LINEAMIENTOS PARA LA EJECUCIÓN DEL PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

ANEXO PARA LA EJECUCIÓN, SEGUIMIENTO Y VERIFICACIÓN DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS MUNICIPIO DE SAN MATEO

EDGAR GERARDO DIAZ ANGARITA

ALCALDE

DOCUMENTO TÉCNICO

SAN MATEO

2026

DOCUMENTO CONTROLADO

- **SIGLAS**

ARL	Administradora de Riesgos Laborales
ASIS	Análisis de la situación de salud
DSS	Determinantes sociales de la salud
EAPB	Empresas administradoras de planes de beneficios
EPS	Empresa promotora de salud
ESE	Empresa Social del Estado
PAS	Plan de acción en salud
PDSP	Plan decenal de salud pública
PIC	Plan de intervenciones colectivas
PICF	Plan integral de cuidado familiar
POAI	Plan operativo anual de inversiones
POS	Plan obligatorio de salud
PSPIC	Plan de salud pública de intervenciones colectivas
PTS	Plan territorial de salud
RIAS	Rutas Integrales de Atención en Salud
RBC	Rehabilitación basada en comunidad
SIBACOM	Sistema de información de base comunitaria en salud
SICAPS	Sistema de información de base comunitaria para atención primaria en salud
SISPRO	Sistema Integral de Información de la Protección Social
ZOE	Zona de orientación escolar

DOCUMENTO CONTROLADO

Contenido

- **SIGLAS** 2

INTRODUCCIÓN 6

CONCEPTOS BÁSICOS 7

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS 7
INTERVENCIONES COLECTIVAS 7
RESULTADOS DE IMPACTO 8
- 8
RESULTADOS INTERMEDIOS 8
ENTORNOS 8
PROMOCIÓN EN SALUD 9
- 9
GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD 9
TECNOLOGÍAS EN SALUD 9
- **INTERVENCIÓN** 9
- **PROCEDIMIENTO** 9
- 9
- **ACTIVIDADES** 9
- **INSUMOS** 9

IMPLEMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES COLECTIVAS. 10

INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL ENTORNO HOGAR 10
INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL ENTORNO EDUCATIVO 10
INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL ENTORNO COMUNITARIO 11

INTERVENCIONES, PROCEDIMIENTOS, ACTIVIDADES E INSUMOS DEL PIC-SAN MATEO - AÑO 2026 11

TECNOLOGÍAS 11
- 11
EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN PARA LA SALUD 11
- 11
- 12
- **CONSIDERACIONES GENERALES DE OPERACIÓN Y COMPLEMENTARIEDAD EN LOS PROCESOS DE EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN PARA LA SALUD** 12
ASPECTOS CLAVE 12
PLAN INTEGRAL DE CUIDADO FAMILIAR 18

DOCUMENTO CONTROLADO

DEFINICIONES 19
GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD: 19
PROMOCIÓN DE LA SALUD: 20
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS: 21
VISITA FAMILIAR: 21
ENTORNOS: 22
AGENCIA DE CUIDADO: 22
FAMILIA: 22
SALUD: 22
PLAN INTEGRAL DE CUIDADO FAMILIAR (PICF): 22
GENERALIDADES EN LA EJECUCIÓN DE LOS PLANES INTEGRALES DE CUIDADO FAMILIAR 23
ESPECIFICACIONES TÉCNICAS PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES 26
DESARROLLO DEL PLAN INTEGRAL DE CUIDADO FAMILIAR: PASO A PASO PARA LA AGENCIA DEL CUIDADO 27
APGAR FAMILIAR: 35
ESCALA DE ZARIT: 35
ECOMAPA: 35
SEGUIMIENTO A LA EJECUCIÓN TÉCNICA DEL PIC MUNICIPAL CON ÉNFASIS EN LAS ACCIONES CONTRATADAS PARA PLAN INTEGRAL DE CUIDADO FAMILIAR. 68
INFORMACIÓN EN SALUD 68
CONFORMACIÓN Y FORTALECIMIENTO DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS 83
TAMIZAJE 86
ZONA DE ORIENTACIÓN ESCOLAR – (ZOE) 87
REHABILITACION BASADA EN COMUNIDAD 87
INTERVENCIONES, PROCEDIMIENTOS, ACTIVIDADES E INSUMOS DEL PIC 88
REHABILITACIÓN BASADA EN COMUNIDAD 88
PREVENCIÓN Y CONTROL DE VECTORES 90
CONFORMACIÓN Y FORTALECIMIENTO DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS 90
ZONAS DE ORIENTACIÓN Y CENTROS DE ESCUCHA 92
INFORMACIÓN EN SALUD 95
EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN PARA LA SALUD 97
TAMIZAJE 100
VACUNACIÓN ANTIRRÁBICA 104
3 OTROS ASPECTOS A TENER EN CUENTA 104
EVALUACIÓN DE SOPORTES Y PRODUCTOS 105
- 105
EVALUACIÓN DEL PERFIL DEL TALENTO HUMANO. 105

DOCUMENTO CONTROLADO

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES **105**
INFORME DE AVANCE **106**
INFORME FINAL DE ACTIVIDADES **107**
MONITOREO DE LAS ACCIONES Y FLUJO DE LA INFORMACIÓN EN LA ESE. **107**
INDICADORES. **109**
MATERIAL DE CONSULTA Y APOYO **126**
REFERENCIAS **127**

DOCUMENTO CONTROLADO

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la Resolución 518 de 2015, la resolución 3280 de 2018 y los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud, las Empresas Sociales del Estado juegan un papel primordial en el proceso de ejecución del Plan de Intervenciones Colectivas.

Su participación en el proceso de planeación es necesario desde la identificación de problemáticas en salud priorizadas y los territorios de mayor vulnerabilidad del municipio, para determinar con qué estrategias y definir los mecanismos de articulación con la entidad territorial y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios presentes en el municipio, con el fin de evitar duplicidad y mejorar la articulación en la ejecución de actividades individuales y colectivas, teniendo en cuenta todos los planes de beneficios.

Este documento tiene como objetivo suministrar la información necesaria y definir los criterios para la ejecución del Plan de Intervenciones colectivas - PIC por parte del contratista y facilitar el monitoreo y evaluación por parte de la administración municipal.

Se recomienda estudiar estos lineamientos técnicos dados por la alcaldía Municipal San Mateo - DLS y garantizar su cumplimiento, evitando el desarrollo de actividades del PIC por fuera de los lineamientos nacionales y territoriales. (tomado del Documento de la Dirección Territorial de Promoción y Prevención En Salud de la Secretaría de Salud de Boyacá, para los municipios del Departamento, anexo para la ejecución, seguimiento y verificación del Plan de salud pública de intervenciones colectivas, año 2019)

El presente documento está conformado por tres secciones: conceptos básicos, implementación de las intervenciones colectivas, intervenciones, procedimientos, actividades e insumos del PIC-San Mateo - año 2026 y otros aspectos a tener en cuenta para la entrega final de los productos generados en el desarrollo del PIC municipal.

DOCUMENTO CONTROLADO

CONCEPTOS BÁSICOS

A continuación, se relacionan los principales conceptos que servirán como guía en la ejecución del Plan de Acción en Salud componente "PIC" materializado en el *convenio* interadministrativo que el MUNICIPIO DE SAN MATEO celebra con la E.S.E Centro de salud de la Uvita. Se trata de las definiciones dadas en la Resolución 518 de 2015, la resolución 3280 de 2018 y las orientaciones para el desarrollo de las tecnologías en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PSPIC, del Ministerio de salud y Protección social, son conceptos básicos tomados del documento anexo para LA EJECUCIÓN, SEGUIMIENTO y VERIFICACIÓN del Plan de salud pública de intervenciones colectivas, de la Dirección Territorial de Promoción y Prevención En Salud de la Secretaría de Salud de Boyacá, para los municipios del Departamento, año 2019.

Plan de intervenciones colectivas

"Plan complementario al plan obligatorio de salud que está dirigido a impactar positivamente los determinantes sociales e incidir en los resultados en salud a través de la *ejecución de intervenciones colectivas e individuales de alta externalidad en salud*, desarrolladas a lo largo del curso de vida, en el marco del derecho a la salud y de lo definido en el plan decenal de salud pública PDSP".[1]

Intervenciones Colectivas

Las intervenciones colectivas se definen como: "un conjunto de intervenciones, procedimientos o actividades para la promoción de la salud y la gestión del riesgo dirigidas a grupos poblacionales a lo largo del curso de vida definidas como fundamento en la evidencia disponible y en las prioridades de salud de cada territorio"[2]

Dichas intervenciones se deberán ejecutar de manera integrada e integral en los entornos hogar, educativo, comunitario, laboral (con énfasis en la informalidad) e institucional, trascendiendo al abordaje por temas o intervenciones separadas o aisladas.

El alcance de las intervenciones a ejecutar se realizará teniendo en cuenta lo dispuesto en el presente lineamiento con respecto a:

[1] Resolución 518 del 2015. Ministerio de Salud y la Protección Social

[2] Resolución 3280 (2018). Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación. Ministerio de Salud y Protección Social.

DOCUMENTO CONTROLADO

Las características sociales y ambientales propias de cada entorno y de las personas que los habitan, identificadas a través de información existente o mediante la aplicación de instrumentos definidos para la caracterización.

Los objetivos y resultados esperados en las personas, familias y comunidades abordadas en cada entorno.

Las prioridades definidas con las personas, familias, comunidades o trabajadores de los entornos a abordar.

Resultados de impacto

"Los resultados de impacto son los cambios esperados en las personas, familias y comunidades; relacionados tanto con las acciones sectoriales e intersectoriales sobre los determinantes sociales en salud, así como el logro de resultados intermedios o de efecto derivados del conjunto de atenciones/intervenciones contempladas en las RIAS"[3]

-

Resultados intermedios

Los resultados intermedios "son los cambios esperados en las personas en cada momento del curso de vida, en las familias y comunidades atribuibles a la garantía de una o varias atenciones contempladas en las RIAS y que pueden ser logrados en un corto o mediano plazo"[4]

Entornos

Los entornos hacen referencia a "los escenarios de la vida cotidiana en los cuales los sujetos se desarrollan, donde constituyen su vida subjetiva, construyen vínculos y relaciones con la vida social, histórica, cultural y política de la sociedad a la que pertenecen. Son escenarios configurados por dinámicas y por condiciones sociales, físicas, ambientales, culturales, políticas y económicas, donde las personas, familias y las comunidades conviven y en los que se produce una intensa y continua interacción y transformación entre ellos y el contexto que les rodea"[5]

DOCUMENTO CONTROLADO

[3] Resolución 3280 (2018). Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación. Ministerio de Salud y Protección Social.

[4] Ibíd.

[5] Ibíd.

Promoción en salud

Definida como el "Marco de acción que contribuye a garantizar el derecho a la vida y a la salud mediante la formulación, implementación y evaluación de políticas públicas saludables, el desarrollo de capacidades, la movilización social, la creación de entornos saludables y el desarrollo de acciones sectoriales e intersectoriales/transectoriales y comunitarias, dirigidas a la reducción de inequidades y a la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud, lideradas por el alcalde, con el fin de aumentar el nivel de salud y bienestar".[6]

-

Gestión del riesgo en salud

"Proceso que le permite al municipio identificar, analizar e intervenir riesgos colectivos en salud, así como la percepción de la población frente a las amenazas y vulnerabilidades, y afrontar la incertidumbre, que consiste en disminuir o mantener la ocurrencia de eventos negativos para la salud en niveles socialmente aceptables a través de estrategias de prevención o mitigación.[7]

Tecnologías en salud

"Las tecnologías en salud son el conjunto de procesos, intervenciones, procedimientos, actividades, insumos, instrumentos y medicamentos utilizados para promover los estados saludables; prevenir, curar y paliar la enfermedad, así como rehabilitar y cuidar a largo plazo las secuelas producto de ésta" (Cubillo Turriago).

- **Intervención**

"Conjunto ordenado de procedimientos realizados para un mismo fin".

- **Procedimiento**

"Conjunto de actividades claramente definidas, que se realizan con una secuencia lógica"

-

- **Actividades**

"Tareas u operaciones que hacen parte de un proceso de atención en salud individual o colectivo"

- **Insumos**

"Bienes necesarios para desarrollar las actividades colectivas"[8]

---

[6] Ibíd.

[7] Ibíd.

[8] Modelo de gestión pública y PIC. Osorio Saldarriaga E.

DOCUMENTO CONTROLADO

IMPLEMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES COLECTIVAS.

Para la definición de las intervenciones colectivas, el MUNICIPIO DE SAN MATEO debe identificar las poblaciones y los entornos a abordar a partir de los resultados en salud y de las prioridades del territorio definidas en el Plan Territorial de Salud-PTS.

Dichas intervenciones se deberán ejecutar de manera integrada e integral en los entornos hogar, educativo, comunitario, laboral (con énfasis en la informalidad) e institucional, trascendiendo el abordaje por temas o intervenciones separadas o aisladas.

El alcance de las intervenciones a ejecutar se realizará teniendo en cuenta lo dispuesto en el presente lineamiento con respecto a:

- Las características sociales y ambientales propias de cada entorno y de las personas que los habitan, identificadas a través de información existente o mediante la aplicación de instrumentos definidos para la caracterización;
- Los objetivos y resultados esperados en las personas, familias y comunidades abordadas en cada entorno.
- Las prioridades definidas con las personas, familias, comunidades o trabajadores de los entornos a abordar.

Intervenciones colectivas en el entorno hogar

Definición: Conjunto de procedimientos y actividades que buscan el bienestar y protección de la salud de los integrantes del hogar.

Población sujeta: Personas, familias o grupos humanos que viven bajo un mismo techo conformados por personas con o sin vínculos consanguíneos o de afinidad y afecto o personas solas.

Objetivo: Desarrollar o fortalecer factores protectores para la salud e identificar y gestionar el riesgo en salud de cada uno de los integrantes de este entorno

Intervenciones colectivas en el entorno educativo

Definición: Conjunto de procedimientos y actividades que buscan el bienestar y protección de la salud de la comunidad educativa.

DOCUMENTO CONTROLADO

Población sujeta: La comunidad educativa está constituida por estudiantes (niños, niñas, adolescentes, jóvenes, adultos y personas mayores), padres de familia, directivos, educadores y personal administrativo de los diferentes escenarios de este entorno.

Objetivo: Desarrollar o fortalecer factores protectores para la salud e identificar y gestionar el riesgo en salud de los integrantes de la comunidad educativa.

Intervenciones colectivas en el entorno comunitario

Definición: Conjunto de procedimientos y actividades que buscan incidir en el bienestar y protección de la salud de sus comunidades y representarlas ante instancias nacionales y territoriales; reconociendo la dinámica social de las personas y los colectivos dispuestos en grupos de base, redes sociales y comunitarias, organizadas de manera autónoma y solidaria.

Población sujeta: Grupos de base comunitaria, organizaciones, redes y demás formas organizativas de la comunidad y comunidad en general.

Objetivo: Desarrollar proyectos o iniciativas de base comunitaria para promover la salud y el cuidado, proteger los entornos y gestionar riesgos en salud, mediante el desarrollo de capacidades.

INTERVENCIONES, PROCEDIMIENTOS, ACTIVIDADES E INSUMOS DEL PIC-SAN MATEO - AÑO 2026

Las definiciones y contenidos son los establecidos en el anexo técnico de la Resolución 518 de 2015 y la Resolución 3280 de 2018. La descripción operativa de las tecnologías detalladas a continuación es una guía para la ejecución de las acciones contratadas en el municipio en ejecución del PAS 2026 Plan de Intervenciones Colectivas.

TECNOLOGÍAS

A continuación, se describen las tecnologías que hacen parte del PIC contratado

-

EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN PARA LA SALUD

-

"La educación y comunicación para la salud se concibe como un proceso de construcción de conocimiento y aprendizaje mediante el diálogo de saberes, orientado al desarrollo y fortalecimiento del potencial y las capacidades de las personas, las familias, las comunidades, las organizaciones y redes para la promoción de la salud individual y colectiva, la gestión del

DOCUMENTO CONTROLADO

riesgo y la transformación positiva de los diferentes entornos. Su intencionalidad es la de aportar al desarrollo de la autonomía individual y colectiva en la determinación de sus estilos de vida y en la garantía del derecho a la salud"[9]

-

- Consideraciones generales de operación y complementariedad en los procesos de Educación y Comunicación para la Salud[10]

- Realizar las sesiones educativas en los entornos que garanticen la mejor cobertura.
- No duplicar acciones con la misma población o en el mismo entorno. Esto implica generar espacios de concertación entre la Secretaría de Desarrollo Social como Dirección Local de Salud y las EAPB de tal manera que se establezcan procesos de complementariedad tanto en relación con los entornos y poblaciones que se abordan, como en relación con las capacidades a desarrollar
- Considerar la realización de las sesiones en jornada extracurricular, extralaboral o los fines de semana (en la medida de lo posible, concertarlo con las comunidades o grupos participantes).
- Construir material didáctico apropiado para cada tipo de población y disponer de lugares amplios, donde se puedan mover las sillas, se cuente con mesas de trabajo, sea iluminado, sin ruidos que interrumpan las acciones, con suficiente ventilación y luz natural entre otros aspectos.
- Para el desarrollo metodológico de los ciclos educativos grupales dirigidos a niños y niñas, se sugiere contemplar la participación de los padres y cuidadores en compañía de los niños(as), especialmente cuando no han ingresado a la educación inicial, de manera que, durante los contenidos que impliquen diálogo con adultos, se pueda disponer de un apoyo para su cuidado y que los contenidos que implican un desarrollo práctico involucren al niño(a) facilitando la apropiación mediante la experiencia vivencial.

"La Educación para la salud está organizada desde la lógica de la salud (no desde la lógica de la enfermedad) y se verá reflejada en el desarrollo de capacidades personales, familiares y comunitarias para comprender y transformar la (su) realidad y por tanto para convertirse en agentes sociales de cambio".[11]

MODALIDAD DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD	**ASPECTOS CLAVE**	
	Población Sujeto	**Duración e intervalo de las sesiones**
Educación Colectiva (en el	Conjunto de personas o familias que comparten una	Mínimo dos (2) ciclos al año por grupo poblacional o colectivo priorizado en los

[9] Resolución 3280 (2018). Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación. Ministerio de Salud y Protección Social.

[10] Ibid.

[11] Resolución 3280 (2018). Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación. Ministerio de Salud y Protección Social.

DOCUMENTO CONTROLADO

marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas)	condición, entorno (educativo, comunitario, hogar, laboral con énfasis en la informalidad o institucional), o territorio (barrio o vereda).	entornos para desarrollar el proceso. Cada ciclo está compuesto de 9 a 12 sesiones con el mismo grupo a fin de favorecer el logro de un resultado concreto, acorde con el Plan Territorial en Salud. El número de sesiones y contenidos son descritos en cada dimensión. En zona rural dispersa se realizará mínimo un (1) ciclo al año por grupo poblacional o colectivo priorizado en los entornos. En zona rural y urbana se realizarán como mínimo dos (2) ciclos al año. Si el área rural es de difícil acceso o queda a más de 4 horas de la cabecera municipal se podrá desarrollar un (1) ciclo al año.

Descripción de las actividades a desarrollar	**Subcategoría línea operativa RESOLUCION 3280 DE 2018**	**Ámbito territorial (Res 3202/16)**	**Entornos (Res 3202/16)**	**Momentos del curso de vida (Res 3202/16)**	**Soporte**
Desarrollar 2 ciclos de educación a través de nueve (9) sesiones de 60 minutos de duración con la participación de 20 personas (docentes, líderes comunitarios, organizaciones productivas, juntas administradoras de acueductos, entre otros) que serán las mismas en el ciclo de educación; en metodología de educación participativa SARAR para el abordaje de problemas ambientales de calidad de agua, plan de saneamiento, proceso de limpieza y desinfección y planeación estratégica a nivel escolar, social	PIC - Educación y comunicación para la salud	Rural	Educativo	ADOLESCENCIA-JUVENTUD-ADULTEZ-VEJEZ	Acta de Planeación del ciclo educativo Cronograma Informe del desarrollo del Ciclo Educativo Listado de asistencia Pre test - Post -test

DOCUMENTO CONTROLADO

e institucional, en las Veredas Floresta y Huerta Vieja.					
Desarrollar Dos (02) ciclos de educación y comunicación para la salud (teórico- practico), de 9 sesiones cada uno y de 45 minutos de duración con previa planeación y preparación, en "Promoción de la actividad física" con base en Ley 1355 de 2009 dirigida a adolescentes, jóvenes, adultos, grupos de 20 personas que serán las mismas durante todo el proceso educativo, en el Sector Urbano y la Vereda Floresta.	PIC- Educación y comunicación para la salud	Urbano y rural	Comunitario	ADOLESCENTES, JÓVENES, ADULTOS	Acta de Planeación del ciclo educativo con cronograma Informe del desarrollo del Ciclo Educativo Listado de asistencia Pre test - Post -tes
Desarrollar 1 estrategia "Paciente Sano y Sano Rehabilitado Bucalmente", en la Institución Educativa Normal Superior, Instituciones Educativas El Chapetón, IE Educativa Paz y Libertad, jardines infantiles, FAMI del Municipio de San Mateo; dirigida a niños menores de 5 años y sus padres y/o cuidadores, actividad que incluye: caracterización inicial, tres (3) sesiones educativas mínimo de 40 minutos de duración con el mismo grupo, canalización a servicios de salud según riesgo, tratamiento a cargo del PBS del usuario y caracterización final. Según documento de lineamiento metodológico definido por la Secretaría de Salud de Boyacá.	PIC - Educación y comunicación para la salud	Urbano y rural	Institucional	PRIMERA INFANCIA	Informe de Sesiones Educativas Registro fotográfico Instrumento con valoración Inicial y final

DOCUMENTO CONTROLADO

Desarrollar 1 ciclo educativo (de 5 sesiones cada uno) con un mínimo de 10 y máximo de 15 agentes comunitarios (grupo con madres comunitarias de ICBF y/o Madres FAMI, madres líderes de los programas de DPS y/o otras organizaciones sociales), de acuerdo a la estructura metodológica de la guía operativa comunitaria del Programa de Prevención, Manejo y Control de la IRA/EDA: incluye planeación de la réplica, réplica por cada agente comunitario y seguimiento a través de la matriz establecida por MINSALUD. (Hacer uso de los Kits del niño Sano, entregado por SESALUB en vigencias 2020-2024, garantizando la reposición de los elementos de uso.)	PIC: Educación para la salud	Rural	Comunitario	Primera infancia	Anexo 2. Directorio posibles agentes de cambio en salud identificados. Anexo 3. Lista de asistencia participantes – Encuentros pedagógicos. Anexo 4. Pre test- Encuentro pedagógicos. Anexo 5 Post test- Encuentro pedagógicos. Anexo 9. Formato de Evaluación de Encuentros pedagógicos. Anexo10. Lista de chequeo - seguimiento e implementación de la estrategia comunitaria. Anexo 11: Plan de Acción y cronograma de escalamiento Comunitario. Anexo 12. Indicadores para evaluar la implementación de la estrategia comunitaria. Formato de planeación de la réplica. Listado de asistencia a la réplica. Matriz seguimiento agentes

