atención integral diferencial.

En esencia, la acción de bienestar busca consolidar un tejido comunitario de cuidado, donde líderes, consejeros, sabedoras y familias participen activamente en la construcción de soluciones, fortaleciendo la identidad cultural y la autonomía del pueblo Rrom en el ámbito de la salud.

Actividad 1. *Construcción de contenidos en salud y bienestar para la Cumpaña Romani*

Se generará una pieza comunicativa trimestral, con avances mensuales que recoja los temas de interés identificados durante las atenciones familiares y comunitarias. Esta herramienta será construida con enfoque diferencial, reconociendo los usos y costumbres del pueblo Rrom, e integrando elementos de la medicina ancestral y del diálogo intercultural, de manera que responda a las realidades y necesidades propias de la Cumpaña Romaní. La generación de esta información es clave para orientar y focalizar la estrategia de atención integral diferencial, en coordinación con la instancia de representación y con la participación activa de líderes, consejeros y sabedoras.

Fechas de entrega:

Año 2026: Enero- abril- Julio- octubre
Año 2027: Enero- abril

Nota: El producto contará con un proceso de revisión conjunta que permitirá ajustar y adaptar la estrategia en el marco de su implementación. Asimismo, recogerá las recomendaciones acordadas en las mesas de trabajo, garantizando un seguimiento permanente y un mejoramiento progresivo de las condiciones de salud y bienestar de los

individuos y sus familias Rrom – Gitanas, fortaleciendo la identidad cultural y el cuidado Sastimasco de la kumpania.

15.8. *Tabla resumen de la acción de bienestar:*

Nombre de la actividad	Periodicidad	Perfiles del talento humano	Entregables
Construcción de contenidos en salud y bienestar diferenciales para el cuidado Sastimasco de la Cumpaña Romaní	Revisión mensual- entrega de la pieza definida Trimestral	Profesional Psicosocial Profesional en Enfermería 2 Sabedoras (1 por organización)	Soportes de encuentro y recolección de información- acta Pieza comunicativa

16. Acción de Bienestar 54 y 55 Estrategia de adquisición de insumos ancestrales afrocolombianos, palenqueros, indígenas Emberá y Wounaan / Gitanos y Muiscas

16.1. Conceptualización de los elementos centrales de la acción de bienestar o acción de gestión para el bienestar

Para las comunidades étnicas, el cuidado de la salud no se limita al ámbito biomédico, sino que se fundamenta en un sistema propio de saberes, prácticas y espiritualidades, transmitido y guiado por parteras, sabedoras y líderes comunitarios. En este contexto, los insumos de plantas medicinales y demás elementos de la medicina ancestral no son simples recursos de consumo, sino medios que integran dimensiones físicas, espirituales y colectivas del cuidado.

Dichos insumos permiten materializar acciones propias de la medicina tradicional y son esenciales para el desarrollo de cada una de las actividades contempladas en cada una de las acciones de bienestar de la acción integral e integrada, su adquisición, preparación y distribución no solo refuerzan la identidad cultural de las comunidades, sino que también aportan a la promoción de la salud desde los principios del buen vivir y la interculturalidad.

16.2. Objetivo General

Desarrollar una estrategia por medio de la cual se reconozca, preserve y fortalezca la práctica de las técnicas curativas ancestrales en los diferentes grupos étnicos, asegurando que la entrega y el uso de los insumos se haga de manera adecuada, bajo la orientación de parteras, sabedores y sabedoras, y en coherencia con el principio de interculturalidad que orienta la acción de los equipos dispuestos en las subredes.

16.3. Población sujeto

Población con y sin pertenencia étnica

16.4. Talento humano

Equipos interdisciplinarios de abordaje a comunidades étnicas diferenciales

16.5. Unidad de medida

Avance mensual en la implementación de la estrategia

16.6. Forma de reporte de ejecución de la acción de bienestar

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

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

16.7. Descripción de la acción de bienestar

Consta del proceso de revisión, validación, planeación y construcción de una propuesta para la compra y adquisición de insumos con enfoque ancestral para la elaboración de medicina tradicional y entrega de esta en los diferentes escenarios de abordaje a las comunidades.

Se espera que la estrategia a construir contemple aquellos insumos de materia prima para la elaboración de la medicina tradicional, algunos insumos de única compra que se requieran para el proceso de elaboración, elementos a utilizar para el almacenamiento de las preparaciones, entre otros. Una vez presentado a la secretaria distrital de salud, será validado por parte de las referentes para las comunidades étnicas y posterior a ello se remitirá el aval o ajuste a la estrategia presentada.

Actividad 1. Planificación de la estrategia de insumos ancestrales.

Partiendo de la necesidad de las diferentes acciones de bienestar para el abordaje a familias, actividades colectivas y aquellas con enfoque en medicina ancestral y/o tradicional con las comunidades étnicas negras, afrocolombianas, palenqueras, gitanas e indígenas, se hace indispensable contar con insumos ancestrales que permitan la practica en salud propia de las comunidades.