DOCUMENTO CONTROLADO

					comunitarios. Registro fotográfico por sesión.
Realizar 3 ciclos de 6 sesiones cada uno, 1 ciclo con estudiantes del grado 10 de la IE Normal Superior, 1 Ciclo con estudiantes del grado 9 de la IE Chapetón y 1 Ciclo con estudiantes del grado 9 de la IE Paz y libertad, sobre: habilidades para la vida (1. Autoconocimiento, 2. Empatía, 3. Comunicación efectiva o asertiva, 4. Relaciones interpersonales, 5. Toma de decisiones, 6. Solución de problemas y conflictos, 7. Pensamiento creativo, 8. Pensamiento crítico, 9. Manejo de emociones y sentimientos Y 10. Manejo de la tensión y el estrés) (Nota: aplicar metodología de habilidades para la vida del texto instituciones educativas libres de humo de MINSALUD o guía de habilidades psicosociales SESALUB)	PIC - Educación y comunicación para la salud	Urbano y rural	Institucional	Infancia, adolescencia, juventud	Informe de Sesiones Educativas Registro fotográfico Instrumento con valoración Inicial y final
Realizar un (01) ciclo de educación y comunicación para la salud, de 9 sesiones cada uno de 45 minutos de duración con previa planeación y preparación, en "Alimentación Saludable" con base en guías alimentarias dirigida a adolescentes, jóvenes, adultos, en grupos de 20 personas que serán las mismas durante todo el proceso educativo, del sector la	PIC- Educación y comunicación para la salud	Urbano	Comunitario	Adolescentes, jóvenes, adultos,	Acta de Planeación del ciclo educativo con cronograma Informe del desarrollo del Ciclo Educativo Listado de asistencia Pre test - Post -tes

DOCUMENTO CONTROLADO

Floresta; en el entorno comunitario.					
Realizar Un (1) ciclo educativo de 8 sesiones, con una duración de 90 minutos cada sesión, en cuidado y protección de la salud mental de personas con depresión y sus cuidadores (según corresponda participación en sesión), dirigido a un grupo de 15 personas que serán las mismas durante las 8 sesiones. Las personas formadas estarán en capacidad de apoyar a personas en riesgo o con depresión en soporte y cuidado de la salud mental, en sector urbano del Municipio.	PIC-Educación y comunicación para la salud	Urbano	Comunitario	Todos los cursos de vida	Informe de Sesiones Educativas Registro fotográfico Instrumento con valoración Inicial y final
Realizar un ciclo 1 educativo, dirigido a un grupo de Familias (niños 10-14 y un cuidador) de la zona urbana, para un grupo de 15 familias, El ciclo es de 7 sesiones de 2 horas cada una, aplicando la metodología "FAMILIAS FUERTES: AMOR Y LÍMITES" (Diligenciar base de datos notificación actividad).	PIC - Educación y comunicación para la salud	Urbana	Comunitaria	Adolescencia	Informe de Sesiones Educativas Registro fotográfico Instrumento con valoración Inicial y final
Realizar un proceso de educación en salud para orientar a las familias en la selección y consumos de alimentos saludables que contribuyan al bienestar nutricional y a la prevención de enfermedades relacionadas con la alimentación mediante las Guías alimentarias basada en alimentos - GABAS- para la población colombiana menor de dos años a través de 9	PIC - Educación y comunicación en salud	Urbano y rural	Comunitario	Primera infancia	1. Portada con logos de la Secretaría de Salud y de la IPS ejecutora, actividad, responsable de la ejecución (nombre y cargo o profesión), año de ejecución 2. Introducción 3. Desarrollo de

DOCUMENTO CONTROLADO

sesiones presenciales, de mínimo 2 horas de duración, dirigido a gestantes, lactantes y padres de familia de menores de 2 años, madres comunitarias, grupo de mínimo 20 personas que serán las mismas durante las 9 sesiones, desarrollando la metodología establecida por la Secretaria de Salud de Boyacá.					cada una de las sesiones (sesión nª 1 a sesión Nª 9) - Ficha metodológica diligenciada y firmada, - Listado de participantes - Pre test, pos test, su consolidado y análisis de los resultados - Registro fotográfico: mínimo 3 fotos. La evidencia fotográfica debe ser clara y coherente con el conferencista, los participantes y la temática que se está desarrollando en cada sesión. Físico documentos con firmas y magnético un solo PDF

DOCUMENTO CONTROLADO

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO FAMILIAR

El Plan integral de Cuidado Familiar (PICF) es una estrategia implementada en el marco del modelo de atención primaria en salud con enfoque familiar y comunitario, adoptado mediante la ordenanza 023 del 2010 en el Departamento de Boyacá, que permite la identificación de las fortalezas familiares, necesidades en salud, carencias o condiciones adversas y prácticas de cuidado que afectan al individuo y familia en la cotidianidad de su hogar; a fin de reducir, mitigar y superar el riesgo a través de la promoción de la salud y gestión del riesgo, en el marco de la participación comunitaria, la identificación de necesidades e intervenciones institucionales que permitan alcanzar familias en calidad de agentes de cuidado que vivan de manera digna y con bienestar.

La estrategia denominada Plan Integral de Cuidado Familiar: Prácticas para un Buen Vivir, permite optimizar el uso de recursos internos y externos de la familia que contribuyan a incrementar su calidad de vida configurándolos como Agentes de Cuidado.

La Agencia de Cuidado se refiere a la acción deliberada y propositiva, que además de mantener la vida de las personas, familias y colectivos en condiciones dignas y saludables, les permite avanzar a mejores estados de bienestar y desarrollo humano, superando las condiciones de vulnerabilidad presentes y reportando altos niveles de satisfacción y aspiración con su proyecto de vida individual, familiar y colectivo (Barrera, Martin. 2022). La agencia pone como eje central a las personas y en este caso a las familias, considerándolas protagonistas de sus vidas, capacidades, logros y transformaciones.

La Secretaría de Salud de Boyacá y la Alcaldía de San Mateo, mediante el Plan Integral de Cuidado Familiar apuesta por la consecución de logros de cuidado que permitan a las familias configurarse como Agentes, impactando e incidiendo en los Determinantes de Salud.

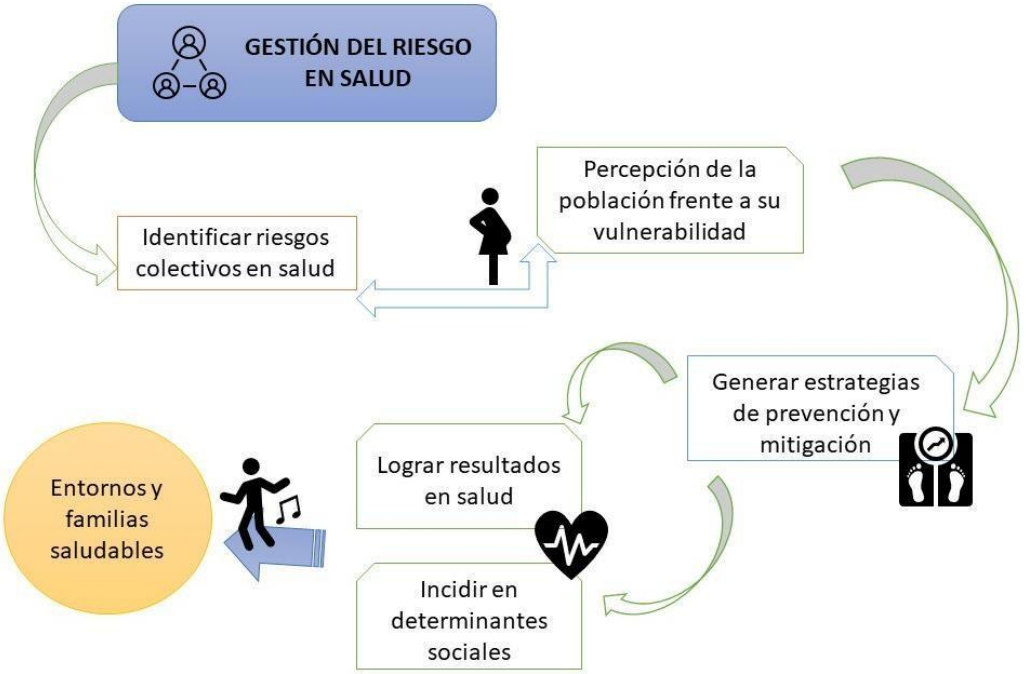
En este sentido, el presente lineamiento técnico recopila los diferentes aspectos que las E.S.E Centro de salud de la Uvita debe considerar para la ejecución del Plan Integral de Cuidado Familiar a través de las visitas familiares, contiene los aspectos técnicos, administrativos y financieros, que garantizan su correcto desarrollo.

Definiciones

GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD: En el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, la Gestión del Riesgo en Salud puede ser entendida como "el proceso que le permite a la Entidad Territorial, identificar, analizar e identificar riesgos colectivos en salud, así como la percepción de la población frente a las amenazas y vulnerabilidades, y afrontar la incertidumbre que consiste en disminuir o mantener la ocurrencia de eventos negativos para la salud, a través de estrategias de prevención y mitigación" (Ministerio de Salud, Res. 518 de 2015)

Dichas estrategias, deben estar orientadas hacia el logro de resultados en salud, el bienestar de la población a lo largo del curso de vida, actuando sobre los determinantes sociales de la salud, que propicien entornos saludables y el desarrollo de capacidades en las personas, familias y comunidades que disminuyan la probabilidad de aparición de nuevas enfermedades y la gestión integral de las mismas una vez se hayan presentado (Ministerio de Salud, 2018)

DOCUMENTO CONTROLADO

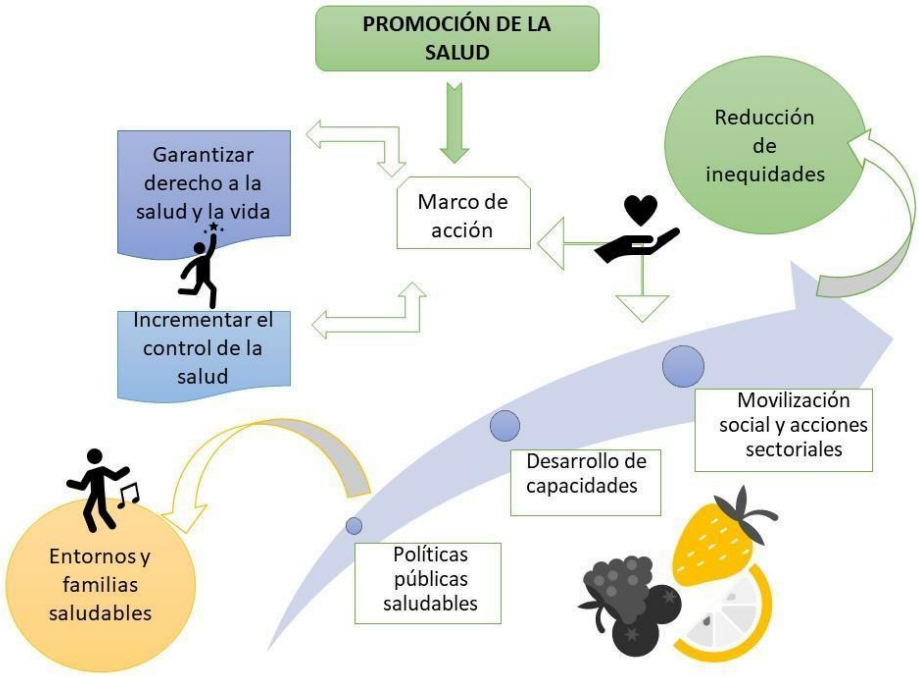


PROMOCIÓN DE LA SALUD: La OMS (Organización Mundial de la Salud) define la promoción de la salud como el proceso que permite a las personas, incrementar el control de su salud, a través de tres componentes fundamentales como la gobernanza en salud, educación sanitaria y entornos saludables (OMS, 2016).

La Promoción de la Salud, puede ser entendida como "el marco de acción que contribuye a garantizar el derecho a la vida y la salud mediante la formulación, implementación y evaluación de políticas públicas saludables, desarrollo de capacidades, movilización social, creación de entornos saludables y el desarrollo de acciones sectoriales, transectoriales, y comunitarias reducidas a la reducción de inequidades en salud y el impacto positivo en los determinantes sociales de la salud" (Ministerio de Salud, Res. 518 de 2015)

Las estrategias que se establecen en los territorios deben permitir la generación de conductas promotoras de la salud que se dirigen al logro de resultados positivos para la salud y bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva (Sakraida J, 2007)

DOCUMENTO



PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS: "El Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas es un plan de beneficios compuesto por intervenciones de promoción de la salud y gestión del riesgo, las cuales se enmarcan en las estrategias definidas en el Plan Territorial de Salud (PTS), y buscan impactar positivamente los determinantes sociales de la salud y alcanzar los resultados definidos en estos el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud. Comprende un conjunto de intervenciones, procedimientos, actividades e insumos, los cuales se ejecutan de manera complementaria a otros planes de beneficios, buscando la articulación con otros recursos disponibles en el territorio, de modo que se garantice la armonización de recursos del Sistema de Salud y de otros sectores que concurran en la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud". (MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL., Res. 295 de 2023).

VISITA FAMILIAR: La visita familiar es entendida como el mecanismo de acercamiento para el desarrollo del plan Integral de cuidado familiar que comprende las actividades de caracterización, incluye el reconocimiento de los determinantes sociales en salud, la información en salud, la educación en salud, los tamizajes (población con criterio de riesgo), la rehabilitación basada en comunidad, la activación a las Rutas de promoción y mantenimiento de la salud.

Esta visita es realizada por uno o más integrantes del equipo de salud en el domicilio de una familia, donde se establece un proceso de interacción con uno o más miembros del hogar y su entorno para identificar, gestionar riesgos en salud y los determinantes sociales en salud, a través

de la concertación de compromisos de cuidado y generación de la agencia de cuidado con su familia.

ENTORNOS: Según lo definido por el Ministerio de Salud y de la Protección Social de Colombia los Entornos pueden ser entendidos como los escenarios de vida cotidiana en los cuales los sujetos se desarrollan, construyen vínculos y establecen las relaciones con la vida social, política, histórica, cultural a la que pertenecen; estos escenarios están determinados por las condiciones sociales y el contexto de las personas, las familias y comunidades (Ministerio de Salud y de la Protección Social, Res. 3280 de 2018)

Los entornos que se consideran como fundamentales para la gestión integral en salud son el entorno hogar, entorno escolar, entorno comunitario, entorno laboral y entorno institucional. En el marco de la estrategia de Plan Integral de Cuidado Familiar implementada en el departamento de Boyacá, el entorno hogar es el espacio esencial de interacción entre la familia y el equipo de salud.

Este entorno es el escenario de afecto, escucha y acogida, constituye un espacio de convivencia permanente, es vital en el desarrollo y establecimiento de vínculos de las personas y sus familias; contar con un hogar saludable contribuye de manera significativa al desarrollo humano, bienestar y calidad de vida (Ministerio de Salud, Res. 3280 de 2018)

AGENCIA DE CUIDADO: se refiere una acción deliberada y propositiva, que además de mantener la vida de las personas, familias y colectivos en condiciones dignas y saludables, les permite avanzar a mejores estados de bienestar y desarrollo humano, superando las condiciones de vulnerabilidad presentes y reportando altos niveles de satisfacción en respuesta con su proyecto de vida individual, familiar y colectivo (Barrera, Martin. 2022).

FAMILIA: Las familias son sujetos colectivos de derechos, no integradas únicamente por vínculos de consanguinidad, sino por aquellos vínculos afectivos que la configuran como sistemas vivos, escenarios de cuidado, reconocimiento y desarrollo, comprendidas desde la pluralidad y la diversidad (MSPS, 2016)

SALUD: Capacidad humana, familiar y comunitaria que posibilita un estado de bienestar relacionado intrínsecamente con el deseo de las personas por alcanzar una vida digna en función de lo que anhelan ser y hacer.

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO FAMILIAR (PICF): estrategia implementada en el marco del modelo de atención integral en salud basado en atención primaria en salud con enfoque familiar y comunitario, que permite la identificación de las fortalezas familiares, necesidades en salud, carencias o condiciones adversas y prácticas de cuidado que afectan o protegen al individuo y familia en la cotidianidad de su hogar; a fin de reducir, mitigar y superar el riesgo a través de la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y gestión del riesgo, en el marco de la participación comunitaria, la identificación de necesidades e intervenciones institucionales que

DOCUMENTO CONTROLADO

permitan obtener familias, que se comporten como agentes de cuidado y vivan de manera digna y con bienestar.

Generalidades en la ejecución de los planes integrales de cuidado familiar

De acuerdo con lo establecido en el numeral 11.2.3 de la Res 295 de 2023 de Ministerio de Salud, el lineamiento técnico para la ejecución de las acciones enmarcadas en el Plan de Intervenciones Colectivas incluye los siguientes elementos que se describirán en cada uno de los apartados del presente documento: nombre de la estrategia, intervención; el talento humano que conformará los equipos básicos en salud; costo, la población sujeto, el lugar de ejecución, el entorno, la cantidad a ejecutar y trimestre que refleje de forma clara costos directos, indirectos, las orientaciones o especificaciones técnicas para la ejecución de las actividades, el indicador (es) de producto y resultado, criterios y soportes requeridos para la auditoria y evaluación técnica, administrativa y financiera, según la naturaleza el acuerdo de voluntades.

El documento presenta los aspectos técnicos mediante la descripción del paso a paso para la realización de la visita en cada uno de los momentos: Caracterización, Valoración Familiar, Concertación de compromisos para la agencia del cuidado, Educación e Información en salud, Activación, Acompañamiento y Seguimiento.

De igual forma, se describen todos los criterios y soportes requeridos para la evaluación técnica, administrativa y financiera que debe considerar las E.S.E Centro de salud de la Uvita para la garantía de la correcta ejecución de la estrategia.

En la Tabla 1. Encontrarán los aspectos generales de la Estrategia Plan Integral de Cuidado Familiar.

Tabla 1. Aspectos generales de la Estrategia Plan Integral de Cuidado Familiar

NOMBRE DE LA ESTRATEGIA	Plan Integral de Cuidado Familiar
INTERVENCIÓN	Plan Integral de cuidado Familiar a través de Visitas familiares con sesión de cuidado por Equipo Básico de Salud
TECNOLOGÍAS PIC	Caracterización social y ambiental en los entornos de la vida cotidiana
TALENTO HUMANO QUE CONFORMARÁ LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD	La E.S.E contratada debe garantizar la disponibilidad de un profesional que coordine de manera exclusiva, las acciones contratadas en PIC Municipal de acuerdo con lo definido en el numeral 15.2 de la Res.518 de 2015. Se debe acreditar que sea un profesional de salud con experiencia mínimo de 1 año en el

DOCUMENTO CONTROLADO

desarrollo de Plan de Intervenciones Colectivas.

E.S.E Centro de Salud de la Uvita debe garantizar la disponibilidad del talento humano de mínimo un Equipo Básico de Salud que estará conformado de la siguiente forma: Profesional de medicina, profesional de enfermería, profesional de psicología y Auxiliar de enfermería quienes deben participar según su rol y competencia.

Los profesionales de enfermería, psicología y auxiliar de enfermería deben ser **exclusivos** para la ejecución de las acciones de la Estrategia contratada.

Frente a la Gestión del Talento Humano que ejecuta las acciones de PIC Municipal, se brindan a continuación las orientaciones que deben ser adoptadas bajo la responsabilidad de la Gerencia de la E.S.E Centro de Salud la Uvita:

- Se deben propiciar centros de trabajo en los que las condiciones permitan el bienestar de los profesionales que conforman los equipos básicos de la E.S.E, dichos entornos deben incluir entre otros: espacios físicos en adecuadas condiciones, organización de tiempos y cronogramas de trabajo (numeral 11.4.5. Res. 518 de 2015).
- Se entiende que la E.S.E contratada para la ejecución de las actividades debe garantizar los procesos de inducción/reinducción de los equipos básicos de salud, como parte del plan de fortalecimiento del talento humano en salud. Se debe asegurar las acciones correspondientes de empalme, en el caso de rotación de personal.
- La entidad que ejecute las intervenciones colectivas deberá de manera permanente, disponer los diferentes recursos de carácter técnico y tecnológico que se requieran para el desarrollo y cumplimiento de las acciones contratadas, tales como: áreas de trabajo, equipos de cómputo, impresoras, insumos para el trabajo comunitario, ayudas didácticas, entre otras (numeral 18.4. Res. 518 de 2015).
- Se recuerda que, la disponibilidad del software SIBACOM PLUS actualizado en versión 2022 y los equipos de cómputo necesarios para el ingreso de las visitas de PICF en campo, es una obligación de la E.S.E Centro de Salud la Uvita. Los datos de las visitas deben ser registrados **directamente en campo**, no se deben efectuar registros en físico, evitando reprocesamientos de la información. Por tanto, la gerencia de la institución debe asegurar la disponibilidad y correcto funcionamiento del

DOCUMENTO CONTROLADO

	número de computadores que resulten necesarios de acuerdo con las visitas contratadas en el municipio. ● El desplazamiento, transporte, material informativo de apoyo y demás insumos logísticos, deben ser proporcionados por las E.S.E Centro de Salud la Uvitapara el desarrollo de las visitas de PICF y demás actividades de PIC, en ningún caso dichos gastos deberían ser asumidos de manera personal por los profesionales de los equipos.
POBLACIÓN SUJETO	La población sujeta o adscrita corresponde a las familias (todos los miembros - valoración individual y familiar) intervenidas por medio de la estrategia del Plan Integral de Cuidado Familiar del Microterritorios definido o lugar de ejecución definido con la E.S.E Centro de Salud la Uvita.
LUGAR DE EJECUCIÓN	El sector - Microterritorios a intervenir en el que se priorizan las familias contratadas por PIC MUNICIPAL se define de manera directa con la E.S.E Centro de salud de la Uvita en acuerdo de voluntades con la Dirección Local de Salud, según base de datos SIBACOM y otros sistemas de información para identificar necesidades en salud estimación y dinámica de territorios o Microterritorios a nivel municipal.
	Población programada 2026: Sera determinada según los planes de intervenciones colectivas municipal, los Microterritorios establecidos en la resolución 2788 de 2022, y sus modificaciones.
ENTORNO:	En el marco de la estrategia de Plan Integral de Cuidado Familiar implementada en el departamento de Boyacá, el entorno **HOGAR** es el espacio esencial de interacción entre la familia y el equipo de salud. Este entorno es el escenario de afecto, escucha y acogida, constituye un espacio de convivencia permanente, es vital en el desarrollo y establecimiento de vínculos de las personas y sus familias; contar con un hogar saludable contribuye de manera significativa al desarrollo humano, bienestar y calidad de vida (Ministerio de Salud, Res. 3280 de 2018)
CANTIDAD POR EJECUTAR EN CADA TRIMESTRE	El número de planes integrales de cuidado familiar programadas de manera trimestral dependerá de lo pactado en el contratado, el cronograma de ejecución de cada municipio con visto bueno del director local de salud.
	Se recuerda que las visitas domiciliarias para el desarrollo del PICF deben ser presenciales con sesión de cuidado por duplas de profesional y auxiliar de enfermería del equipo básico para el cuidado especial asistido/dirigido, o por el auxiliar de enfermería bajo la supervisión de la profesional de enfermería en el cuidado básico o básico supervisado La priorización de la intervención de los profesionales se define en la unidad de análisis semanal, según el criterio de todo el equipo, las hipótesis planteada, objetivo

DOCUMENTO CONTROLADO

	terapéutico y el plan de trabajo definido.
COSTOS DIRECTOS	Costo del recurso humano Desplazamiento
COSTOS INDIRECTOS	Derivados de la gestión u operación, tales como: capacitación diplomada PICF dirigido a los profesionales de Enfermería, medicina, psicología y auxiliar de enfermería, que desarrollan PICF, papelería, esferos, programador de compromisos de las familias con plan de cuidado familiar, licencias de SIBACOM 2022 para cada uno de los profesionales, folletos, rotafolios y material de Información en salud y Educación en salud y los costos administrativos.

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

El Plan Integral de Cuidado Familiar (PICF) es una estrategia propuesta desde la Secretaría de Salud de Boyacá para integrar las intervenciones, procedimientos y actividades colectivas en el entorno hogar. El PICF integra las diferentes tecnologías del Plan de Intervenciones Colectivas desarrolladas en el marco del entorno hogar, tales como: Caracterización Social y Ambiental, Educación para la Salud, Información en Salud, Tamizajes, Rehabilitación Basada en Comunidad.

El objetivo general que persigue el Plan Integral de Cuidado Familiar se orienta hacia el logro de capacidades de las personas y sus familias que les permitan transformar y aprovechar los diversos funcionamientos, bienes y oportunidades en función de la vida saludable que quieren y valoran.

Con el desarrollo de esta estrategia también es posible alcanzar los siguientes objetivos: Potencializar la autonomía familiar para el mejoramiento y mantenimiento de sus condiciones de calidad de vida y salud.

- Mejorar la adherencia a los cuidados, que incluyen cambios en hábitos y adopción de prácticas de cuidado integral de la salud en la familia.
- Optimizar el uso de recursos internos y externos de la familia que contribuyan a incrementar su calidad de vida y bienestar.
- Mejorar los lazos de comunicación, educación y trabajo en equipo entre la familia y los integrantes del equipo de salud, como mecanismo que facilita la disminución de barreras para el acceso e incremento del uso eficiente y oportuno de los servicios de salud.
- Vincular a la familia con la oferta institucional, social, comunitaria, educativa y político administrativa del municipio.

Desde esta perspectiva es fundamental que se comprenda la visita familiar como la herramienta con la que cuentan los equipos de salud de los municipios para fomentar el cuidado y la educación para la salud fortaleciendo en las personas y sus familias las capacidades necesarias para avanzar hacia una salud y bienestar más satisfactorias para ellas según las oportunidades de sus contextos. Osorio, A. G., Loaiza, D. P. B., Castillo, L. O., & Alarcón, A. M. M. (2020)

DOCUMENTO CONTROLADO

La responsabilidad del proceso de planeación, ejecución y seguimiento de la visita familiar está a cargo del equipo de salud, el cual está integrado a un territorio social con unas características particulares en oferta de servicios y necesidades de salud que se deben armonizar para realizar una adecuada gestión del riesgo y promoción de la salud a nivel familiar, comunitario e incidencia en políticas públicas.

La visita familiar facilita al equipo de salud estar en contacto directo con los individuos, la familia, la comunidad y el entorno para identificar además de las necesidades de atención en salud otras a nivel de los determinantes sociales de la salud, involucrando a las personas y la comunidad en la solución de sus necesidades y problemas, promoviendo la capacidad de agencia y cohesión social.

Es importante que el equipo de salud asuma como parte de la gestión del riesgo y la promoción de la salud de las familias, un rol de líder y facilitador de la toma de decisiones sobre las políticas públicas en todos los sectores, para mitigar y superar el impacto de las amenazas ambientales, sociales, económicas y culturales en la salud y bienestar de las personas.

Es así como el propósito fundamental de las visitas para el desarrollo del plan integral de cuidado familiar se enfoca en promocionar la salud y gestionar el riesgo para incrementar condiciones de vida que mejoren la salud de las personas y su entorno; integrando esfuerzos y capacidades familiares, comunitarios y de otros sectores que reduzcan la vulnerabilidad familiar y garanticen la oportunidad de una vida digna y saludable.

Adicionalmente, es esencial que los profesionales de la salud que interaccionan con las familias en el marco de la visita domiciliaria orienten sus acciones y práctica profesional alrededor de principios como la postura ética, la competencia profesional, abogacía y el establecimiento de vinculo equipo de salud-familia.

Desarrollo del plan integral de cuidado familiar: paso a paso para la agencia del cuidado

En este apartado los profesionales podrán entender paso a paso el desarrollo del Plan de Cuidado Familiar en el marco de la visita domiciliaria, recordando los conceptos básicos y elementos esenciales para realizar un plan integral que logre la gestión del riesgo, salud y bienestar en los miembros del hogar.

El Plan Integral de Cuidado familiar debe ser desarrollado por los profesionales en tres momentos de acuerdo con lo establecido en la Ruta de PICF de Secretaría de Salud de Boyacá (Ver Anexo. Ruta PICF Secretaría de Salud de Boyacá), tal como se describe a continuación:

DOCUMENTO CONTROLADO



MOMENTO 1: Priorización y Planeación Intramural

Una vez establecidos los criterios de inclusión de la familia para la visita, es importante considerar los elementos que se relacionan a continuación, que deben ser desarrollados por el equipo de manera intramural como paso inicial de planeación y preparación en el marco de la Unidad de Análisis:

- Selección de las familias a visitar según priorización: El equipo debe analizar la información disponible de las familias de diferentes fuentes de información como: Sistema de Información de Base Comunitaria SIBACOM, historio clínica digital o física, SIVIGILA, entre otros. Establecer una hipótesis frente a la situación o situaciones que se deben priorizar en la familia, el plan de trabajo referente a la valoración, concertación de compromisos, intervenciones y procedimientos a desarrollar y definir que profesional acompañará la próxima visita, priorizando las familias con los siguientes Riesgos:

DOCUMENTO CONTROLADO



- **Cronograma con recorridos y cartografías:** Hacer la programación de las visitas domiciliarias, el equipo de salud tendrá que revisar y tener claro el número de familias a intervenir con el Plan integral de Cuidado Familiar, el tiempo de ejecución y el número de visitas domiciliarias mínimas a realizar con cada familia, para establecer un cronograma de ejecución teniendo en cuenta que el intervalo mínimo entre visita y visita no puede ser inferior a 20 días (criterio que se puede omitir cuando la vulnerabilidad y el riesgo familiar lo amerite y esté debidamente justificado en el PICF). La E.S.E debe presentar el cronograma establecido de acuerdo con los soportes requeridos por Secretaría de Salud, tal como se describe en el apartado correspondiente a soportes para la evaluación. Georreferenciar las familias y establecer el contexto de vulnerabilidad de estas en función de los determinantes sociales de la salud; se recomienda hacer uso de las tecnologías, como un GPS, que permitan identificar la longitud y latitud para hacer uso de la georreferenciación Modulo 1 Ubicación de la Vivienda del software SIBACOM PLUS. En dado caso de no disponer de estas tecnologías, deben establecer las correspondientes cartografías donde se identifiquen las familias priorizadas en el territorio.

DOCUMENTO

- **Selección del equipo - inducción y/o reinducción a la estrategia del PICF y el manejo del sistema**: Definir y asignar responsabilidades al equipo de salud, en el marco de las unidades de análisis, los integrantes del equipo harán la distribución de sus responsabilidades durante el abordaje de las familias a través de las visitas domiciliarias, de acuerdo con los criterios de vulnerabilidad, riesgos identificados en la familia y modalidad de cuidado acordada para intervenir las familias. La decisión de intervención de las familias priorizadas se tomará por el equipo de salud profesional de acuerdo con las hipótesis y análisis clínico de los riesgos y vulnerabilidades identificadas, soportados en el uso de la evidencia y guías de práctica clínica vigentes por el ministerio de salud en Colombia.

- **Verificación de guías y protocolos según los riesgos identificados**: Identificar y armonizar al conocimiento del equipo de salud, el saber en prácticas culturales de cuidado de la región en la cual se desenvuelven las familias priorizadas con el Plan Integral de Cuidado Familiar. El equipo de salud revisará, analizará y socializará en el marco de las unidades de análisis las guías de práctica clínica, familiar y/o comunitaria que consideren relevantes para el desarrollo de los Planes Integrales de Cuidado Familiar. Debe evidenciarse el registro de esta revisión en el formato de Unidad de Análisis dispuesto por Secretaría de Salud.

- **Preparación de material informativo de apoyo:** El equipo de salud debe verificar el material informativo para apoyar sus procesos de educación para la salud con material validado de las diferentes estrategias, según las principales situaciones que se presentan en las familias.

Riesgo Identificado	Estrategia Educativa y/o Informativa
Familias con personas que cursan con enfermedad crónica no trasmisible	MODULO HEARTS -Hábitos y estilos de vida saludables – asesoramiento para los pacientes
Familias con personas que cursan con enfermedad mental	MhGAP - módulo de atención Psicosocial según patología
Familias que requieren fortalecer el cuidado de la salud mental.	EL ARTE DE CULTIVAR LA SALUD MENTAL
Familias con integrantes con problemas de consumo de SPA o Alcohol	Intervención breve para consumidores de SPA-Alcohol
Familias con dificultades en pautas de crianza menores de 7 años	Pautas para el hogar de también soy persona
Familias con niños/as menores de 5 años	AIEPI- Guía para la atención y consejería de la niñez y la Familia
Familias con niños/as menores de 5 años - Riesgo o Problemas de DNT	MEMO
Familias con Gestantes	Estrategia IAMI- (PASO TRES)

DOCUMENTO CONTROLADO

Familias con Niños con Bajo Peso al Nacer	Estrategia IAMI (PASO TRES, CINCO Y SEIS)
Familias en Post-Parto	Estrategia IAMI (PASO CINCO – SEIS Y DIEZ)
Familias con personas en discapacitadas	Cuidado del Cuidador – RBC familiar
Familias con un miembro con patología en curso	Guías de práctica Clínica Ministerio de salud
Familias con Riesgos del Entorno	Vivienda Saludable- Cartilla OPS
Todas las familias	Rutas de Mantenimiento y Promoción de la salud Oferta Institucional Municipal

- Revisión y elaboración del documento de oferta institucional, municipal, social y comunitaria: Este documento debe contener como mínimo el nombre del programa, el objetivo, principales requisitos, horarios y el contacto del encargado. La construcción del documento de oferta se realiza en conjunto con el profesional de Gestión de la Salud Pública y la Dirección Local de Salud.
- Preparación de la visita: Hacer revisión previa de la situación actual de la familia, a través de los insumos que se tengan como: visitas previas registradas en el software SIBACOM PLUS, con los insumos que se cuente: Familiograma, Apgar, ecomapa, Escala de Zarit, Observaciones, evolución de cuidado entre otras; Historia clínica de los integrantes de la familia con sus paraclínicos, remisiones etc.; para conocer el grupo familiar, sus necesidades en salud y los logros por cumplir. Concertar previamente con la familia el día y la hora en la que se va a realizar la visita, para hacer un mejor uso del tiempo tanto de los profesionales como de la familia y evitar situaciones inoportunas; permitiendo que la familia se prepare para recibir el equipo de salud. Preparar y realizar el respectivo alistamiento de los insumos, equipos, material informativo de apoyo, cartilla familiar y/o programador de compromisos familiares para el desarrollo de la visita domiciliaria.

Es de resaltar que el tiempo destinado para la visita familiar está condicionado por los objetivos centrales de la misma; en la planificación se debe considerar el tiempo de traslado, que deberá flexibilizarse en zonas rurales en función de las distancias a recorrer y los medios de transporte disponibles; a continuación, se presenta una tabla que puede ser de apoyo a esta planeación basada en las asistencias técnicas desarrolladas por parte de profesionales de la Secretaría de Salud de Boyacá.

Ámbito territorial	**1ª Visita de Caracterización Tiempo mínimo estimado**	**Total visitas día**	**Visitas de seguimiento, tiempo mínimo estimado**	**Total visitas día.**
Urbano	45 min – 1 hora	7	45 min – 1 Hora	7
Rural	45 min – 1 hora	6	45 min – 1 Hora	6

DOCUMENTO CONTROLADO

Rural disperso	45 min – 1 hora	4-5	45 min – 1 Hora	4-5

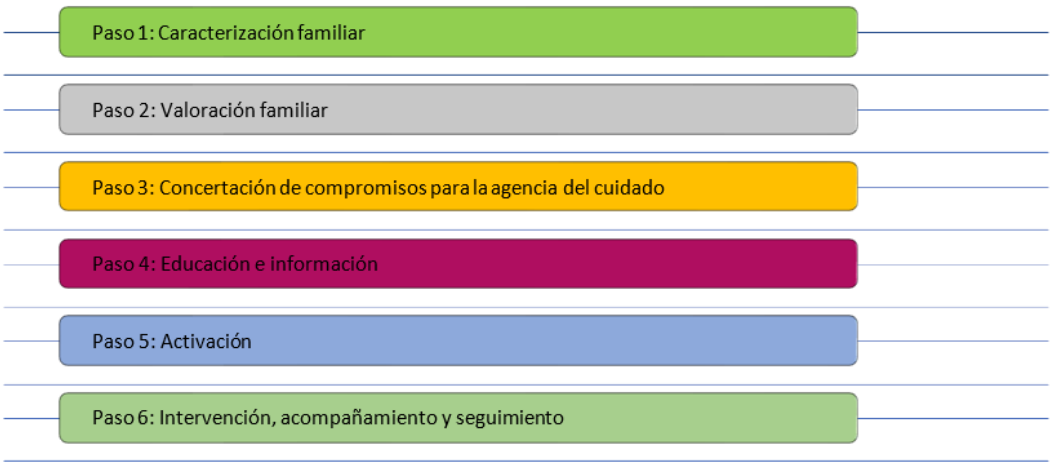
Fuente: Elaboración SESALUB.

MOMENTO 2: Desarrollo Extramural de la vista

A continuación, se relacionan los elementos generales para el desarrollo de la visita familiar:

✓ **Presentación de objetivos y fines de la visita:** se debe realizar la presentación de la dupla de profesional – auxiliar del equipo, dar a conocer a la familia los objetivos y fines de la visita a desarrollar, el tiempo estimado de duración.

Una vez desarrollado el momento inicial de preparación intramural de la visita, el equipo procederá a desarrollar la visita domiciliaria en el entorno hogar de las familias priorizadas, siguiendo a su vez, los pasos relacionados a continuación:



Algunas instituciones de salud tienen estandarizado un protocolo para la visita domiciliaria, se recomienda que el equipo de salud debe tener en cuenta unos mínimos a saber:

- La presentación personal de cada integrante del equipo debe ser cómoda y adecuada con el fin de establecer una relación empática y un vínculo de confianza entre el equipo de salud y la familia.
- Explicar con claridad a la familia, cuál es el motivo de la visita, especialmente si es el primer abordaje de la familia en su domicilio, de ello depende el éxito de las intervenciones posteriores.
- Demostrar interés, confianza, cordialidad, expresar y comprobar los beneficios de la actividad, esto ayudará a establecer una buena interacción y comunicación

DOCUMENTO CONTROLADO

efectiva.

- Solicitar y contar con la presencia de un informante calificado, es decir un integrante de la familia que pueda brindar la información de esta y que esté en condiciones de realizarlo, de lo contrario se reprogramará la visita domiciliaria y se considerará como una visita no exitosa.
- En caso de que haya rechazo a la visita, el hecho debe ser tomado con naturalidad y respeto, se buscará una nueva oportunidad para establecer contacto con la familia.

Durante el primer contacto se hace el acercamiento del equipo con las familias aplicando los principios ya descritos de la visita familiar con el fin de identificar condiciones de vulnerabilidad y salud de las familias en términos del riesgo y los recursos que tienen para enfrentarlos.

La evaluación del riesgo se apoya en la aplicación del Sistema de Información Comunitaria en Salud (Software SIBACOM PLUS) el cual brinda una información amplia y organizada, según el curso de vida y demás aspectos relevantes para la caracterización de riesgos, lo que permite desde su aplicación plantear las intervenciones y gestión del riesgo que se realizará con las familias. Durante la visita se realiza la observación y análisis clínico de otros factores que, aún sin estar presentes en la Ficha familiar, se identifican como necesidades o carencias en salud o situaciones de riesgo por el equipo de salud que requerirán de intervención.

El objetivo de este primer momento es evaluar:

- Riesgos familiares e individuales por curso de vida.
- Determinantes sociales de la salud
- Acceso y uso de los servicios de salud
- Acceso y uso de oferta institucional social, económica, educativa, entre otras

En este paso es necesario adelantar el ingreso o actualización de la ficha familiar en el SIBACOM PLUS: se debe realizar la búsqueda de la familia en el sistema por nombres, numero de documento, entre otros. Si la familia no se encuentra en el sistema se debe crear la familia (caracterización), si la familia ya se encuentra en el sistema se debe garantizar la actualización de todas las variables y módulos del software (incluido el plan de cuidado con los instrumentos de valoración incluidos por el sistema, la evaluación de compromisos establecidos en la visita anterior, la concertación de nuevos compromisos según los hallazgos identificados).

En toda visita a la familia se debe realizar actualización del módulo de caracterización y del módulo de cuidado, esto con el fin de evidenciar cambios en el riesgo y capacidad de cuidado.

DOCUMENTO CONTROLADO

PASO 2: VALORAR

La concepción de la familia ha evolucionado históricamente conforme a los cambios sociales y culturales de los distintos momentos y épocas, ya no se restringe al grupo de sujetos emparentados entre sí por nexos de consanguinidad, adopción o matrimonio que viven en un espacio físico común. Se debe realizar una valoración de la familia, la estructura, su funcionalidad y el cumplimiento de las funciones básicas, vínculos, jerarquías, roles, reglas, límites entre otros. Al igual que la valoración individual de cada miembro de la familia.

La valoración familiar en el Plan Integral de Cuidado Familiar se realiza mediante la aplicación de los siguientes instrumentos: Familiograma, Apgar Familiar y Escala de Zarit que permiten identificar los recursos internos de la familia y la aplicación del Ecomapa facilita la comprensión de los recursos externos. Se debe garantizar la aplicación de cada uno de los instrumentos mencionados para todas las familias priorizadas. En cada visita mayor a 20 días desde el último contacto con la familia, se debe realizar nuevamente la aplicación de los instrumentos, es de considerar las dinámicas cambiantes de los sistemas familiares.

La valoración integral a la familia implica conocer la estructura, las relaciones y dinámicas propias al interior de cada familia; las condiciones individuales de cada uno de sus integrantes que afectan la familia como sistema abierto; las capacidades y recursos personales y familiares que inciden en la salud familiar; así mismo, la red de apoyo con la que cuenta. Se realiza mediante la indagación con la persona y/o sus acompañantes familiares en las consultas de valoración integral en los diferentes momentos del curso de vida y también con dos o más integrantes del grupo familiar; y de acuerdo con las frecuencias establecidas para la atención en salud en cada momento del curso de vida o cuando el grupo familiar demande la atención familiar.

Se relacionan algunas generalidades a tener presentes en la aplicación y uso de instrumentos de valoración familiar:

FAMILIOGRAMA: Para la construcción del Familiograma se requiere conocer una corta relación de símbolos, y se basa en la utilización de figuras que representan personas y líneas que describen sus relaciones; y es necesario que estén representadas al menos tres generaciones. Se construye a través de una entrevista que debe seguir un orden, y ser lo suficientemente abierta como para facilitar el relato de los hechos más significativos de la historia familiar.

Un Familiograma debe incluir como mínimo:

- Identificar a la persona índice, es decir aquel integrante de la familia mayor de 18 años, quien proporciona la mayor parte de información en el momento de la visita.
- Tres o más generaciones.
- Los símbolos que son reconocidos mundialmente.
- La mujer se coloca a la derecha y el hombre a la izquierda
- Las relaciones cónyuges se conectan por medio de líneas que bajan y cruzan, si es

DOCUMENTO CONTROLADO

una pareja casada la línea debe ser continua, pero si son solo convivientes esta debe ser discontinua.

- Los hijos de una pareja deben salir de la línea de la pareja y estos se grafican de izquierda a derecha iniciando con el hijo mayor.
- Los nombres de todos los integrantes de la familia deben ir en cada símbolo, al igual que la edad.
- Fechas de nacimiento (edad de los integrantes de la familia).
- Relaciones emocionales.
- Muerte, incluyendo la edad o la fecha y su causa.
- Enfermedades significantes o problemas de los miembros de la familia.
- Demarcación de los miembros de la familia que viven bajo el mismo techo.

La construcción del Familiograma se realiza mediante el aplicativo GENOPRO anclado al software SIBACOM PLUS.

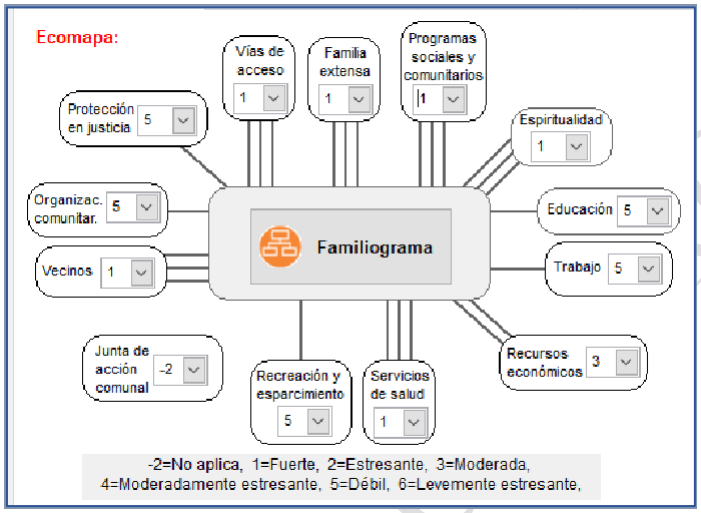
APGAR FAMILIAR: es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global. Es útil para evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado. El registro de esta percepción es particularmente importante en contextos como la práctica ambulatoria, en el cual no es común que las personas manifiesten directamente sus problemas familiares, y por el contrario es difícil encontrar profesionales de salud especializados en abordar tales temas cuando este los detecta en la conversación durante la consulta. Este instrumento se debe aplicar a todos los integrantes de la familia mayores de 14 años y con intervalos mínimos de 20 días. Cualquier integrante del equipo puede realizar su aplicación previo entrenamiento para evitar fallas en su interpretación.

ESCALA DE ZARIT: tiene como objetivo medir la sobrecarga del cuidador evaluando dimensiones como calidad de vida, cuidado de sí, red de apoyo social y competencias para afrontar problemas conductuales y clínicos de la persona que cuida, son preguntas con respuesta tipo Likert, y puede ser auto aplicada o aplicada por un integrante del equipo de salud. De manera independiente a la versión del Software que se maneje en el municipio, es indispensable la aplicación de Escala de Zarit, si se cuenta con la versión 2018 y 2020 su registro se hará en el módulo de observaciones y como hallazgo desde el componente de Cuidado al Cuidador. La correcta interpretación se realiza teniendo como referente el puntaje final, así como cada ítem por separado, para determinar impacto en el cuidador y definir una ruta de atención y cuidad más personalizado.