Durante el primer mes de ejecución del convenio, cada equipo desarrollara espacio de diálogo para la elaboración de la estrategia de adquisición de insumos de medicina ancestral, el cual debe dar cuenta del proceso de compra, entrega, elaboración y distribución de estos a las comunidades. Para esto es indispensable que el equipo planee y proyecte un balance aproximado de los insumos que requiere de manera mensual para el desarrollo de las actividades, logrando evidenciar descripción de los insumos a utilizar, valor unitario y cantidad a utilizar, posterior a ello será validado por el líder operativo de la subred, quien realizara las observaciones o sugerencias a cada uno de los equipos, una vez realizados los ajustes se radicara la estrategia por medio de oficio a nivel central.

Durante el tiempo contemplado entre la construcción, radicación y generación del aval, los equipos podrán realizar la adquisición y compra de los insumos ancestrales, acorde a la última estrategia avalada; con relación a los equipos indígenas Muiscas realizarán un proceso de proyección temporal durante este periodo, el cual deberá estar soportado por medio de acta y deberá ser remitido a los correos electrónicos mcuseche@saludcapital.gov.co y mltunjo@saludcapital.gov.co.

Para la construcción de la estrategia de adquisición de Insumos en la Caja de Herramientas encontraran el documento que orienta su construcción (*Estructura Estrategia adquisición de Insumos ancestrales – tradicionales*).

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

Actividad 2. Implementación de la Estrategia de Insumos Ancestrales

De manera mensual, se debe realizar acompañamiento a la implementación de la estrategia por parte los lideres operativos, para esto, cada equipo, en cabeza de los perfiles ancestrales, quienes implementan las atenciones desde la medicina tradicional, suministraran la información de los insumos utilizados en las respectivas actividades. En este sentido, el líder operativo será la responsable de consolidar y cargar al DRIVE distrital.

Con el ánimo de estandarizar el proceso de implementación de la estrategia de insumos ancestrales en todas las subredes se realiza entrega de matriz de implementación de la estrategia de insumos ancestrales el cual debe ser diligenciado directamente en el DRIVE dispuesto desde nivel central en la carpeta: EBEH/ tableros y reportes/abordaje enfoque étnico diferencial/ se anexa enlace de acceso: https://drive.google.com/drive/u/1/folders/1qxB59GTO8jEuJE9mgTA_jFm3tCWGjwC6.

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

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

- Adquisición o Compra de insumos

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

16.8. Tabla resumen de la acción de bienestar

Nombre de la actividad	Periodicidad	Perfiles del talento humano	Entregables
Planificación de la estrategia de insumos ancestrales.	Una vez durante la vigencia	Profesional Universitario 2 (Operativo) Enfermera, perfil social. Técnico 1: técnico ambiental o auxiliar de enfermería Gestor comunitario Comadrona o partera Sabedor o Sabedora *Lo anterior según la conformación de cada equipo.	-Estrategia de adquisición de insumos de medicina tradicional de cada equipo con pertenencia étnica, **radicada a nivel central máximo 10 días posterior al primer mes de vinculación del equipo.** **Para el periodo entre la construcción y generación de aval a la nueva estrategia, los equipos presentaran:** -Estrategia avalada en vigencias anteriores. -Formato de acta con la planeación de compra temporal de insumos ancestrales para los equipos Muiscas
Implementación de la estrategia de insumos ancestrales.	Una vez durante la vigencia	Profesional Universitario 2 (Operativo) Enfermera, perfil social. Técnico 1: técnico ambiental o auxiliar de enfermería Gestor comunitario Comadrona o partera Sabedor o Sabedora *Lo anterior según la conformación de cada equipo.	-Acta de socialización de la estrategia avalada en la nueva vigencia a las autoridades representativas de cada comunidad étnica.
	Mensual		-Matriz de implementación de la estrategia de insumos ancestrales cargada en la plataforma Google drive habilitada desde nivel central con seguimiento mensual. -Facturas, recibos de pago, cuentas de cobro, recibos de caja y acta o planilla de compra adjunta al recibo de caja

Referencias bibliográficas

- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 2350 de 2020.
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 2465 de 2016.
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 3280 de 2018.

Control de cambios

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	RAZÓN DE CREACIÓN O ACTUALIZACIÓN
1	05/09/2025	Inicio convenios interadministrativos
2	04/03/2026	Actualización a ficha técnica
3	01/07/2026	Actualización a ficha técnica

	ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Nombre (s)	Milena Cecilia Useche Velásquez Martha Liliana Tunjo Lopez Sandra Milena Fandiño Maria Fernanda Tovar Romero Liseth Lorena Pava Saldaña Edyanni Ramos Valoyes Daniela Estefania Ceballos Piarpuzan Andrea del Pilar Gomez	Johanna Andrea Torres Ruiz Marcela Martinez Contreras	Johanna Andrea Torres Ruiz Marcela Martinez Contreras
Cargo	Profesionales especializados	-Asesora de despacho -Subdirectora de acciones colectivas	-Asesora de despacho -Subdirectora de acciones colectivas
Fecha	Septiembre 2025	Septiembre 2025	Septiembre 2025