ECOMAPA: El ecomapa dibuja al individuo y a la familia en su espacio de vida, representando en forma dinámica el sistema ecológico que rodea a la familia: las conexiones importantes, los límites, los conflictos, los recursos, las carencias, además de la naturaleza e intensidad de las relaciones familiares con los sistemas externos – recursos externos.

DOCUMENTO CONTROLADO

Para su diseño se parte de la familia, a su alrededor se dibujan cuadros como interacciones con sistemas externos tenga la familia en su totalidad o cada uno de sus componentes: salud, educación, deporte, recreación, cultura, religión, política, relaciones afectivas y /o sociales, laborales, familia extensa o de origen etc. Las conexiones se realizan a través de líneas que unen a la familia con los cuadros externos y dan cuenta de la naturaleza de las relaciones (fuertes, moderadas, débiles y estresantes o conflictivas), y su intensidad, es, visualizada por flechas.



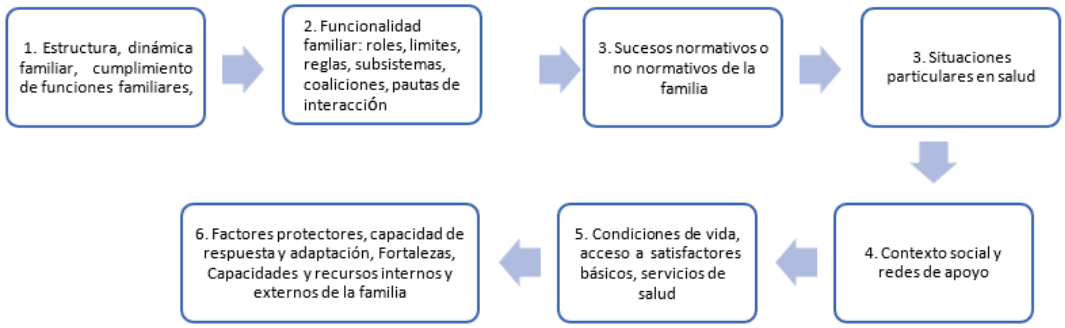
El Ecomapa señala las interacciones de la familia y de cada uno de sus miembros con los sistemas que lo rodean en forma gráfica y resumida. Permite identificar posibles motivos de estrés o de conflicto. Sugiere recursos para movilizar en momentos de crisis. Indica si algunas personas tienen buenas relaciones con elementos externos a la familia. Indica si la familia en conjunto o alguno de sus miembros están aislados de aquellas fuentes de recreación, educación, salud, social, etc. Es fundamental que el equipo utilice los resultados e interpretación del ECOMAPA para el desarrollo de los compromisos con la familia desde el componente del CUIDADO EN RED.

USO DE OTROS INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN: De manera complementaria a los anteriores instrumentos de valoración, se debe hacer uso de tamizajes, escalas, cuestionarios, entre otros establecidos por la Resolución 3280 de 2018 según el curso de vida de cada persona y de acuerdo con los criterios de riesgo y objetivos terapéuticos acordados por el equipo de salud.

IDENTIFICACIÓN Y REDACCIÓN DE FORTALEZAS FAMILIARES: Se deben identificar y redactar como mínimo 4 fortalezas de la familia, entendidas como los aspectos positivos de la familia que los hacen únicos, que pese a las dificultades los mantiene unidos y los elementos que tiene la familia para superar dificultades. La fortaleza señala la existencia de recursos que tiene la familia para cumplir sus funciones y hacer frente a las adversidades, por lo tanto, es una información valiosa al momento de generar agencia de cuidado en el transcurso de la visita.

DOCUMENTO CONTROLADO

ELEMENTOS RELEVANTES PARA EL ANÁLISIS Y EVOLUCIÓN FAMILIAR: Después de adelantar la caracterización familiar y/o actualización de información en el sistema de información SIBACOM, así como la valoración familiar mediante la aplicación de los instrumentos (APGAR, ECOMAPA, FAMILIOGRAMA, ESCALA DE ZARIT).
Se debe realizar una síntesis de toda la información relevante que aporte al análisis e hipótesis diagnósticas de la familia, que puede ser en el siguiente orden:



Teniendo en cuenta que la familia es una en permanente cambio, la evaluación debe centrarse en la interacción familiar, es decir, tanto en las pautas transaccionales como en las construcciones de la realidad que se conectan con las experiencias familiares; por lo que es necesario tomar como guía una serie de hipótesis diagnosticas que integren los diferentes tipos de interacción que ocurren entre el sistema familiar y las problemáticas de salud identificadas en los integrantes de la familia y todo ello como un todo, entendiendo así un sistema con capacidad de comportarse como un organismo, con capacidad para expresarse a través de un relato, que debemos escribir para ellos y para que equipo de salud pueda hacer seguimiento y continuar evaluando la familia .

Durante el desarrollo, pueden ir observando los elementos de la funcionalidad familiar, como los límites, los subsistemas, el ciclo de la familia, los roles, los problemas de distribución jerárquica del poder, flexibilidad al cambio, fuentes de apoyo y estrés, presencia del síntoma, y la forma en que es aprovechado para mantener sus interacciones.

Mediante un análisis sistémico es posible formular hipótesis que facilitan comprender la situación en términos de familia, para luego durante la intervención con la familia poder verificar o rechazar dichas hipótesis, y orientar las intervenciones a seguir. Para esto, se puede tomar como guía las siguientes preguntas:

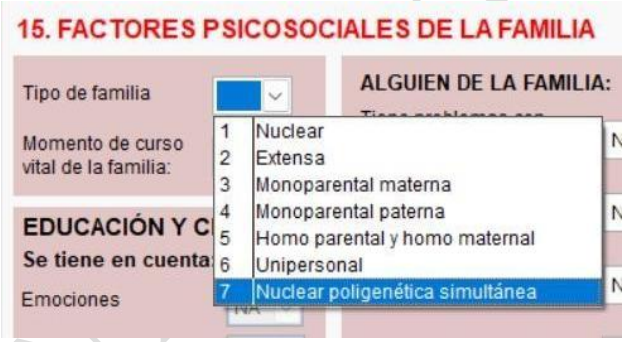
- ¿La familia cumple las funciones básicas?
- ¿Cómo es la funcionalidad familiar? Qué alteración se observa en los roles, los límites (son claros), ¿las jerarquías de la estructura familiar están bien o no establecidas entre los subsistemas?
- ¿Qué dificultades y avances de transición, en el ciclo vital, está atravesando la familia?
- ¿qué función cumple el síntoma en la familia?

- ¿Se están presentando crisis inesperadas o sucesos vitales en la familia?
- ¿Cómo es la distribución del poder, descalificación, desautorización, se cumplen las reglas?
- ¿Qué fortalezas, capacidades y recursos internos y externos tienen la familia?
- ¿Qué es lo que lo(a) hace sentir orgulloso de su familia?

A continuación, se describen algunos elementos de interpretación a considerar en el análisis y evolución familiar:

ESTRUCTURA Y DINÁMICA FAMILIAR: Incluye la interpretación y descripción de la tipología estructural familiar, el momento del ciclo vital de la familia, así como el análisis de funcionalidad y dinámica familiar (lo cual incluye el reconocimiento de límites, roles, subsistemas, normas o reglas, jerarquías).

Tipología estructural familiar: En el análisis y evolución familiar debe incluirse el tipo de familia, para efectos del SIBACOM PLUS se encuentra la siguiente clasificación:



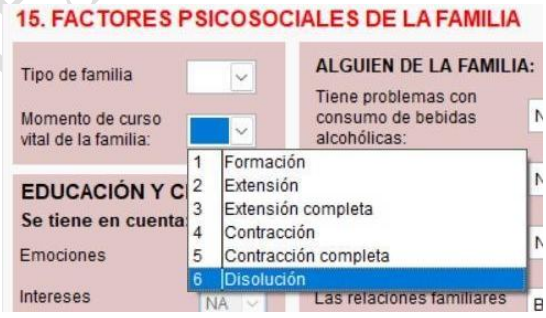
TIPO DE FAMILIA	DESCRIPCIÓN
NUCLEAR	Hogares conformados por ambos padres y sus hijos.
EXTENSA	Las familias extensas constituidas por el hogar nuclear, con otros parientes diferentes al cónyuge e hijos solteros. También se identifica en esta categoría, las familias compuestas, conformada además del hogar nuclear (con o sin otros parientes) más otros integrantes no parientes.
MONOPARENTAL MATERNA	Familias conformadas por la madre con sus hijos solteros menores de dieciocho años o mayores de esta edad; pero sin hijos en el hogar. La madre se hace cargo de los hijos y convive con ellos, en casos de separación, abandono, divorcio, muerte o por motivos forzosos (trabajo, cárcel, secuestro, etc.) del padre (Alba L.H. 2012). Pueden encontrar familias donde la madre conforma un hogar con su hijo o

DOCUMENTO APROBADO

	hijos producto de relaciones sin cohabitación, con convivencia temporal, es decir madres solteras se incluye como monoparental.
MONOPARENTA PATERNA	Familias conformadas por el padre con sus hijos solteros menores de dieciocho años o mayores de esta edad; pero sin hijos en el hogar. El padre se hace cargo de los hijos y convive con ellos, en casos de separación, abandono, divorcio, muerte o por motivos forzosos (trabajo, cárcel, secuestro, etc.) de la madre (Alba L.H. 2012).
HOMO PARENTAL Y HOMO MATERNAL	Es el caso de las familias conformadas por relaciones estables entre una pareja del mismo sexo (homoparental pareja de hombres, homo maternal pareja de mujeres).
UNIPERSONAL	En las que vive solo una persona.
NUCLEAR POLIGENÉTICA SIMULTÁNEA	Hace referencia a la familia simultánea "los tuyos, los míos y los nuestros" integrada por una pareja, donde uno de ellos o ambos vienen de tener otras parejas y disuelto su vínculo marital, y generalmente aportan hijos al hogar.

Ciclo vital familiar: De igual forma se describe el momento del ciclo vital familiar, desde el punto de vista evolutivo, es decir, teniendo en cuenta la categoría tiempo.
Este se define como la secuencia de estados por los cuales transcurre la vida familiar desde su conformación con el noviazgo de la pareja hasta su disolución con la muerte de alguno de los cónyuges o con el divorcio.

Existen algunas propuestas frente a la forma de organizar estos estados, en nuestro medio, la que más se utiliza es la edad del hijo mayor como parámetro principal para la división de las etapas. Para efectos del SIBACOM PLUS se encuentra la siguiente clasificación:



MOMENTO DEL CURSO VITAL FAMILIAR	DESCRIPCIÓN

DOCUMENTO CONTROLADO

Formación	Desde la conformación de la pareja hasta la llegada del primer hijo. *"Representa el primer ajuste de roles para los miembros de la pareja, esta etapa se convierte también en la primera de las crisis normativas de la nueva familia; la nueva pareja debe definir la interacción que mantendrá, las gratificaciones matrimoniales, su sexualidad y todos los aspectos que la relación deriva"*. (LOVO, Javier. 2020)
Extensión	La etapa de extensión comienza con el nacimiento del primer hijo, *"se marca el inicio de la actividad procreadora de la familia, en la que los nuevos padres deben establecer los cánones que han de llevar a la práctica con sus hijos, dentro de esta fase se incluyen el nacimiento de todos los hijos posteriores, sin importar cuanto sean"* (LOVO, Javier. 2020)
Extensión Completa	La fase de extensión completa sucede cuando la familia decide no tener más hijos, esta fase se prolonga hasta que el primer hijo abandona el hogar parenteral. (LOVO, Javier. 2020)
Contracción	Desde que el primer hijo abandona el hogar hasta cuando lo hace el último. *"Hasta ese momento la familia solo se había acrecentado, para luego pasar unos años sin cambios, pero desde este momento el circulo social y afectivo que representa la familia comienza a reducirse"*. (LOVO, Javier. 2020)
Contracción Completa	Sucede cuando el último hijo se marcha del hogar de sus padres. *"Es en esta etapa que ambos progenitores pueden desarrollar el llamado síndrome del nido vacío, sino contienden adecuadamente con la lejanía de sus hijos y las adaptaciones que estos cambios requieren"* (LOVO, Javier. 2020).
Disolución	Desde la muerte del primer cónyuge hasta la muerte del segundo. También se considera una familia en disolución en casos de separación, abandono, divorcio.

Análisis de funcionalidad familiar: El APGAR familiar es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global. Este instrumento se debe aplicar a todos los integrantes de la familia mayores de 14 años. Cualquier integrante del equipo puede realizar su aplicación previo entrenamiento para evitar fallas en su interpretación.

Estructuralmente la familia es "un conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan sus miembros" (Minuchin, 1990) y contempla aspectos de su organización tales como subsistemas, parentesco, tamaño, límites, roles y jerarquía; los cuales se expresan a través de pautas repetidas acerca de qué manera, cuando y con quien relacionarse. El equipo de salud cuando realiza las visitas de PICF debe realizar la interpretación de la funcionalidad familiar a partir de los resultados del APGAR FAMILIAR. El APGAR familiar puede usarse periódicamente para detectar problemas en la familia. Debe incluirse en la evaluación

DOCUMENTO NO CONTROLADO

inicial y en la evaluación en cada nueva visita, con un objetivo clínico muy claro para analizar cambios, posibles cuellos de botella en la familia y alternativas de intervención. El resultado puede ser diferente para cada miembro de la familia ya que la percepción individual o la situación de cada uno puede variar. El APGAR no sólo sirve para descubrir disfuncionalidad, sino que guía al profesional de salud para explorar aquellas áreas que la persona ha señalado como problemáticas y aquellas que se repiten en los miembros de la familia dando una señal de pauta relacional, que se debe intervenir para avanzar en el cambio que requiere la familia como saludable.

- Limites: Para que el funcionamiento familiar sea adecuado, los límites de los subsistemas deben ser claros, definirse con suficiente precisión permitiendo a los miembros de los subsistemas el desarrollo de sus funciones sin interferencias indebidas, pero también permitir y promover el contacto entre los miembros del subsistema y los otros. En función de los límites se puede encontrar dos tipos de familias: Aglutinadas o desligadas; la familia aglutinada responde a toda variación con excesiva rigidez e intensidad; y en contraste, el sistema en el extremo desligado tolera una amplia gama da variaciones individuales entre sus miembros, con un desproporcionado sentido de independencia, y poca disposición para recibir ayuda.

- Subsistemas u holones: Se considera subsistema a la unión de miembros para desarrollar funciones, los cuales están formados por generación, género, interés, función, etc., de los cuales existen tres subsistemas principales: El subsistema conyugal o marital (pareja), el subsistema paterno (padres-hijos), el subsistema fraterno (hermanos). Sin embargo, no se ignora la existencia de otros miembros que pudiesen en un momento determinado formar parte de alguno de estos sub-sistemas, como los abuelos, hijos, tíos, nietos, parientes políticos, vecinos.

- Roles: Son los procesos para ordenar las estructuras de las relaciones dentro de la familia, es decir las normas que la familia tiene con respecto a la posición y conducta de un miembro del grupo, en una situación o contexto dados y a su vez facilita a la familia ordenar su funcionalidad con un adecuado comportamiento por cada miembro en función del rol que cumple.

- Normas o reglas: Son acuerdos de relación que prescriben o limitan las conductas de los individuos en una amplia variedad de áreas comportamentales, organizando su interacción en un sistema razonablemente estable, son impuestas para garantizar que se viva en concordancia con los roles. Estas expresan los valores de la familia y/o sociedad; entre más adecuada es la comunicación, los roles y las reglas de un sistema familiar, más funcional es este.

- Jerarquías: Se refiere a las posiciones que ocupan los miembros de la familia con relación al ordenamiento jerárquico dentro del sistema, y marca la subordinación o supra-ordinación de un miembro respecto a otro. Es decir, define la función del poder y sus estructuras de la familia, diferenciación de los roles de padres e hijos y sirve como fronteras entre generaciones.

DOCUMENTO CONTROLADO

- Sucesos normativos y no normativos: Es importante resaltar si algún miembro de la familia ha tenido acontecimientos estresantes, especificando las características y la fecha de inicio. Hay que preguntar sobre los acontecimientos graves, a veces dolorosos, que obligarán a tratar a la persona y las familias, como alcoholismo, drogas, malos tratos, incesto, suicidio, etc. También investigar a quién recurre la familia cuando necesita ayuda.

Recordar que la dinámica familiar como todo proceso en desarrollo no es lineal y ascendente, por el contrario, sus procesos se ven afectados por diversidad de situaciones que determinan cambio en el funcionamiento familiar, debido a la existencia de hechos esperados en el curso vital de la familia, o por el contrario de sucesos no esperados, "generadores de estrés, como el caso de divorcio, padecimiento de una enfermedad crónica, o el fallecimiento de un miembro de la familia, los cuales tienen una expresión particular en cada familia en dependencia de su historia, su propia dinámica, de la significación que asigna al evento o situación, y de los recursos con que cuenta para hacerle frente" (GONZÁLES, 2000).
Se debe tener presente que un reto del plan de cuidado será preparar a la familia para que ante este tipo de situaciones sepa cómo actuar y responder de manera resiliente, generando fortalezas anticipadas y luego presentes que reduzcan impactos y capacidad de daño de estos eventos.
En la siguiente tabla se relacionan las fases del ciclo vital familiar, las tareas esperadas, así como las posibles crisis normativas que podrían encontrarse:

ETAPA DEL CICLO VITAL FAMILIAR	TAREAS EVOLUTIVAS SEGÚN ETAPA	SUCESOS NORMATIVOS
Formación	Noviazgo, conocimiento de la pareja. Matrimonio, convivencia, conocimiento del vínculo de compromiso. Conocimiento de sexualidad, planificación familiar.	Separación y establecimiento de límites con la familia de origen. Decisión del momento y oportunidad de la convivencia en pareja. Ajuste de roles para la pareja.
Extensión	Ajustarse a cambios fisiológicos de	Crisis edad media de los padres

DOCUMENTO CONTROLADO

Extensión Completa	la pareja. Conocimiento de sexualidad, embarazo, parto, planificación familiar. Redescubrir la pareja. Apoyo recíproco de la pareja y los hijos. Readaptación de la pareja, sexualidad. Satisfacción de necesidades. Encontrar tiempo de actividades en pareja. Distribución del tiempo laboral, vida familiar.	Cambios de comportamiento. Ansiedad y temor por el parto y posparto. Tiempo de dedicación a crianza y cuidado de los hijos. Reacomodación de los tiempos en pareja, intimidad. Balance con tiempo laboral/ cuidado de los hijos. Educación de los hijos. Crisis de adolescencia
Contracción **Contracción Completa**	Afrontamiento adecuado frente a la separación de los hijos y adaptación a dichos cambios. Readaptación del sistema conyugal.	Dificultad para adaptarse a jubilación y retiro Presencia de enfermedades crónicas. Reducción del círculo social y afectivo de la familia. Afrontamiento del nido vacío.
Disolución	Apoyo familiar, afectivo y material. Chequeos médicos periódicos. Refuerzos positivos del adulto mayor.	Enfrentamiento a cercanía de la muerte de pareja y amigos. Inserción del "anciano", minusvalía

A continuación, se listan posibles crisis o sucesos no normativos que pueden suceder en las familias:

- Crisis del desplazamiento forzado, migración y su efecto en individuos y en la familia Muerte, enfermedad, accidentes
- Separación de los padres, cambio de hogar, abandono
- Privación de la libertad
- Pérdidas materiales o de redes de apoyo social
- Entradas y salidas de personas a la familia, cambio de creencias, adicciones, ser objeto de violencia y desastres naturales, entre otros.
- Rol de madre cabeza de familia
- Aislamiento social
- Separación madre-hijos
- Desescolarización de los hijos
- Marginación

DOCUMENTO CONTROLADO

Es importante tener en cuenta que, los rasgos que mejor definen los sucesos vitales estresantes son tanto la valoración negativa como los recursos internos y externos disponibles que de ellos hace el miembro de la familia que los experimenta y su capacidad para inducir un cambio vital en la trayectoria existencial del individuo que los sufre.

Durante el análisis de la familia se debe identificar claramente en que etapa se encuentra, que tareas cumplen, cuáles están pendientes y cómo las cumple; así como el riesgo o la existencia de sucesos críticos.

- Situaciones particulares en salud de la familia y sus integrantes: En cada visita es necesario hacer el reconocimiento de las situaciones particulares de salud de los integrantes de la familia que puedan suponer condiciones de riesgo y vulnerabilidad, entre otras: discapacidad, personas que sufren patologías crónicas o enfermedades huérfanas o terminales, situaciones relacionadas con salud mental. Para esto se puede utilizar la ficha familiar que para el caso de Boyacá corresponde al SIBACOM - PLUS (Sistema de Información de Base Comunitaria), la historia clínica y lo valorado a partir de la entrevista realizada en la visita familiar. De igual manera, es necesario valorar la carga del cuidador, utilizando la escala de Zarit.

- Contexto sociocultural de la vida familiar y redes de apoyo: Identifique con la familia la pertenencia social y cultural o étnica, que permita conocer las capacidades y recursos externos con los que cuenta la familia derivados de su relación con éstos y que redundan en sus posibilidades de desarrollo; haciendo uso del Ecomapa.

En el análisis y evolución familiar pueden referirse los aspectos culturales y familiares relevantes para el cuidado y protección de la salud tanto en condiciones sanas como de enfermedad; sus visiones frente a condiciones que afectan su salud y la de su familia, en los entornos en donde se desarrolla, y sobre experiencias previas de atención.

Este análisis es fundamental para la interacción con la familia desde el proceso educativo, en este sentido, el diálogo visto desde la educación popular y reflexiva posibilita el reconocimiento del Otro como agente válido, histórico y con saberes, concibiendo la educación como escenario de negociación cultural, como espacio de reconocimiento de la alteridad, donde las familias, su historia y conocimientos son el punto de partida para el acto educativo (Zea-Bustamante, L. E. 2019).

- Condiciones generales de vida, acceso a satisfactores básicos y acceso a servicios de salud: Utilizando la información recolectada durante la caracterización, se describen en el análisis y evolución familiar los aspectos más relevantes que supongan condiciones de riesgo para la familia, en relación a: ocupación de los perceptores de ingresos en el hogar, suficiencia de los ingresos para satisfacción de necesidades básicas incluyendo alimentación, vivienda (material de pisos, techo y paredes, cantidad de habitaciones, hacinamiento, presencia de roedores, ubicación de la vivienda en zonas de riesgo –ej.: inundación, deslizamiento entre otros); acceso a servicios públicos (agua potable,

DOCUMENTO CONTROLADO

alcantarillado, disposición de excretas, luz eléctrica, gas o material con el que se cocina); composición básica de la alimentación, oportunidades para el ocio y recreación; acceso a educación básica, secundaria y terciaria, y acceso a servicios sociales.

- Factores protectores, capacidad de respuesta y adaptación, fortalezas, capacidades y recursos internos y externos de la familia: Según el diccionario de la Real Academia Española (2010) un recurso es definido como un conjunto de elementos disponibles para resolver una necesidad o llevar a cabo un proyecto, desde esta perspectiva el ser humano tiene una serie de recursos disponibles/o por desarrollar que permiten hacer frente a la vida, y fortalecer el propio potencial (Rogers, 1991).

Según el curso de vida de la familia reconocer las fortalezas, recursos y las capacidades disponibles, que han permitido procesos de adaptación y ajuste en diferentes momentos de la vida familiar, es importante reconocer la capacidad de cambio y adaptación frente a una situación estresante o una crisis familiar, ya que está relacionada con su capacidad para resolver los problemas, de la misma forma identifique habilidades de manejo y de afrontamiento, tenga en cuenta que ante situaciones de crisis, "los recursos, la amplitud y solidez del apoyo social y la valoración positiva de la situación, el sentido de coherencia familiar y el amplio repertorio de estrategias de afrontamiento, se relaciona positivamente con sus niveles de adaptación" (Hernández, 2017 pág. 67) Para efectos del PICF, el concepto de capacidades permite reconocer en las personas y familias la existencia de unas habilidades de conversión y además verificar las oportunidades reales con que cuentan para que sus aspiraciones se puedan lograr. Las capacidades pueden definirse como el conjunto o combinaciones de funcionamientos que construyen las personas para alcanzar aquello que desean y valoran como importante para sus vidas, en este sentido las capacidades involucran la libertad que tienen los seres humanos para elegir entre un estilo y modo de vida, a partir de los recursos disponibles en su contexto (Urquijo, 2008). Podría afirmarse entonces que, un funcionamiento se comprende como un logro de una persona, mientras que la capacidad es el conjunto de tales logros; en concreto las capacidades son definidas como las habilidades, conocimientos y esfuerzos que desarrollan los seres humanos para lograr el tipo de vida que consideran valiosa (Sen, A, 1998).

EJEMPLO DE ANÁLISIS Y EVOLUCIÓN FAMILIAR

En la casilla correspondiente a Análisis y Evolución Familiar en el módulo de Plan de Cuidado Familiar en SIBACOM PLUS, se debe colocar de manera resumida y concreta los datos más relevantes del sistema familiar tal como se observa en el siguiente ejemplo:

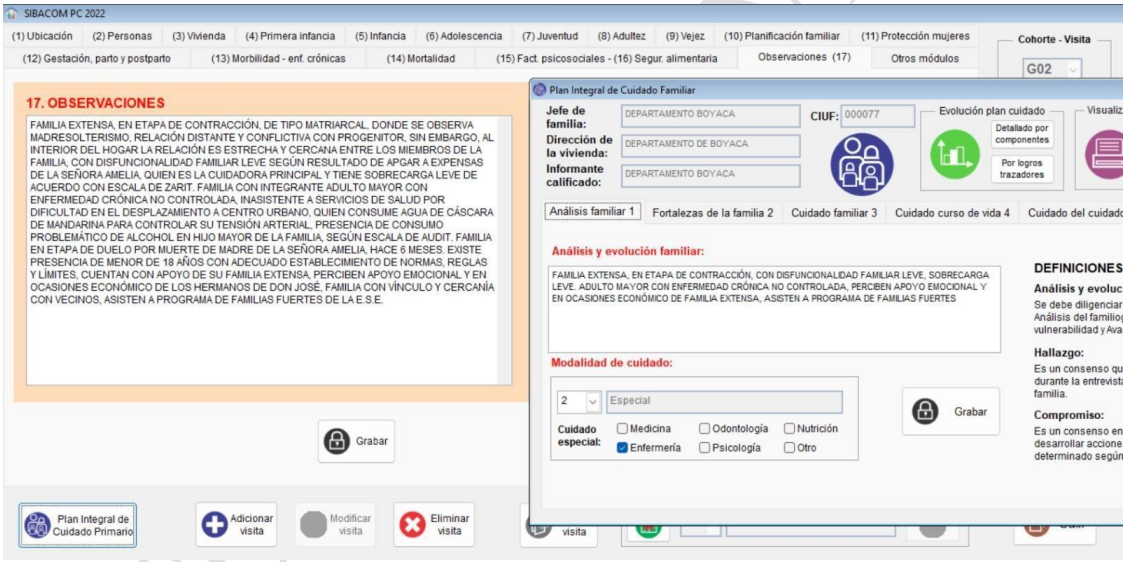
Familia extensa conformada por # miembros, trigeneracional, en etapa de contracción, con disfuncionalidad familiar leve, sobrecarga del cuidador principal leve. Adulto mayor con enfermedad crónica no controlada, perciben apoyo emocional y en ocasiones económico de familia extensa, asisten a programa de Familias Fuertes.

Sin embargo, es necesario colocar el análisis completo y detallado en el módulo de Observaciones del SIBACOM PLUS, tal como se describe en el ejemplo:

DOCUMENTO CONTROLADO

Familia extensa, en etapa de contracción, de tipo matriarcal, donde se observa madre solterismo, relación distante y conflictiva con progenitor, sin embargo, al interior del hogar la relación es estrecha y cercana entre los miembros de la familia, con disfuncionalidad familiar leve según resultado de APGAR a expensas de la señora Amelia, quien es la cuidadora principal y tiene sobrecarga leve por disponer de menos tiempo libre de acuerdo con escala de Zarit. Familia con integrante adulto mayor de 65 años con enfermedad crónica no controlada, inasistente a servicios de salud por dificultad en el desplazamiento a centro urbano, quien consume agua de cáscara de mandarina para controlar su tensión arterial, presencia de consumo problemático de alcohol en hijo mayor de la familia, según escala de Audit. Familia en etapa de duelo por muerte de madre de la señora Amelia, hace 6 meses. Existe presencia de menor de 18 años con adecuado establecimiento de normas, reglas y límites, cuentan con apoyo de su familia extensa, perciben apoyo emocional y en ocasiones económico de los hermanos de don José, familia con vínculo y cercanía con vecinos, asisten a programa de Familias Fuertes de la E.S.E.

A continuación, se detalla pantallazo del correspondiente registro en SIBACOM PLUS:



PASO 3: CONCERTAR

Una vez el equipo de salud realiza la Caracterización social y ambiental, desarrolla una valoración integral de las familias priorizadas y de cada uno de sus integrantes, reconoce las fortalezas familiares, determina el análisis y clasificación de la vulnerabilidad familiar, es posible realizar la identificación de los hallazgos y consecuentemente la concertación de compromisos, desde cada uno de los componentes del Plan de Cuidado Familiar (Cuidado Familiar, Cuidado por curso de vida, Cuidado del cuidador, Cuidado del entorno y Cuidado en Red).

- Identificación y priorización de hallazgos según vulnerabilidad: Es necesario definir los hallazgos según la vulnerabilidad de la familia y priorizar frente a lo que se va a trabajar con la familia teniendo presente, la hipótesis del equipo, el plan de trabajo y la etapa del cambio de la familia o el integrante.

Los hallazgos deben formularse de manera clara para que su registro permita la comprensión por parte de los profesionales que acceden a la información del SIBACOM PLUS, por lo que se deben utilizar datos objetivos para su redacción, evitando hacer uso de juicios de valor o percepciones subjetivas de las situaciones evidenciadas en las familias y en cada uno de los integrantes.

Así mismo, los hallazgos deben puntualizarse a partir de los recursos positivos o los riesgos y vulnerabilidades identificadas en las familias, si los hallazgos se plantean de manera dispersa y no logran evidenciar de manera clara las situaciones familiares, no será posible generar compromisos que permitan la agencia de cuidado en el hogar.

Es importante reconocer que en un mismo núcleo familiar se pueden encontrar diversas situaciones que afectan sus condiciones de salud, por lo que en caso tal de identificar un gran número de riesgos, es importante que de acuerdo con el criterio profesional de quien realice la visita, se establezca un proceso de priorización de necesidades, que permita su abordaje de manera secuencial por el equipo de salud en cada una de las visitas que se desarrollen con las familias.

En ocasiones, resulta de vital importancia dicha priorización para generar un mejor proceso de adherencia y sensación de éxito en la familia, cumplimiento de los compromisos y avance en los logros trazadores e intermedios.

El hallazgo en plan de cuidado familiar se hace como parte de un juicio clínico y social de la familia y sus integrantes, que se presenta a la familia para que se realice la validación de este y lo acepte como primer momento para dar paso a la generación de compromisos, de lo contrario la intervención en la visita familiar será una réplica de lo que ocurre en el consultorio asimilándolo a un modelo de atención prescriptivo, a diferencia del cuidado integral que utiliza el acuerdo.

- Concertación de compromisos de cuidado para la agencia del cuidado:

Un compromiso de cuidado se define como el acuerdo realizado entre el equipo de salud y una persona o grupo familiar para modificar, integrar o fortalecer prácticas cotidianas de cuidado que estén en capacidad de gestionar el riesgo y evitar o reducir el impacto del daño en la salud familiar, disponiendo de un entorno que tenga las condiciones y oportunidades para lograrlo.
Se deben concertar los compromisos con la familia, según los componentes del cuidado: cuidado familiar, cuidado por curso de vida, cuidado del cuidador, cuidado del entorno y cuidado en red. Seleccionar el logro trazador e intermedio y evaluar el compromiso según la etapa del cambio, asignando el color en el semáforo que se encuentra en el sistema de información.

Los compromisos de cuidado deben cumplir con los siguientes parámetros:

DOCUMENTO CONTROLADO

- Para cada hallazgo descrito en el Plan de cuidado existe un compromiso alcanzable por la familia o un integrante de esta, que es medible y coherente con los logros intermedios, los cuales a su vez expresan de manera integrada los logros trazadores, utilizados para verificar el avance global en un área de cuidado por la familia, según los recursos y contexto.
- Debe existir una adecuada semaforización de los compromisos de acuerdo con la etapa de cambio identificada en la familia y sus integrantes y en consideración a la evolución – avance de dichos compromisos en caso de ser establecidos en visitas anteriores, teniendo en cuenta lo siguiente:

El modelo de las etapas de cambio propuesto por Prochaska y DiClement (1992) propone que los cambios de conducta se dan a partir de cinco momentos o estadios:

- Precontemplación – Contemplación – Preparación (Los cuales se semaforizan en rojo en el software)
- Acción (Semaforizado en Amarillo)
- Mantenimiento (Semaforizado en verde)

El modelo postula que las personas logran cambios conductuales a través de un proceso de cinco etapas; cada persona se ubica en una u otra etapa en función de qué tan dispuesta esté a cambiar su comportamiento. La tarea del profesional es evaluar en qué etapa se encuentra la persona y la familia para definir las intervenciones. Este modelo permite comprender que los cambios en las personas y en las familias no suceden de manera lineal, sino que dicho progreso se evidencia a partir de diferentes etapas.

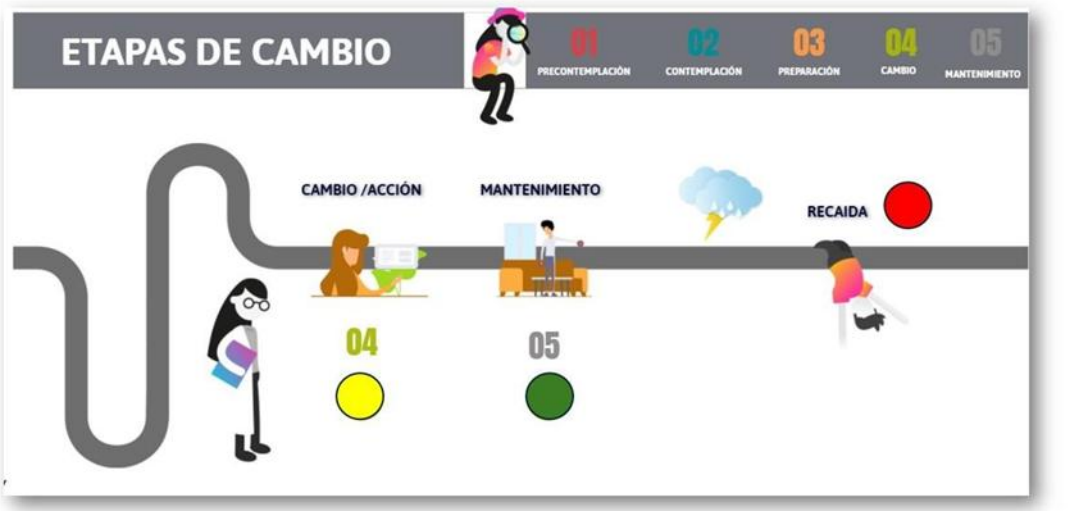
DOCUMENTO CONTROLADO

En el siguiente gráfico encontrará las diferentes etapas de cambio, e información relevante que le permitirá entender hacia donde enfocar las intervenciones según lo evaluado y valorado en las familias y sus integrantes.

En la siguiente tabla, encontrará información referente a la etapa de cambio,



Postula que las personas logran cambios conductuales a través de un proceso de cinco etapas.
Cada persona se ubica en una u otra etapa en función de qué tan dispuesta esté a cambiar su comportamiento.
La tarea del profesional es evaluar en qué etapa se encuentra la persona y la familia para definir las intervenciones.



comportamiento esperado en la persona, y recomendaciones para orientar el diálogo en las familias según la etapa de cambio identificada:

ETAPA DE CAMBIO	COMPORTAMIENTO ESPERADO	HACIA DONDE ENFOCAR EL DIÁLOGO CON LAS FAMILIAS
Precontemplación: Aumento de la duda, e incremento de la percepción el paciente de los riegos de su conducta actual	No tiene intención de cambiar, siente que no tiene que cambiar. Podría sentirse sin esperanzas, a la defensiva, avergonzado o con sentimientos de rabia.	Apoyar los sentimientos. Hacer preguntas que no sean amenazantes: ¿Qué piensa sobre…? ¿Cómo manejaría esto? Escuchar. Proveer información limitada, aumentar la conciencia sobre los riesgos.
Contemplación: Inclinación de la balanza. Evoca las razones para cambiar y los riesgos para no cambiar, aumenta la autoeficacia para el cambio de la conducta actual.	Se pueden encontrar los siguientes comportamientos: Mayor conciencia sobre la necesidad de cambio, más abierto a la retroalimentación, piensa sobre el cambio, sin tomar acción, indeciso, no está listo para comprometerse con el cambio.	Apoyar los sentimientos: Hacer preguntas abiertas: ¿Qué sucedería si...? ¿Cómo sería si...? Pesar los pros y los contras del cambio: Por un lado…, pero por el otro… Brindar información clara sobre las ventajas para la salud al asumir un cambio de comportamiento.
Preparación: Interacción entre el agente de salud, las personas y familias para determinar el mejor curso de acción que hay que seguir para generar el cambio.	Intención de tomar acción en el futuro cercano. Puede que ya haya comenzado a dar algunos pasos hacia el cambio.	Demostrar entendimiento y apoyo: Otras personas se siente igual que usted. Realmente esto es una decisión difícil. Está teniendo un buen comienzo. Es muy importante lo que ha logrado hasta el momento.
Acción: Se dan pasos hacia el cambio.	En el proceso de cambiar. Se evidencian algunas prácticas hacia un nuevo comportamiento, las personas y sus familias	Hacer preguntas de apoyo: ¿Quién lo puede ayudar a continuar con esto? Apoyar los pasos pequeños: Sus logros son muy significativos, empezará a notar los cambios y eso lo hará sentir muy bien.

DOCUMENTO CONTROLADO

Mantenimiento: Identificar y usar estrategias para evitar una recaída.	Se siente confiado y cómodo con el nuevo comportamiento.	Demostrar apoyo: ¡Qué logro! Qué lejos hemos llegado. Identificar estrategias: ¿Qué te haría continuar?
Recaída: Evitar desmoralización por la recaída.	Recae a cualquiera de las etapas pasadas, las recaídas se pueden presentar en cualquiera de las etapas de cambio, por lo que es importante que el equipo sepa identificarlas y se planteen estrategias para afrontarlas.	Apoyar los sentimientos: Parece que está frustrado/ triste. Hacer preguntas que no sean amenazantes: ¿Qué le ayudó…? ¿Qué opina sobre…? Reafirmar la seguridad: La mayoría de las personas pasan por esto, es importante reponerse y buscar alternativas, no decaer, es importante continuar trabajando en los logros alcanzados.

Fuente: Adptado a partir de: Lotus Women's Peer Education Training Manual, Center for Health Training and Women Organized to Respond to Life Threatening Diseases (WORLD), 2008

Frente a los compromisos recuerde que:

- Los compromisos de cuidado generados permiten a la familia en conjunto y/o a cada uno de sus integrantes abordar los riesgos identificados de manera integral, de acuerdo con sus capacidades s y situaciones de vulnerabilidad.
- Los compromisos deben corresponder a acciones de cuidado concretas descritas en verbo en infinitivo, (acción o tarea que debe realizar uno de sus integrantes o toda la familia) frecuencia y tiempo determinado para su logro.
- Compromisos sencillos, puntuales, concretos y formulados de manera clara, permiten una mejor adherencia a estos mismos, facilitando el cumplimiento de los logros trazadores e intermedios propuestos en cada uno de los componentes del Plan Integral de Cuidado Familiar.
- Así mismo, para la formulación del compromiso es fundamental el reconocimiento del contexto social, cultural y económico de la familia, de tal manera que el consenso realizado permita que dicho compromiso sea alcanzable considerando los recursos internos y externos con los que cuenta el hogar para la adopción de prácticas de cuidado. Así mismo, se requiere redactar dichos compromisos incluyendo tiempos y frecuencias determinadas, a fin de proporcionar claridad y permitir que sea medible.

DOCUMENTO CONTROLADO

A continuación, encontrará un ejemplo desde el componente de Cuidado Familiar de un hallazgo y compromiso que se encuentran mal formulados y en correspondencia un hallazgo y un compromiso que sí cumple con los parámetros para su formulación:



A continuación, se hace énfasis en algunas recomendaciones que el equipo de salud debe considerar en la formulación de los compromisos:

- Es más fácil y estratégico estimular comportamientos sanos que ya existen para ser utilizados como núcleo de cuidado, entendido este como la cualidad que identifica a la familia como agente de cuidado exitoso, el cual deberá ser consignado en las observaciones familiares del plan.
- Antes de iniciar el consenso del compromiso de cuidado es importante identificar al líder de cuidado familiar y reconocer sus competencias como cuidador, estimulándole a seguir aprendiendo, mejorando sus habilidades y la enseñanza en la familia de sus conocimientos en cuidado.
- Los compromisos de cuidado se deben describir de una manera clara y precisa en términos que sean de fácil comprensión y expresen la realización de una acción concreta por la persona y su familia, en un tiempo determinado, partiendo en lo posible de las competencias existentes e invitando a una nueva práctica de cuidado como una oportunidad de mejora.
- Los compromisos que se acuerden con la familia deben plantear el Cuidado en

perspectiva sistémica, esto es, entendiendo la familia a partir del contexto de sus relaciones. Independientemente de cuál es el miembro de la familia que está siendo asistido es imperativo tener claro el contexto interpersonal de su problema o necesidad. Es frecuente observar que el síntoma se convierte en la única forma de relación con la familia, situación que es más evidente en condiciones crónicas y en muchos casos la pérdida del síntoma se puede traducir en una pérdida total o parcial del cuidado.

Clasificación de la vulnerabilidad familiar y selección de la modalidad de cuidado: una vez realizada la valoración de la familia y de cada miembro, se debe identificar la vulnerabilidad y la selección de la modalidad de cuidado según lo establecido por la Secretaría de Salud de Boyacá (Circular 249 de 2023)

El Plan de **CUIDADO BASICO** ahora tiene 2 tipologías:

- ✓ **CUIDADO BASICO SIN RIEGO:** Proceso de acompañamiento en salud para fortalecer capacidades de agencia del cuidado familiar de manera integral e integrada hacia el logro y mantenimiento de estilos y modos de vida saludable
- ✓ **CUIDADO BASICO CON RIESGO INMINENTE:** Proceso de acompañamiento en salud para fortalecer capacidades de agencia del cuidado familiar de manera integral e integrada con énfasis en condiciones identificadas de alto riesgo con capacidad para provocar daño y que tiene como finalidad el logro y mantenimiento de estilos y modos de vida saludable

Las tipologías de **CUIDADO BASICO** se registrarán en Plan de cuidado Básico, aclarando que puede ser por auxiliar o profesional del equipo de salud.

Dentro del Plan de cuidado Básico está incluido el proceso de caracterización aclarando que solo serán de caracterización las familias NUEVAS, quienes recibirán esta primera visita de caracterización y 2 visitas más de seguimiento al PICF acordado en primera visita. Las demás familias que ya estan creadas en el sofware SIBACOM tendrán que actualizar la informacion al momento de recibir las visitas del PICF.

El Plan de **CUIDADO ESPECIAL** ahora tiene 2 tipologías:

- ✓ **CUIDADO DIRIGIDO:** Proceso de acompañamiento en salud para movilizar recursos y capacidades en la familia que les permita recuperar o alcanzar niveles de agencia del cuidado óptimas para controlar y reducir impacto del daño, mediante la adopción de prácticas de cuidado más saludables y eficientes
- ✓ **CUIDADO ASISTIDO:** Proceso de acompañamiento en salud para movilizar recursos y capacidades de la familia con la orientación y aplicación de tecnologías o procedimientos por el equipo de salud que les permita recuperar o alcanzar niveles de agencia del cuidado óptimas para controlar y reducir impacto del daño, mediante la adopción de prácticas de cuidado más saludables y eficientes.

PASO 4: EDUCAR E INFORMAR

En el desarrollo de las visitas familiares una de las estrategias fundamentales para el equipo de salud es la Educación y Comunicación para la Salud, definida como "un proceso que informa, motiva y ayuda a la población a adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables, propugna los cambios ambientales necesarios para facilitar esos objetivos, y dirige la formación profesional y la investigación hacia esos mismos objetivos" Casado, Lima Rodríguez, Cobo Castillo, & Lima Serrano, M. (2008). El uso de tecnologías como información en salud y Educación y comunicación para la salud son relevantes para fortalecer las capacidades de las familias que les permitirá incrementar la agencia de cuidado y bienestar.

El enfoque de Educación para la Salud desarrollado por el Plan Integral de Cuidado Familiar se centra en una mirada reflexiva que, mediante el diálogo y encuentro de saberes permite a los

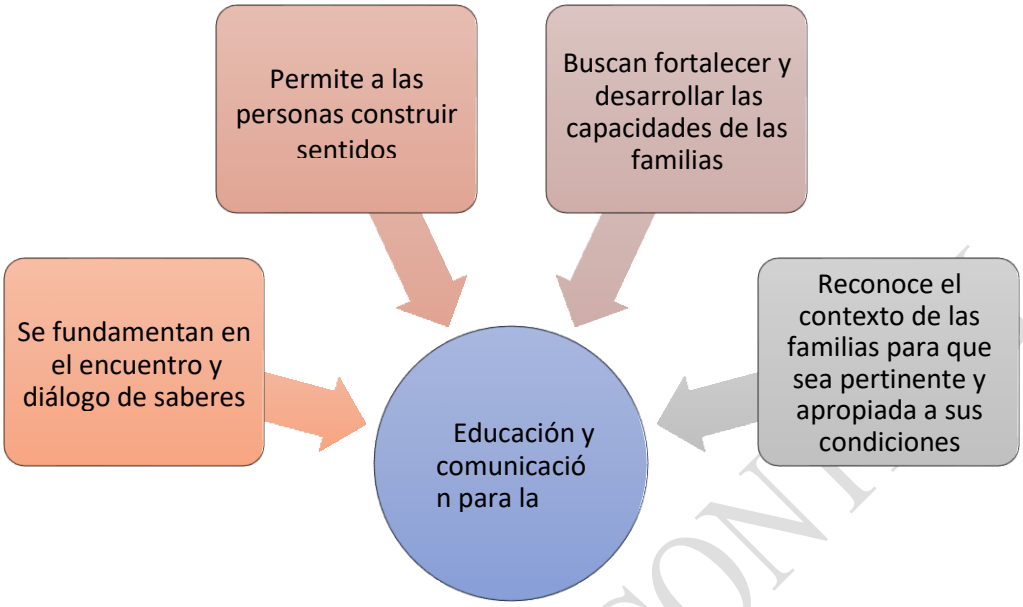
sujetos ser conscientes de su realidad generando transformaciones de las problemáticas de su entorno, movilizando los recursos y capacidades encaminadas al buen vivir. Como lo refiere Zea-Bustamante, L. E. (2019). "La apuesta es por una educación en el campo de la salud que implica el diálogo como parte estructural, en tanto los encuentros entre las comunidades y el agente de salud son, en su esencia, lugar de privilegio de la acción comunicativa y dialógica".

En este sentido, el diálogo visto desde la educación popular y reflexiva posibilita, el reconocimiento del otro como agente válido, histórico y con saberes, concibiendo la educación como escenario de negociación cultural, como espacio de reconocimiento de la alteridad, donde las familias, su historia y conocimientos son el punto de partida para el acto educativo (Zea-Bustamante, L. E. 2019).

Eviten utilizar mensajes informativos descontextualizados, que atemoricen, desalentadores, o que se centren solo en la enfermedad y no en las personas, pues son mensajes que al estar basados solo en el poder del saber profesional como máxima autoridad del cuidado no generan adherencia a largo plazo y su efecto termina con logro resultados terapéuticos parciales. Por el contrario, use información clara, tenga presente el contexto cultural, social y educativo de las familias, motive a las personas a adoptar prácticas de cuidado a partir de las capacidades de agencia identificadas.

La Educación y Comunicación para la Salud debe ser pertinente para el contexto psicológico, evolutivo, cultural y territorial de las personas y estimular el interés por aprender, así como planificar tareas realistas de implementar para que, poco a poco, de acuerdo con el proceso de cada quién, se generen los cambios que sean necesarios para vivir bien (Ministerio de Salud, 2014).

DOCUMENTO CONTROLADO



DOCUMENTO CONTROLADO

Diálogos generativos como herramienta en la Educación para la salud con familias

Establecer un proceso de diálogo con las familias facilita la reflexión y comprensión profunda de su contexto. El enfoque reflexivo y conversacional implica adoptar una perspectiva sistémica y compleja, considerando a sus integrantes como un sistema con el poder de transformar las dinámicas internas y sus interacciones externas (Schnitman, D. F., 2008).

Desde esta perspectiva, se fomentan coordinaciones y procesos productivos para abrir nuevas formas de cuidado en el hogar. El paradigma dialógico promueve relaciones colaborativas y participación social, reconociendo a las personas como gestores potenciales de su futuro a través de la transformación del presente (Fried Schnitman, Dora, 2013).

En este sentido, podemos mencionar los siguientes tres elementos que contribuyen a la construcción de conversaciones reflexivas y generativas de las familias:

- Desde la perspectiva generativa, se debe tener presente la construcción conjunta en el marco del propio diálogo de: el tema o situación por abordar, el objetivo del diálogo, el contexto en el que se presenta, las personas que están implicadas y otros, reconociendo la singularidad de la situación y de las personas involucradas.

Para esto, es necesario que las familias puedan expresas sus pensamientos, emociones, necesidades, desafíos, con el fin de transformar o ampliar la situación que viven y recuperar o construir recursos, posibilidades y escenarios innovadores, en los que se construyan nuevas perspectivas y se trabaje en pro de un propósito común. La función de este proceso inicial no es

la de continuar en la circularidad de la situación, por el contrario, se pretende que los integrantes de la familia comprendan y resignifiquen lo que viven, pensando en la creación de futuros como posibilidades de cambio partiendo de las circunstancias actuales. (Schinitman, 2008).

- Para que se construyan conversaciones reflexivas y generativas, el rol que debe tener el profesional es crucial para que los participantes reescriban la situación que viven, construyan nuevas formas de comprensión desde la mirada del otro y co-construyan soluciones o alternativas. En palabras de la autora Dora Fried (2013) "el profesional está atento a lo que se dice y a su potencialidad de convertirse en un dispositivo generativo y transformativo y es cuidadoso en la selección de los temas, las palabras y la emocionalidad con los que participa"
  (p.137).

Es esencial la participación de redes de apoyo, entidades, instituciones y otros actores externos con el fin de fortalecer la capacidad de afrontamiento generativo, entendiendo, que las circunstancias de vulnerabilidad que pueden atravesar las familias generan incertidumbre, conflictos relacionales, desorientación y agitación emocional, que disminuyen la capacidad de actuar de manera coordinada y supera los recursos de la familia. Por lo que, se requiere de una acción coordinada por medio de planes, programas y proyectos que busquen la recuperación o desarrollo de habilidades, recursos familiares y genere alternativas y nuevas posibilidades desde una mirada proactiva donde la familia y sus redes de apoyo coordinen rumbos, seleccionen objetivos en común y generen nuevos recursos y relaciones que expresen un sentido de pertenencia social (Fried & Rodríguez, 2012), en pro del cuidado de sí mismo, del otro y del medio que los rodea.

A continuación, se presenta a manera de ejemplo, preguntas de tipo generativo que pueden establecerse con las familias según sea el caso:

Modelo de preguntas generativas	Preguntas generativas por aplicar con la familia González Arias
Preguntas generativas que favorezcan la expansión de posibilidades para las familias	Señora Carmen, entendemos de acuerdo con lo que sumerced nos cuenta que, su separación marcó un cambió en su vida, que aún hay muchas cosas que le resultan difíciles como el no estar con sus hijos, pero que en estos momentos se siente bien porque ha podido hacer cosas que son importantes para usted, podría contarnos ¿Qué cambios se han presentado en su vida? ¿Qué nuevas posibilidades surgieron para usted a partir de esta experiencia?
	Señora María y Don Silverio, según lo que hemos venido conversando, entendemos que ustedes sienten preocupación porque a veces notan a su hija Carmen muy cansada y que les gustaría ayudarla un poco más en las labores de la casa, para que ella también pueda dedicarse tiempo para las cosas que disfruta. Si ustedes deciden

DOCUMENTO CONTROLADO

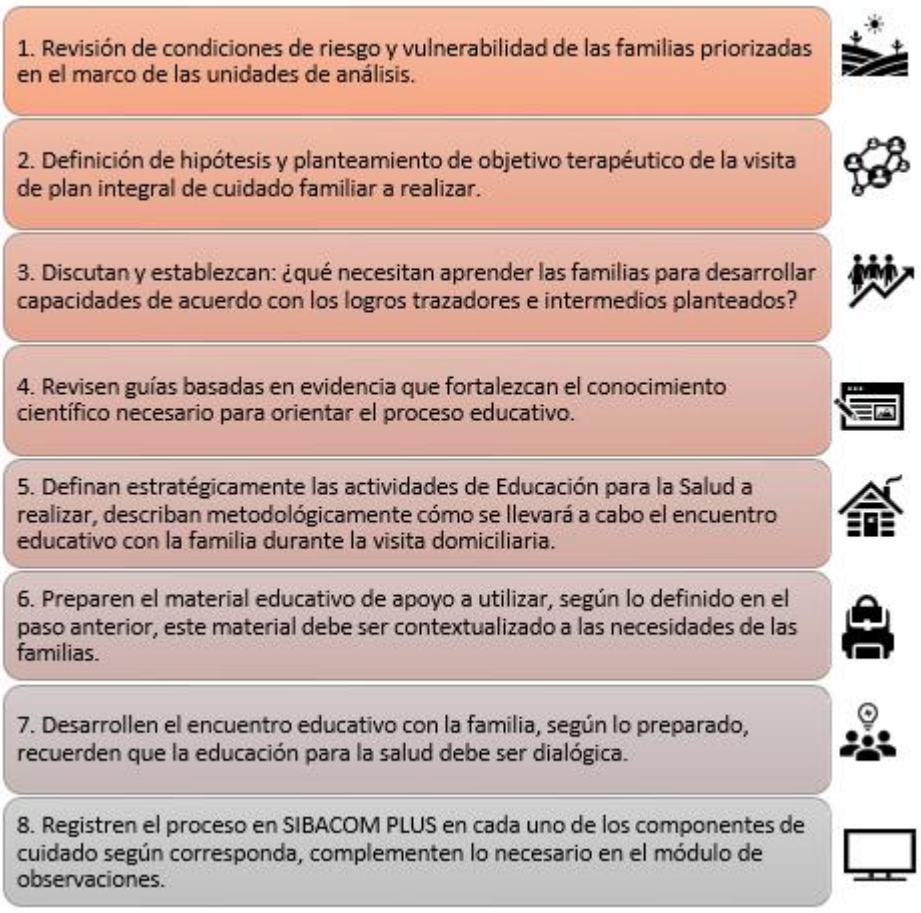
	involucrarse como proponen con algunas tareas sencillas ¿cómo creen que esto podría cambiar la situación de su hija Carmen? ¿cómo podrían ustedes contribuir a generar nuevas posibilidades en las actividades de su vida diaria para que su hija Carmen no se sienta agotada?
Preguntas que permiten a las familias considerar el entramado relacional donde se construyen y disuelven los problemas.	Claudia y Julio, hemos escuchado a Carmen atentamente frente a lo que ella siente y vive, estando al cuidado de sus padres, ¿Cómo imaginan que ella se siente? ¿De qué manera se sintieron al escucharla?
	Desde lo que hemos escuchado, en esta conversación, identificamos dificultades en la comunicación, referidas en discusiones, insultos, gritos, entre otros. Conversemos sobre esa comunicación, ¿De qué nuevas formas podrían comunicarse entre ustedes?
Preguntas que fomentan la acción colaborativa y que vinculan a los integrantes de las familias y su comunidad en la búsqueda de soluciones.	Comprendemos que cuando Doña María estuvo muy enferma y la tuvieron que hospitalizar e incluso cuidar más de cerca debido a que usaba oxígeno y todos estuvieron pendientes, tanto de ella como de su padre, cuéntenos, ¿Qué tendría que hacer cada uno de ustedes para que esto ocurriera nuevamente?
	Desde lo que cada uno de ustedes nos ha expresado, encontramos que les gusta participar de actividades fuera del hogar, con amigos y vecinos, grupos de apoyo, comunidades religiosas, entre otros. Queremos preguntarles ¿Cómo se ven en un futuro y qué tendría que hacer cada uno de ustedes para que eso fuera posible?

Fuente: Elaboración SESALUB a partir de los planteamientos de (Fried Schnitman, Dora, 2013).

El equipo de salud debe realizar la preparación del encuentro educativo que tendrá con la familia durante la visita domiciliaria teniendo en cuenta lo acordado interdisciplinariamente en la unidad de análisis, la hipótesis de trabajo y el objetivo terapéutico propuesto según los riesgos y vulnerabilidades identificados en el sistema familiar. A su vez, es necesario que preparen el material informativo de apoyo que requerirán para el proceso educativo en el marco de la visita domiciliaria.

El equipo de salud debe realizar el registro de la Educación para la Salud y acciones de intervención breve que desarrolle con la familia por cada uno de los componentes del plan de cuidado (Cuidado Familiar, Cuidado por curso de vida, Cuidado en Red, Cuidado del Entorno, Cuidado del Cuidador) y en coherencia con los logros trazadores e intermedios que se estén trabajando. A continuación, se describen de manera general los pasos que como equipo interdisciplinario deben seguir para realizar el proceso de educación para la salud con las familias:

DOCUMENTO CONTROLADO



PASO 5: ACTIVAR Y ACOMPAÑAR

El equipo de salud debe realizar en el marco de la visita intervenciones para acompañar la familia en el cumplimiento de compromisos y la activación de los recursos internos y externos disponibles para la familia a través de: educación para la salud y demás tecnologías del PIC, intervención breve, activación de rutas integrales de atención en salud y rutas de atención municipales, canalización a programas sociales, educativos, económicos entre otros según el documento de oferta elaborado. Quiero recordar que es importante disponer de agenda abierta de citas de medicina, enfermería, odontología, psicología entre otros, así como de oferta institucional concreta para las familias más vulnerables con el fin de facilitar el acceso a estos servicios y oportunidades en otros ámbitos.

En el desarrollo del Plan Integral de Cuidado Familiar, resulta fundamental que el equipo de salud que desarrolla las visitas identifique aquellas situaciones de vulnerabilidad y riesgo a las que se encuentran expuestas las familias y que requieren de activación de rutas de atención integral

adicionales a la ruta de Promoción y Mantenimiento de la salud. Aquellos integrantes del grupo familiar en los que se valoren riesgos que pueden afectar su salud, deben ser derivados a la Ruta de Atención Integral de Grupo de riesgo según sea el caso.

De igual forma, un elemento esencial para las familias es la participación en redes sociales y comunitarias que puedan proporcionarles herramientas de apoyo para el cuidado de su salud y bienestar.

Los profesionales de los equipos básicos de salud deben conocer la oferta municipal de programas sociales a los que los integrantes del hogar puedan acceder según el curso de la vida en el que se encuentran. Así mismo, es fundamental el reconocimiento de las redes sociales y comunitarias que se implementan y fortalecen desde el Plan de Intervenciones Colectivas y programas sociales del orden municipal y a las cuales se pueden derivar a las familias priorizadas.

El seguimiento es utilizado como herramienta para garantizar la continuidad del cuidado, implica que, una vez realizado el primer contacto con la familia, el equipo y el sistema de salud deben estar en capacidad de mantener un contacto permanente con ésta; que asegure mejores condiciones de salud en términos de un cuidado integral, integrado (perspectiva de gestión del riesgo y determinantes sociales) y continuo.

Se recomienda que una vez determinado el tipo de cuidado que requiere la familia en la unidad de análisis se establezca la periodicidad y el o los(as) profesionales a cargo de las visitas domiciliarias de acompañamiento dando respuesta a las necesidades de la familia.

Durante la visita de seguimiento se debe actualizar y evaluar el riesgo familiar; así como acompañar a las familias en el cumplimiento de los compromisos de cuidado en términos de la capacidad de agencia de cuidado alcanzada, para esto se retoman los hallazgos y compromisos concertados en cada uno de los componentes de cuidado del PICF, registrados en el Software SIBACOM PLUS. Allí se evidencia que cada uno de estos este mediado por procesos de información y educación para la salud que en algunos casos deberán ser reforzados en las visitas domiciliarias de seguimiento y que están enlazados a unos logros trazadores que se habilitan según el componente del PICF.

De igual forma, no olvide en cada visita:

- Diligenciar la cartilla o programador familiar: se debe registrar en la cartilla o el programador familiar los compromisos concertados entre el equipo de salud y la familia para que ellos recuerden las tareas que deben realizar y puedan realizar la automonitoreo del avance.

- Programar nueva visita de seguimiento a los avances: se debe comentar con la familia que se va a realizar una visita de seguimiento a los compromisos establecidos y en lo posible concertar con ellos la disponibilidad para la nueva visita.

DOCUMENTO CONTROLADO

MOMENTO 3: Unidades de análisis y gestión de los determinantes sociales

La unidad de análisis del Plan integral de Cuidado Familiar del entorno hogar; es una metodología utilizada por los integrantes del equipo de salud de la Empresa Social del Estado contratada para su ejecución, para:

- Realizar la planeación en cuanto a la intervención de las Familias priorizadas para la realización de PICF a través de visitas domiciliarias.
- Evaluar cumplimiento y productividad programada
- Analizar el contexto familiar a través del proceso de caracterización e intervención del PICF que junto a otros insumos generen el plan de acción a desarrollar con las familias, mejorando el bienestar y calidad de vida de estas.
- Revisión y gestión de casos
- Evaluar la adherencia de las Familias al PICF.
- Definir las problemáticas a presentar en las Salas Situacionales de nivel Municipal.

Es importante aclarar que esta Unidad de análisis no remplaza las Unidades de Análisis de los Eventos de Interés en Salud Publica, ni los Comités institucionales.

- Periodicidad: De acuerdo con el número de Familias y visitas programadas, se espera el desarrollo de una unidad de análisis semanal con presentación de soporte como mínimo de manera mensual, es decir, cada semana el equipo va avanzando en el análisis de las familias y al fin del mes debe presentar el soporte en formato establecido.

- Responsables: Equipo de salud que realiza el PICF, en todas las unidades de análisis deben participar todos los integrantes del equipo básico (profesional de enfermería, medicina y psicología y técnico auxiliar de enfermería). Si en las unidades de análisis no se cuenta con la participación de los profesionales mencionados no será válido su desarrollo, considerando que se requiere del cumplimiento del criterio de integralidad, interdisciplinariedad, para garantizar el impacto de las visitas.

- Insumos: El equipo de salud tendrá como insumo fundamental la información familiar registrada en el software SIBACOM PLUS; adicionalmente podrá traer a la unidad de análisis otros insumos que requieren para completar el análisis familiar como son Historias clínicas, Epicrisis, Investigaciones epidemiológica de campo, Resultados de exámenes paraclínicos, entre otros.

Desarrollo de la Unidad de Análisis

- Revisión de las visitas familiares (número de visitas, cronogramas y recorridos) programadas durante el periodo.

Relacione el periodo evaluado para la unidad de análisis día – mes – semanas reportadas (esta información puede facilitar el diligenciamiento del cronograma. Se sugiere diligenciar en primera medida el cronograma y tomar la información necesaria para este punto. Una vez registrada la

DOCUMENTO CONTROLADO

información el equipo puede identificar y evaluar el cumplimiento y la productividad programada.

- Programación de las visitas semanales según criterios de riesgo y vulnerabilidad familiar por el equipo de salud.

En este punto el equipo del Plan Integral de Cuidado Familiar verifica la información disponible de la familia desde las diversas fuentes de información, genera la hipótesis inicial, el plan de trabajo y define el responsable de la visita para la familia.

Recuerde que en el acta de unidad de análisis (según anexo: formato unidades de análisis), debe incluir la descripción de la situación analizada para cada una de las familias a abordar, relacionando el código CIUF así como la hipótesis inicial entendida como la situación o conjunto de situaciones, identificadas por el equipo de salud, que mantienen una relación sistémica con capacidad para comprender el comportamiento sano o patológico de la familia y que el equipo considera debe abordar prioritariamente para lograr un alto impacto en la salud familiar.

Es relevante que, para el análisis de la familia, el equipo utilice la información disponible de la familia desde la caracterización o actualización del SIBACOM, historia clínica digital de los miembros de la familia, sistema de información de vigilancia epidemiológica, PAICEC, entre otros.

El equipo debe generar un plan de trabajo desde la mirada interprofesional, establecer las acciones que se requieren para la valoración de la familia, la concertación de compromisos, la realización de procedimientos, intervenciones y acciones educativas, entre otras. Por último, se debe definir en consenso con el equipo, qué profesional será responsable de la próxima visita con la familia teniendo como base un criterio clínico que tenga en su horizonte resultados en salud en términos de gestión del riesgo y agencia de cuidado.

- Revisión de guías y protocolos según los riesgos identificados

Según los riesgos identificados es necesario que el equipo interprofesional socialice y analice las guías y protocolos que les permitan el logro de mejores resultados en salud con actuaciones basadas en la evidencia disponible.

- Toma de decisiones para incidencia política en los determinantes sociales de la salud.

En este espacio el equipo relaciona los avances de la familia, las acciones de mejora y posterior a un análisis de los determinantes que afectan la salud de las familias determina la estrategia que se planteará en sala situacional para realizar gestión de los mismos en un contexto político y administrativo a nivel local , entendiendo que más allá de abogar por mejorar las condiciones de las familias priorizadas se debe trascender al plano comunitario – colectivo , con el fin de incidir en la toma de decisiones en un nivel más estructural y de largo plazo, con perspectiva poblacional .

DOCUMENTO CONTROLADO

Recuerde que las salas situacionales son responsabilidad de la entidad territorial y el equipo participa comentando las problemáticas y los determinantes que se deben intervenir, presentando alternativas viables en materia política, administrativa y presupuestal.

- Compromisos y varios

Para finalizar la unidad de análisis, se pueden establecer compromisos relacionados con la socialización de guías, protocolos, realización de test, cuestionarios, intervenciones como primeros auxilios psicológicos, entre otros. Solicitud de participación en el espacio de unidad de análisis, de otros miembros del equipo de la ESE como odontología para generar unidad de criterio en la evaluación de la salud oral y la educación para la salud que se debe dar a las familias.

Registre toda la información en el formato de Unidad de Análisis proporcionado por Secretaría de Salud de Boyacá.

Recuerde que la unidad de análisis, además de ser un espacio técnico, también es un espacio colaborativo y de apoyo entre profesionales, cumpliendo una función de intercambio de experiencias, así como soporte científico y emocional al equipo de trabajo

INDICADORES DE PRODUCTO Y RESULTADO

Indicadores de resultado	**FAMILIAS SALUDABLES** ● Familias que reportan mejora en el Índice compuesto de riesgo familiar **FAMILIAS CON AGENCIA DE CUIDADO** ● Familias que reportan avances en logros de cuidado trazadores				
		INDICADOR	DESCRIPCION DEL INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	PERIODICIDAD

DOCUMENTO CONTROLADO

Indicadores producto		Proporción de familias caracterizadas a través de PICF	Porcentaje de familias que han sido caracterizadas	**Numerador:** númerode familias atendidas en visita de caracterización y/o actualizaciones determinantes sociales en salud **Denominador:** Total, de familias programadas año 2026 **Factor:** 100	Mensual	
		Proporción de familias con PICF implementado	Porcentaje de familias que han sido atendidas con PICF básico (1 visitas por dupla)	**Numerador:** número de familias atendidas en visita con plan de cuidado familiar con riesgo, pero no daño inminente **Denominador:** Total, de familias **Factor:** 100	Mensual	
		Proporción de familias con PICF implementado	Porcentaje de familias que han sido atendidas con PICF básico (2 visitas por dupla)	**Numerador:** número de familias atendidas en visita con plan de cuidado familiar con riesgo de daño	Mensual	

DOCUMENTO CONTROLADO

				Denominador: Total de familias **Factor:** 100		
		Proporción de familias con PICF implementado	Porcentaje de familias que han sido atendidas con PICF especial (3 visitas o más, por dupla)	**Numerador:** número de familias atendidas en visita con plan de cuidado familiar con riesgo compensado y/o activo. **Denominador:** Total, de familias caracterizadas vigencia 2023. **Factor:** 100	Mensual	
		Proporción de Personas con identificación de riesgos canalizadas a servicios sociales o sanitarios desde el PIC	Expresa el número de personas canalizadas a las Rutas Integrales de Mantenimiento y promoción de la salud.	**Numerador:** número de personas identificadas en Visitas de PICF y canalizadas efectivamente a la RPMS **Denominador:** Total de personas identificadas y caracterizadas en visitas de PICF. **Factor:** 100	Mensual	

DOCUMENTO CONTROLADO

CRITERIOS Y SOPORTES REQUERIDOS PARA LA EVALUACIÓN TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DEL PLAN INTEGRAL DE CUIDADO FAMILIAR

Según lo definido en Res. 518 de 2015 numeral 11.3.5 corresponde a la Entidad Territorial municipal: "Monitorear y evaluar, tanto la ejecución técnica, financiera y administrativa como los resultados en salud alcanzados a través del plan de salud pública de intervenciones colectivas municipal, en coordinación con el departamento. En función de los resultados de esta, podrá aplicar las glosas o sanciones correspondientes en el marco de lo pactado en el contrato o acuerdo de voluntades suscrito con E.S.E Centro de Salud de la Uvita encargada de la ejecución del PIC". En este orden de ideas, se realiza asistencia técnica y evaluación de las acciones de PICF MUNICIPAL, tal como se relaciona a continuación:

Seguimiento a la ejecución financiera del PIC MUNICIPAL con énfasis en las acciones contratadas para Plan Integral de Cuidado Familiar

Para la evaluación financiera se evaluarán los siguientes elementos, por lo que E.S.E Centro de salud de la Uvita debe disponer de los soportes requeridos para su verificación:

ASPECTO REVISADO	HALLAZGOS Y OBSERVACIONES
Flujo y ejecución de los recursos con destinación específica para el Plan de Intervenciones Colectivas.	✓ Presentar extractos bancarios de la cuenta para el manejo de recursos de PIC Municipal. ✓ Actas parciales de pago y egresos de personal de salud contratado para la ejecución de las acciones de Plan Integral de Cuidado Familiar y Jornadas de Salud. ✓ Se verificarán trámites de la ESE para gestión de pagos efectivos por Alcaldía de San Mateo y garantizar flujo de recursos.
Cumplimiento del numeral 11.4.9 de Res, 518 de 2015: Manejar los recursos destinados para el PIC en una cuenta bancaria exclusiva hasta la firma de la liquidación del convenio o contrato, los recursos allí depositados sólo podrán ser utilizados para el pago de los bienes o servicios que se requieran para la ejecución de las intervenciones contratadas.	✓ Presentar certificado bancario de cuenta exclusiva para PIC Municipal.

DOCUMENTO CONTROLADO

Descripción de las actividades a desarrollar	Subcategoría línea operativa RESOLUCION 3280 DE 2018	Ámbito territorial (Res 3202/16)	Entornos (Res 3202/16)	Momentos del curso de vida (Res 3202/16)	Soporte
Realizar Plan Integral de Cuidado Familiar por equipo de salud conformado por dupla: Profesional de Medicina, Enfermería y/o Psicología y Auxiliar de Enfermería o Auxiliar en Salud Publica) a N° 111 familias, a través de CUATRO - 4 visitas domiciliarias presenciales; priorizando familias de la vereda FLORESTA , las cuales incluyen: actividades de caracterización y/o actualización de información, información y educación para la salud , tamizajes, rehabilitación basada en comunidad y seguimiento y monitoreo de logros trazadores e intermedios en salud (a través del software SIBACOM PLUS); esta actividad incluye desarrollo previo de unidades de análisis por equipo básico de salud (Medicina, Enfermería, psicología). En caso de que se presente algún caso que no esté cubierto por otros EBS se realizará la visita con esta actividad.	PIC - Caracterización social y ambiental en entornos de vida cotidiana	Rural	Comunitario	Todos los cursos de vida	Tablero de control de digitación actas de unidades de análisis base de datos SIBACOM (copia de seguridad del servidor) informe para salas situacionales en salud formato de oferta institucional formato de evaluación técnica de las visitas cronograma semanal de visitas. informe de orientación a servicios de salud. (efectivas y no efectivas)

DOCUMENTO CONTROLADO

Seguimiento a la ejecución administrativa del PIC MUNICIPAL con énfasis en las acciones contratadas para Plan Integral de Cuidado Familiar

Para la evaluación administrativa se evaluarán los siguientes elementos, por lo que E.S.E Centro de salud de la Uvita debe disponer de los soportes requeridos para su verificación:

ASPECTO REVISADO	HALLAZGOS Y OBSERVACIONES
Cumplimiento de la entidad contratada para la ejecución del PIC en cuanto a la disponibilidad del talento humano que coordina y ejecuta las actividades	✓ La E.S.E ejecutora de PIC MUNICIPAL cuenta con coordinador para la ejecución del PIC. ✓ La E.S.E debe contar con el equipo básico el cual incluye: auxiliar de enfermería, profesional de enfermería, profesional de psicología, profesional de medicina, para la ejecución de las visitas de PICF. Los profesionales de enfermería, psicología y Auxiliar de enfermería deben ser exclusivos para la ejecución de las acciones de la Estrategia contratada, por lo que debe acreditarse que se encuentran contratad os **únicamente** para la ejecución de la estrategia. ✓ La E.S.E debe presentar a Alcaldía Municipal para la correspondiente verificación, los contratos de personal de salud que ejecuta las acciones de PIC Municipal, con igual tiempo a vigencia del convenio y acreditando su respectiva contratación.
Verificación de la disposición permanente por parte de la E.S.E ejecutora de PIC de los recursos de carácter técnico y tecnológico que se requieren para el cumplimiento de las acciones contratadas (áreas de trabajo, equipos de cómputo, impresoras, insumos para el trabajo comunitario, ayudas didácticas, SIBACOM PLUS, entre otras).	✓ La E.S.E debe contar con software SIBACOM PLUS actualizado con última versión (2022) y en funcionamiento, equipos de cómputo en funcionamiento.

DOCUMENTO CONTROLADO

Seguimiento a la ejecución técnica del PIC Municipal con énfasis en las acciones contratadas para Plan Integral de Cuidado Familiar.

Para soportar la ejecución técnica de la estrategia, la Alcaldía Municipal, adelantará el proceso de evaluación por lo que la E.S.E debe garantizar el cumplimiento.

INFORMACIÓN EN SALUD

"Acciones de producción, organización y difusión de un conjunto de datos o mensajes para orientar, advertir, anunciar o recomendar a los individuos, familias, comunidades, organizaciones y redes, así como a los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y otros sectores sobre aspectos relacionados con la salud pública, que contribuya a la construcción de elementos que propicien la toma de decisiones en salud"[12]

La información en salud, más que la simple transmisión unidireccional de datos o mensajes es una acción estratégica para el desarrollo humano que debe generar un clima cultural apropiado para la promoción de salud y calidad de vida y aportar a la construcción de otras formas de comprender la salud.

A nivel poblacional la información en salud es una acción estratégica que pretende generar un clima cultural apropiado para la promoción de salud y calidad de vida y aportar a la construcción de otras formas de comprender y cuidar la salud.

Se expresa fundamentalmente en la difusión a través de medios de comunicación masiva nacionales, departamentales, distritales, locales, comunitarios e institucionales, de mensajes relacionados con las prioridades territoriales, validados técnica y culturalmente.
Esta línea de acción incluye la planeación, implementación, seguimiento y evaluación de acciones para el suministro de información sobre:

- Derechos y deberes en salud.
- Promoción de prácticas para el cuidado de la salud de las personas, las familias, las comunidades y sus entornos, entre otras: la promoción de estilos y hábitos de vida saludable y la prevención y atención de enfermedades priorizadas, alimentación saludable que incluye el incremento de consumo de frutas y verduras, la actividad física, la reducción del consumo de nutrientes de interés en salud pública (azúcar, sodio, grasas saturadas y grasas trans), la promoción de donación de sangre, órganos y tejidos (incluye la donación de leche humana), entre otras.

DOCUMENTO CONTROLADO

[12] Resolución 3280 (2018). Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación. Ministerio de Salud y Protección Social.

- Riesgos en salud y mecanismos para la prevención o mitigación de riesgos identificados en el territorio tales como: control de exposición a radiación ionizante, exposición a agentes cancerígenos ambientales y ocupacionales, consumo de sustancias psicoactivas, entre otros.
- Mecanismos de participación social en salud que se expresen en acciones tales como la Incidencia desde la comunidad en relación con los temas tratados y priorizados en los espacios intersectoriales a nivel nacional (Comisión Intersectorial de Salud Pública, Comisión Nacional Intersectorial de Salud Ambiental - CONASA, Comisión Intersectorial de Cambio Climático) y territoriales (Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, Consejo Territorial de salud Ambiental COTSA), entre otras. e. Rutas Integrales de Atención en Salud y mecanismos que permitan evitar o reducir barreras de acceso a los servicios de salud[13]

Pasos para la ejecución de la información en salud

INFORMACIÓN EN SALUD	
PASOS PARA LA EJECUCIÓN	1. Identificación previa: identificar conocimientos, actitudes y prácticas de salud existentes y sobre las cuales se pretende incidir mediante las acciones informativas.
	2. Diseño: implementación de estrategias de medios, de acuerdo con las particularidades de salud pública que se presenten en el municipio. Para este fin, se podrán realizar acciones a través de medios regionales o locales de comunicación (canales regionales, institucionales o comunitarios de radio y televisión); empleo de tecnologías de la información y redes sociales, entre otras que sean pertinentes para la difusión de mensajes o documentos clave. Los mensajes de información en salud deben ser acordes con las prioridades territoriales y estar validados técnica y culturalmente.
	3. Evaluación: seguimiento y evaluación de la apropiación e impacto de la información; y re-planificación de las estrategias de acuerdo con los resultados de la evaluación.

ACTIVIDADES POR ENTORNO					
HOGAR / EDUCATIVO	Orientar, advertir, anunciar o recomendar a la comunidad educativa mediante mensajes clave relacionados con las prioridades definidas con las personas y familias en concordancia con el logro de objetivos, resultados e indicadores	**COMUNITARIO**	Orientar, advertir, anunciar o recomendar a grupos, organizaciones y redes comunitarias y sociales en temas de liderazgo, autogestión y corresponsabilidad, en derechos y deberes en salud.	**LABORAL**	Orientar, advertir, anunciar o recomendar sobre la prevención de riesgos derivados del trabajo, ocupación u oficio, mecanismos de acceso al Sistema General de Riesgos Laborales, Conformación de instancias organizativas del grupo de trabajadores.

[13] Resolución 3280 (2018). Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación. Ministerio de Salud y Protección Social

DOCUMENTO CONTROLADO

	del Plan Territorial de Salud.				

Fuente: *Elaborada según lo definido en Rsl 3280 de 2018 y Rsl 518 de 2015.*

Finalidades de la información en salud
La información en salud busca aumentar el conocimiento sobre un tema e incidir en las formas de sentir pensar[14] que apunten a:

Persuadir de realizar una determinada conducta (ej.: utilizar condón en las relaciones sexuales; lavarse las manos; etc.) o **disuadir** de hacerla (ej.: no manejar cuando se ha consumido alcohol o drogas). Se trata de la información que procura que los sujetos hagan con el fin de fortalecer o mejorar la salud o de hacer conciencia de la problemática para generar reflexión que se traduzca en cambio de prácticas.

Anticipar que los sujetos adopten comportamientos que afecten su salud; ejemplo: evitar que los jóvenes inicien el consumo de drogas (implica trabajar desde la primera infancia en aspectos como la autonomía, el autoconcepto, la autovaloración, entre otros). Debe ser una estrategia constante e implementarse con suficiente antelación al momento en que podrían suscitarse los hechos, porque los resultados se verán a mediano o largo plazo

Promocionar los derechos - con énfasis en el derecho a la salud y las acciones de autocuidado y cuidado de la salud de la familia, la comunidad y su entorno; así como, promover la participación -especialmente de los que usualmente no han sido considerados como interlocutores válidos[15] y proponer los escenarios para dicha participación y para la movilización social. Con base en la información en salud se promueve que los ciudadanos puedan posicionar en las agendas gubernamentales, del sector privado o de las organizaciones sociales, los temas que le aporten a la garantía de los derechos, entre ellos el derecho a la salud.

Reforzar comportamientos o saberes favorables para promover y mantener la salud, que a través de la evidencia han demostrado resultados positivos en distintos contextos.

Cambiar representaciones de sí, de los otros, de lo otro que permitan cuestionar lo que se ha establecido como si fuera natural y es injusto o inequitativo o inconveniente para la salud.

¿A qué tipo de información le estamos apuntando?

Se puede decir que a aquella que reconozca los comportamientos y creencias arraigados en la población sujeto -que afectan la salud y la calidad de vida-, con el fin de determinar cómo podría persuadírseles de actuar de forma diferente a favor de la salud. Lo anterior, implica reconocer las opiniones, saberes, valoraciones o prejuicios que las personas tiene sobre un tema

[14] Término acuñado por Eduardo Galeano que alude al "Proceso mediante el cual ponemos a trabajar conjuntamente pensamiento y sentimiento, dos formas de interpretar la realidad, mediante la reflexión y el impacto emocional, hasta converger en un mismo acto de conocimiento y acción". http://www.dejamequetecuente.net/2010/01/sentipensar.html.

[15] Como los niños y niñas, los jóvenes, las poblaciones indígenas, los sectores populares, entre otros.

DOCUMENTO CONTROLADO

o problema y captar su atención aportando información para ampliar el conocimiento sobre éstos, cambiar la perspectiva desde la cual los ven, y generar una actitud orientada hacia mantener y promover la salud y predisponer a la acción[16] En general le estamos apuntando a la información en salud, que…

Reconoce y parte de los comportamientos, actitudes, sentimientos, creencias, saberes y prácticas de las personas, las familias y las comunidades, y se construye a partir de la información epidemiológica local, para aportar a configurar determinados saberes y valores sobre los problemas de calidad de vida y salud[17].

Reconoce y parte de la cultura, de la psicología, de las características educativas y del momento del curso de vida de los sujetos a quienes se va a dirigir la información, así como del contexto territorial[18] en el que viven.

Reconoce y confía en la capacidad de cambio de las personas, para lo cual es necesario aportar información que no genere oposición, sino ir paso a paso, partiendo de la forma en que actúan en sus vidas actualmente.

Construye mensajes que sean sencillos, comprensibles y actualizados: "las personas adoptan más fácilmente un comportamiento si éste es "divertido, fácil y popular", si reduce barreras y si refuerza costumbres sociales existentes")[19]. En suma, son mejores los mensajes motivadores y positivos que logran que la relación con los sujetos sea más duradera y la información tenga el efecto esperado.

Producen los mismos actores territoriales y los estimula a buscar más información.
Se construye a partir de información propia ya existente (reconoce los avances y resultados de estrategias implementadas por el mismo sector u otros sectores, la Alcaldía o la Gobernación, los empresarios, las ONG, las comunidades, etc.)

Aporta a construir conceptos que, como el cuidado (de sí mismo, de los cercanos, de los lejanos, del planeta)[20] , la cooperación, la convivencia, el diálogo, la participación, etc.
Posiciona temas en/con los pobladores de los territorios como estrategia de abogacía o de ambientación hacia la movilización social: plantear los temas que deben ser de debate social

[16] http://eprints.ucm.es/10085/1/MetodPublSocialAntonAlv.pdf

[17] La publicidad en el tercer sector: una mirada integradora. Reseña. EN http://www.redalyc.org/pdf/105/10503717.pdf

[18] Eso implica ser cuidadoso en no proponer estrategias que pueden resultar, incluso ofensivas o inútiles, como por ejemplo, proponer Imanes con x información para pegar en las neveras, donde no hay energía eléctrica…

[19] Lamas, Héctor y Lamas, César. La comunicación en salud. EN: http://aeg.pucp.edu.pe/boletin/deinteres/boletin15/salud_lamas.pdf . consultado el 17 de julio de 2015.

[20] Exaltar el significado del CUIDADO. Actitud que vincula conocimiento y afectividad, horizontaliza las relaciones entre los humanos y entre éstos y la naturaleza. Calidad de vida, inclusión social y procesos de intervención. EN: https://books.google.com.co/books consultado el 18 de julio de 2015

DOCUMENTO CONTROLADO

(lo cual implica lograr que se hable en distintos escenarios sobre los mensajes que se están difundiendo).

Muestra causas y propone soluciones contextualizadas e incluye, de ser posible, procedimientos o alternativas para actuar.

Reconoce el papel que todos los actores deben cumplir para que se construya salud y calidad de vida (no solo las poblaciones o comunidades organizadas, sino también las IPS, EPS, los otros sectores, instituciones, etc.). Esto se relaciona con el hecho de reconocer todos los elementos de un determinado programa, de manera concreta, enfatizando en lo que es necesario hacer; ejemplo: separar los residuos en la fuente es necesario, pero no suficiente para hacer una gestión integral de los mismos; en tal sentido, hay que saber qué le corresponde hacer a los recicladores, a los bodegueros y a las empresas transformadoras (no solo a los generadores de los residuos).

Produce información que narra experiencias reales de comportamientos saludables, preferiblemente de pobladores del territorio o de otras personas en similares situaciones

Algunas posibilidades informativas, que se pueden mezclar, son

- Cuñas (anuncios o espacios publicitarios breves) de radio y TV.
- CD con videos, documentos, juegos, animaciones.
- Juegos como loterías, rompecabezas, etc.
- Multimedias.
- Mensajes por redes sociales.
- Aplicativos para celular.
- Performances, sketches, flashmobs
- Jingles o videoclips musicales.
- Caricaturas, títeres, cuentos, videos o cortos de cine (que se pueden hacer con celular), fotografías, storyboards
- Enlaces para cajas de herramientas sobre temas de salud pública.
- Enlaces para publicar información propia (de los colectivos, de ONG, o de otros sectores, etc.) Boletines de prensa (virtual, televisiva, escrita, radial, de medios comunitarios, etc.) Sobre información de interés en Salud Pública.
- Artículos en periódicos escolares o universitarios, comunitarios, laborales…
- Eslogans
- Folletos o material impreso
- Afiches, almanaques de pared o personales
- Mapas, infografías, mapas conceptuales
- Documentos sencillos con información para la salud que se entreguen en los espacios e instancias de participación (Ej.: Comités o consejos locales, JAC -especialmente a los que tengan comités de salud-, grupos juveniles, infantiles, de tercera edad, de mujeres, poblacionales, mesas de víctimas, grupos de familias en acción, etc.)
- Publicar información sectorial de salud en las páginas web de los demás sectores o actores territoriales.

DOCUMENTO CONTROLADO

- Publicar informes cortos en carteleras institucionales: de la alcaldía, IE, E.S.E y de otras entidades. (Ej. avance en el alcance de metas o mejoramiento de calidad de vida y salud a raíz de la implementación de una estrategia, entre otras posibilidades).
- Gestionar la publicación o difusión gratuita de mensajes clave para la salud con instituciones públicas y privadas, tales como, tiendas, plazas de mercado, empresas de servicios públicos, entre otras. (Ej.: incluir Información impresa en bolsas de mercado tales como TIPS para el manejo adecuado de residuos sólidos). También se puede gestionar con las empresas de servicios públicos para que se incluya junto con las facturas de los servicios, información sobre salud (ej.: sobre tenencia responsable de animales de compañía)

¿Qué se considera como un material informativo que genera impacto en salud pública?

El artículo 21 de la Res. 518 de 2015 que trata las prohibiciones de gasto de los recursos de la subcuenta de salud pública colectiva, establece que estos recursos no se deben invertir en materiales informativos que no generen impacto en salud pública. Al respecto, se precisa que un material informativo que no causa impacto es aquel que:

- Tienen contenidos que no son construidos de manera participativa en un diálogo de saberes que involucre a la población sujeto de intervención.
- Son producidos sin tener en cuenta la especificidad de la población a la que están dirigidos: lenguaje, idiosincrasia, usos y costumbres.
- Se presentan en plegables o volantes con excesiva información o con términos no comprensibles para las poblaciones a las cuales se dirige.
- Están descontextualizados con respecto al tipo de población a la cual se dirige el mensaje y su realidad socioeconómica, cultural e histórica, por tanto, su impacto o incidencia es mínimo y el mensaje se pierde.
- No exploran formas alternativas de comunicación; no toda la información debe ser entregada en piezas físicas. La lúdica, la expresión oral e incluso medios como el perifoneo, pueden ser de acuerdo con su contexto, de mayor impacto que un folleto.
- Corresponden a la entrega de imanes, cachuchas, lápices, lapiceros, cuadernos, botones, que tienen alguna inscripción o slogan relativo a temas de promoción de la salud o prevención de la enfermedad. En general, un slogan por sí solo no va a producir ninguna afectación positiva de la salud.
- Es posible que la entrega de un elemento como un sombrero o una cachucha pueda servir para favorecer un estilo de vida protector frente a la exposición a la luz solar, siempre y cuando esto se acompañe de otra intervención como la educativa, o la inclusión de esta medida protectora en acuerdos institucionales, tales como los currículos escolares o los manuales de convivencia (Ejemplo: que la cachucha haga parte del uniforme, o que en las actividades educativas al aire libre se use alguna clase de protección, etc.). La entrega por sí sola de la cachucha o sombrero no promueve ninguna transformación.

La restricción de la Resolución 518 de 2015 no busca desechar la posibilidad de difundir plegables, folletos, volantes o cualquier otro medio impreso (salvo los definidos en el anterior

DOCUMENTO CONTROLADO

literal f), sino de construirlos con participación de los sujetos a quienes se dirigen y teniendo en cuenta sus características particulares (momento del curso de vida; entorno que se pretende afectar, sea hogar, escuela, universidad, trabajo; creencias, actitudes y prácticas -CAP- culturales de la población a la que pertenecen; los determinantes sociales y ambientales que definen una situación de salud, entre otros aspectos).

Con base en lo anterior, se propone que las acciones informativas se den como parte de proyectos integrales que incluyan o articulen diversas intervenciones del PIC, y que su diseño parta de identificar y reconocer:

a) El contexto, el territorio, la idiosincrasia de la población.
b) Las situaciones y condiciones identificadas en el territorio o por las poblaciones que aborda y que inciden en la salud
c) Qué saben, qué creen, cómo actúan y como aprenden las personas a las cuales se dirige el mensaje (esto hace referencia, por ejemplo, a realizar previamente un diagnóstico de capacidades de las personas con respecto a la implementación de estilos de vida saludable).

En conclusión, tienen impacto aquellas acciones informativas que son pertinentes y están contextualizadas a la realidad sanitaria y de vida de la población a la cual se dirige y aquellas que se orientan hacia la autotransformación o la transformación de su realidad; mediante la difusión de información y mensajes dirigidas a que las personas se den algo, entiendan de qué se han enterado y que eso les sirva para actuar en consecuencia[21].

La Resolución 518 de 2015, del Ministerio de Salud y Protección Social, por la cual se define y establecen las directrices para la ejecución, monitoreo y evaluación de la Gestión de la salud Pública del PIC, establece que la información en salud incluye la planeación, implementación, seguimiento y evaluación de acciones para el suministro de información sobre: a. Políticas, planes, programas, proyectos, estrategias, normas, lineamientos y guías de promoción de la salud o de gestión del riesgo b. Derechos y deberes en salud c. Riesgos en salud y mecanismos para la prevención o mitigación de riesgos identificados en el territorio d. Mecanismos de participación social en salud e. Promoción de donación de sangre, órganos y tejidos.

Su ejecución comprende: a.) Identificación previa de conocimientos, actitudes y prácticas de salud existentes y sobre las cuales se pretende incidir mediante estas acciones las acciones informativas b.) Diseño e implementación de estrategias de medios, de acuerdo con las particularidades de salud pública que se presenten en el territorio. Para este fin, se podrán realizar acciones a través de medios regionales o locales de comunicación (canales regionales, institucionales o comunitarios de radio y televisión); empleo de tecnologías de la información y redes sociales, entre otras que sean pertinentes para la difusión de mensajes o documentos clave. c.) Diseño e implementación de procesos de seguimiento y evaluación de la apropiación

[21] Orientaciones para el desarrollo de la Información en salud en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC, 2015, Dirección de Promoción y Prevención, Ministerio de Salud.

DOCUMENTO CONTROLADO

e impacto de la información; y re-planificación de las estrategias de acuerdo con los resultados de la evaluación.

Cuñas radiales: anuncio pregrabado, totalmente autónomo en contenido respecto a los programas en los que se inserta, con una duración 30 segundos. Es uno de los formatos más variables y el más corto. Su efecto está basado en la repetición, los factores para tener en cuenta son los siguientes:

Público objetivo: Comunidad en general
Creatividad: Las cuñas requieren ser elaboradas con un guion original que capte la atención de los oyentes
Voz: Adecuada según el tipo de campaña
Música y efectos: No aburridos para los oyentes
Tiempo: 30 segundos

En las **carteleras** por su funcionamiento y alcance se pueden dirigir mensajes a públicos específicos, las carteleras deben estar ubicadas en lugares estratégicos y tener mensajes claros y llamativos que logren difundir información relevante.

Programas radiales dirigidos a la comunidad en general, con una duración mínima por programa de mínimos de 30 minutos, es necesario identificar el conocimiento que tienen las personas, no sólo como información sobre determinados temas, sino también como experiencia práctica acumulada (sea por experiencia propia o por terceras personas que se la han contado o trasmitido). En varias ocasiones se ha observado cómo se pierde o desperdicia todo ese conocimiento acumulado cuando se planifican acciones de comunicación sin tomarlos en cuenta ni valorarlos, a pesar de que ello podría servir para mejorar u optimizar el trabajo que realizamos[22].

Perifoneo: medio sonoro que consta de un equipo de sonido montado en un vehículo que transmite un mensaje en una o varias calles, a través de un altoparlante o bocinas, **debe realizarse un spot que contendrá el guion o mensaje a promocionar** en el vehículo en movimiento.

Talleres de información. El taller no puede responder a todos los determinantes sociales de la salud, más el taller sienta las bases para que las personas participantes se capaciten en el control de su propia salud y de todos aquellos factores que la determinan[23].

Se recomienda tener presente las siguientes etapas y contenidos

[22] Armas S. Palomino F. y Sueiro R. Manual de comunicación radial en salud, asociación latinoamericana de educación radiofónica (aler), 2008.

[23] Hernández-Díaza J, Paredes-Carbonell J, Torrensaa R, ¿Cómo diseñar talleres paraca promover la salud en grupos comunitarios?, Formación Continua Escuela Valenciana Delaware Estudios paraca la Salud (EVES), Valencia, España

DOCUMENTO CONTROLADO

	Contenidos
Etapa inicial. ¿Cómo empezar?	*1)* Acogida y presentar objetivos generales del taller *2)* Dinámica de presentación *3)* Negociar normas de funcionamiento *4)* Actividad de motivación y evaluación inicial *5)* Enunciar y compartir: objetivos y contenidos
Etapa central. ¿Cómo construir los aprendizajes?	*6)* Dinámica/s de adquisición de información *7)* Dinámica/s de adopción de actitudes favorables al cambio o cambios en salud *8)* Dinámica/s de adquisición de habilidades
Etapa final. ¿Cómo evaluar?	*9)* Dinámica/a de reflexión sobre lo aprendido *10)* Acciones a realizar como resultado del aprendizaje *11)* Evaluación del proceso *12)* Evaluación de resultados

Mensajes de video, folletos, afiches y volantes. se debe iniciar con una revisión de la información de base, establecer los objetivos, analizar y segmentar la audiencia, Identificar los mensajes y conceptos a ser comunicados y ponerlos en prueba, selecciona los canales para la divulgación, desarrollar y crear los mensajes en vídeo y en texto y se ponen a prueba y finalmente se evalúan los efectos y se retroalimenta.

Descripción de las actividades a desarrollar	**Subcategoría línea operativa RESOLUCION 3280 DE 2018**	**Ámbito territorial (Res 3202/16)**	**Entornos (Res 3202/16)**	**Momentos del curso de vida (Res 3202/16)**	**Soporte**
Realizar un programa radial trimestral de 30 minutos de duración para brindar información sobre la prevención de afecciones de origen bucal, promoción de hábitos higiénicos saludables, alimentación adecuada, derechos y deberes en salud bucal, identificación de signos de alarma para consultar al servicio de odontología.	PIC-Información en salud	Urbano y rural	Comunitario	Todos los cursos de vida	Programas radiales: audios de cada programa emitido, texto en físico del Guion de c/u de las temáticas abordadas).

DOCUMENTO CONTROLADO

Desarrollar 1 estrategia de información que incluya (100 cuñas de 30 segundos de duración con una frecuencia de mínimo 3 cuñas por semana durante la ejecución del convenio, 20 horas de perifoneo, con una frecuencia de 2 horas mensuales, 50 afiches, 200 folletos, 5 videos diferentes (con publicación mensual en redes sociales del Municipio y de la UBA), dirigido a población general para la promoción de prácticas de higiene de la vivienda, alimentos y agua como mecanismo para prevenir la transmisión de enfermedades infecciosas. Seguimiento trimestral	PIC-Información en salud	Urbano y rural	Comunitario	Todos los cursos de vida	Certificaciones de la emisora plan de medios informe de plan de medios
Desarrollar una estrategia de información en salud, movilización social, comunitaria e institucional dirigida a estudiantes de 12 a 18 años, cuidadores, padres de familia, comunidad educativa, en el Marco de la Semana Andina de prevención del embarazo, basados en lineamientos para ejecución y la Estrategia de atención integral para niñas, niños y adolescentes con énfasis en la prevención del embarazo en la adolescencia, 2015-2026. Que incluya: - 1 Feria con diferentes estaciones lúdicas y pedagógicas de derechos sexuales y reproductivos y promoción de los servicios ofertados en la UBA San Mateo, en IE Normal Superior.	PIC-Información en salud	Urbano y rural	Institucional	Adolescencia	• Acta de conformación de equipo para la planeación, desarrollo y evaluación de la actividad. • Documento análisis de la situación de embarazo en adolescentes en el municipio. • Acta o soporte de capacitación por parte del equipo departamental de salud sexual. • Informe final radicado. • Listados de asistencia.

DOCUMENTO CONTROLADO

- Conservatorio sobre mitos y realidades sobre el embarazo en adolescentes y decisiones responsables. Previamente proyección de video: "todo a su tiempo" https://www.youtube.com/watch?v=n_5vaz1dehQ y dinámica juego de roles. - Publicación en redes sociales de temas alusivos al tema - Proyección en redes sociales de video: amor propio https://www.youtube.com/watch?v=zChNJE9svPs Incluye validación técnica y cultura y evaluación del impacto obtenido con las estrategias informativas propuestas.					• Registro fotográfico. Soporte de material pedagógico utilizado para la actividad.
Realizar 8 programas radiales de 20 minutos cada uno con emisión semanal en espacio de mayor audiencia durante 8 semanas distribuidas en los meses de, septiembre y octubre orientados al cuidado de la salud mental para adolescentes, jóvenes y adulto mayor; prevención consumo de alcohol, la detección temprana, cuidado e inclusión social de personas con trastorno mental grave (psicosis, trastorno afectivo bipolar, depresión grave entre otros) y la prevención del suicidio.	PIC - Información en salud	Urbano y rural	Comunitario	Todos los cursos de vida	Copia grabada de cada programa emitido. · Certificación mensual de la emisora. · Informe firmado solamente por el representante legal de la ESE. (Sin la firma no tendrá validez)
Realizar en el año 3 talleres de información y comunicación para la salud de 45 minutos de duración en IE Normal Superior, IE El Chapetón y en IE Paz y Libertad, a cargo de profesional	PIC- Información en salud	Urbano y rural	Institucional	PRIMERA INFANCIA	Acta de Planeación de la información cronograma Informe del desarrollo de la

DOCUMENTO CONTROLADO

en medicina o enfermería dirigido a docentes y padres de familia sobre la identificación de alteraciones visuales en menores entre 2 y 8 años y auditivas en menores de 12 años, con la participación mínimo de 20 personas y con orientación a servicios de salud.					estrategia de información Listado de asistencia Pre test - Post -tes
Realizar una estrategia de información en salud realizadas ocho días anteriores a fechas de jornada de vacunación tanto en área urbana y rural, incluye mínimo: 80 afiches, 400 volantes, 50 cuñas de 2 minutos de duración cada una, 60 horas de perifoneo, publicación permanente en redes sociales del Hospital y del Municipio, publicación de pendones entregados en la vigencia 2024, dirigido a población general frente a la prevención de la rabia, lesiones por agresión o contacto con un animal potencialmente transmisor de la rabia y la importancia de la vacunación masiva y de mantenimiento de caninos y felinos (perros y gatos), los materiales serán distribuidos en las diferentes jornadas programadas por la Secretaria de Salud de Boyacá.	PIC - información en salud	Urbano y rural	Comunitario	Todos los cursos de vida	Informe de estrategia de información, comunicación en los diferentes sectores del municipio (urbanos y rural)
Realizar sesiones de información en salud para celebrar los días conmemorativos alusivos a la prevención de Enfermedades No Trasmisibles en los diferentes meses del año a través de (total 100 cuñas radiales de mínimo 2 minutos, 10 programas radiales)	PIC- Información en salud	Urbano y rural	Comunitario	Adultez	Acta de Planeación de la información cronograma Informe del desarrollo de la estrategia de información

DOCUMENTO CONTROLADO

para la promoción de: alimentación saludable (prevención en el consumo de alimentos con exceso de sal-sodio, alimentos procesados bebidas azucaradas, grasas saturadas), 5 pendones (medidas de 100 x 200 cm, material polipropileno, impresión de alta calidad, con soporte tipo araña y espacios borrables para colocar la información de las diferentes día conmemorativos, los cuales se entregarán en el I trimestre de ejecución del contrato)					Listado de asistencia Pre test - Post -tes
Elaborar y/o reproducir 1 estrategia de información en salud (100 cuñas, mínimo 2 semanales durante 09 meses) 20 horas de perifoneo mínimo 2 horas cada mes, 50 afiches, 100 folletos, 10 videos, 10 Publicación permanente por redes sociales y grupos de WhatsApp, por 10 meses, en los diferentes entornos y grupos poblacionales (población infantil y/o lideres comunitarios, y/o población vulnerable, para la divulgación de los 3 mensajes clave para la prevención, manejo y control de las Enfermedades Respiratorias y Diarreicas Agudas: 1. ¿Cómo evito que mi hijo se enferme? 2. ¿Cómo lo cuido en casa? 3. ¿Cuándo debo llevarlo a la institución de salud? de la campaña "Gripa? ¡¡¡¡¡A metros!!!!! de MINSALUD, tanto en la zona urbana como rural del Municipio.	PIC-Información en salud	Urbano y rural	Comunitario	Primera infancia	Certificaciones de la Emisora, Plan de medios Informe Plan de Medios Soporte entrega de material de información

DOCUMENTO CONTROLADO

Realizar plan de medios del PAI 2024 que incluye: mínimo 3 cuñas semanales de 25 segundos de duración, (Cuñas por mes 12 * 9 meses), 15 horas de perifoneo mensuales por 09 meses, 20 afiches, 200 volantes, publicación de pendones elaborados en el año 2024, Publicación permanente por redes sociales y grupos de WhatsApp incluyendo lideres sociales del Municipio; dirigido a población general para la promoción del programa permanente de vacunación y del esquema nacional gratuito de vacunación, articulado al diseñado por las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB, Regímenes especiales y de excepción en salud con afiliados en el municipio. (Las cuñas se pagarán de manera mensual previa certificación expedida por la emisora).	PIC-Información en salud	Urbano y rural	Comunitario	Todos los cursos de vida	Certificaciones de la emisora plan de medios informe de plan de medios
Realizar 3 talleres de mínimo 60 minutos sobre prevención de EDA-IRA, dirigida a personas con discapacidad (1) zona Urbana y (2) vereda Floresta, haciendo énfasis en prácticas de higiene priorizadas para prevención de EDA-IRA, con participación mínima de 10 personas.	PIC-Información en salud	Urbano y rural	Comunitario	Todos los cursos de vida	Listados de Asistencia Registro Fotográfico
Realizar 2 talleres de prevención de EDA-IRA, dirigida a población vulnerable adultos mayores de la zona Urbana del Municipio, haciendo énfasis en prácticas	PIC-Información en salud	Urbano y rural	Comunitario	Adultez	Listados de Asistencia Registro Fotográfico

DOCUMENTO CONTROLADO

de higiene priorizadas para prevención de EDA-IRA.					
Realizar 1 jornada de movilización social, comunitaria e institucional para la celebración de la semana mundial de la lactancia materna (primera semana de agosto), dónde se aborden temas para orientar a las familias con gestantes, lactantes y menores de 5 años sobre prácticas en salud y nutrición en el marco de la estrategia IAMI, incluye: difusión por redes sociales, entrega cien (100) folletos (Papel bond a 3 cuerpos y en impresión a color) con información de sensibilización alusiva a los temas relacionados, carteleras, actividades lúdicas, 3 talleres. Tener en cuenta lineamientos e información emitida desde el nivel Nacional y Departamental. Incluye validación técnica y cultural y evaluación del impacto obtenido con las estrategias informativas propuestas.	PIC-Información en salud	Urbano y rural	Comunitaria	Primera infancia	Informe de estrategia de información, comunicación en los diferentes sectores del municipio (urbanos y rural)
Diseñar, socializar e implementar 1 estrategia de información, dirigida a la población en general del Municipio de San Mateo, con el fin de promocionar las intervenciones establecidas en la ruta de promoción y mantenimiento de la salud, garantizando: entrega de 300 plegables full color en papel propalcote, plastificado, Mínimo a 8 cuerpos (tipo acordeón), impreso a doble	PIC-Información en salud	Urbano y rural	Comunitario	Todos los cursos de vida	Informe de estrategia de información, comunicación en los diferentes sectores del municipio (urbanos y rural)

DOCUMENTO CONTROLADO

cara, que contengan las intervenciones por curso de vida, establecidas en la Resolución 3280 de 2018. Desarrollo de 9 talleres con una duración mínima de 60 minutos, en las veredas: Hatico Abajo, Cascajal, Hatico Arriba, Guayabal, Palma, Concordia, Floresta, Cuicas Buragas y Centro Incluye validación técnica y cultural y evaluación del impacto obtenido con las estrategias informativas propuestas.					

CONFORMACIÓN Y FORTALECIMIENTO DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

"Proceso que se realiza con y para las personas, familias, comunidades, organizaciones y redes públicas o privadas, con el fin de desarrollar relaciones, interacciones y capacidades, que permitan coordinar, compartir o intercambiar conocimientos, experiencias y recursos; sumar esfuerzos o crear sinergias; y establecer lazos de cooperación con el propósito de alcanzar un objetivo común en respuesta a una situación determinada."[24]

Pasos para la ejecución de redes sociales y comunitarias

CONFORMACION Y FORTALECIMIENTO DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS	
Pasos para la ejecución de la tecnologí a	1. Identificación: identificar y caracterizar las redes ya existentes que desarrollen políticas, planes, programas y proyectos para la promoción de la salud y gestión del riesgo en salud o la posibilidad de su creación.
	2. Desarrollo de capacidades: desarrollar capacidades en los miembros de las redes existentes para fortalecer el funcionamiento, sumar esfuerzos y potenciar recursos.
	3. Construcción conjunta: desarrollar o fortalecer mecanismos para el intercambio de información, conocimientos, experiencias entre las personas, familias, comunidades, grupos que permitan la construcción conjunta de condiciones favorables para el mejoramiento de la salud física y mental.

[24] Resolución 3280 (2018).

DOCUMENTO CONTROLADO

	4. Prácticas Sociales y de Salud: Desarrollar espacios de construcción de saberes y generación de respuestas que promuevan prácticas sociales y de salud durante el curso de vida o fortalecer los existentes.				
	5. Evaluación: evaluar los resultados e impacto en salud de los proyectos o actividades adelantadas por redes sociales y la percepción de la satisfacción de los resultados o cambios por parte de la comunidad.				
ACTIVIDADES POR ENTORNO					
COMUNITARIO	Incluye la formación para la incidencia en el ciclo de políticas públicas saludables.	**LABORAL**	Establecer alianzas públicas y privadas para la formalización de la actividad económica y acceso al Sistema General de Riesgos Laborales.	**POBLACIÓN VULNERABLE**	Establecer alianzas públicas y privadas para fortalecer y promover el acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud y a servicios de protección social.
	Formación y promoción de la participación incidente en las instancias y espacios de participación en salud (COPACOS).		Fortalecer hábitos de consumo para incidir en la comunidad el consumo de bienes y servicios presentes en el municipio.		
			Fortalecer en la participación social, la responsabilidad social y empresarial para la adopción de tecnologías más limpias.		
	Formación y promoción de participación en escenarios de veedurías y rendición de cuentas.		Fortalecer en corresponsabilidad social empresarial la protección de la salud humana mejorando las condiciones de calidad de vida y el desarrollo sostenible.		
			Realizar sesión con trabajadores informales con o sin vínculo a una agremiación para generar planes de respuesta integral que incluyan estrategias de corresponsabilidad.		

Fuente: *Elaborada según lo definido en Res. 3280 de 2018 y Res. 518 de 2015.*

La conformación y fortalecimiento de redes familiares, comunitarias y sociales es un proceso que se realiza con y para las personas, familias, comunidades, organizaciones y redes (sean públicas o privadas), ***a fin de desarrollar relaciones, interacciones y capacidades***[25], las redes de apoyo podrán:

a. Coordinar, compartir o intercambiar conocimientos, experiencias y recursos;
b. Sumar esfuerzos o crear sinergias;

[25] MINSALUD. Grupo Gestión para la Promoción y la Prevención Dirección de Promoción y Prevención Grupo de Fomento de la Participación social Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres. Participación Social: orientaciones para su desarrollo en el marco de la gestión de la salud pública y del plan de salud pública de intervenciones colectivas, Enero de 2019.

DOCUMENTO CONTROLADO

c. Establecer lazos de cooperación con el propósito de alcanzar su objetivo común de fortalecer habilidades y prácticas de salud de los cuidadores y personas con enfermedades crónicas no trasmisibles de la zona Urbana y rural del MUNICIPIO DE San Mateo.
d. Resignificar espacios públicos para su apropiación, que posibiliten el encuentro y el uso por parte de los ciudadanos, de forma segura.
e. Desarrollar acciones comunitarias que redunden en el mejoramiento de las condiciones ambientales y en la disminución de riesgos que afecten la salud.
f. Gestionar recursos para la financiación de iniciativas comunitarias para que la comunidad incida, intervenga y decida en el ciclo de las políticas en salud.
g. Definir e implementar las estrategias de incidencia y formación para fortalecer la salud pública en concertación con su comunidad Incluye:
• La organización comunitaria que permita la comprensión de sus realidades y a partir de esto, generar objetivos comunes y procesos de transformación que mejoren su calidad de vida.
• Participación en los escenarios de construcción, implementación y seguimiento a las políticas, planes, programas y proyectos sectoriales e intersectoriales.
• El desarrollo de intervenciones con y para las personas, familias, comunidades, grupos, organizaciones y redes destinadas a desarrollar capacidades, comprender y abordar situaciones relacionadas con el bienestar y la calidad de vida.
• Desarrollar o fortalecer los mecanismos para el intercambio de información, conocimientos, experiencias entre las personas, familias, comunidades, grupos, organizaciones y redes, que permitan la construcción conjunta de condiciones favorables para el mejoramiento de la salud física y mental.
• Desarrollar espacios de construcción de saberes y generación de respuestas que promuevan prácticas sociales y de salud durante el curso de vida o fortalecer los existentes.
• Evaluar los resultados e impacto en salud de los proyectos o actividades adelantadas por redes sociales o comunitarias en el entorno educativo y la percepción de satisfacción, de los resultados o cambios percibidos por parte de la comunidad.
• Conformar y/o consolidar mecanismos de espacios para que la ciudadanía participe y se apropie de los programas de promoción y prevención.
• Impulsar procesos de capacitación y formación para el desarrollo de capacidades ciudadanas en los espacios de control social en salud en temas relacionados con la gestión pública.

Descripción de las actividades a desarrollar	**Subcategoría línea operativa RESOLUCION 3280 DE 2018**	**Ámbito territorial (Res 3202/16)**	**Entornos (Res 3202/16)**	**Momentos del curso de vida (Res 3202/16)**	**Soporte**
Conformar y/o fortalecer una red social y comunitaria de apoyo para personas con discapacidad, sus padres y/o cuidadores y sus familias orientada al desarrollo de liderazgo en la	PIC - Redes sociales y comunitarias	Rural	Comunitario	TODOS LOS CURSOS DE VIDA	Acta de Reunión 1, soporte fotográfico. Acta de Reunión 2, soporte fotográfico y Plan de acción.

DOCUMENTO CONTROLADO

comunidad, en la Vereda Floresta; que incluya los siete pasos de ejecución de la tecnología de redes sociales y comunitarias, dirigido a un grupo de mínimo 15 personas que serán las mismas durante todo el proceso, mínimo 8 sesiones, mínimo de 2 horas cada una, dando cumplimiento en los siete pasos de ejecución según lineamiento nacional y departamental.					Listas de asistencia, soporte fotográfico e informe de desarrollo de las sesiones. Acta de reunión 3, soporte fotográfico, encuestas de satisfacción e informe con indicadores y acciones de mejora. pre test post test
Hacer seguimiento y actualizar 3 Unidades de Atención Comunitarias de enfermedades respiratorias y diarreicas agudas (UROCS-UAIRACS), ubicada en las veredas Concordia, Monterredondo y La Floresta; del municipio, garantizando el cumplimiento de los lineamientos establecidos en el "MANUAL PARA EL VOLUNTARIO" y la funcionalidad de la misma. Incluye censo, entrenamiento (3 sesiones para voluntario nuevo y 1 sesión para voluntarios ya entrenados) y seguimiento mensual (contempla refuerzo de conocimientos), las cuales fueron conformadas en la vigencia 2024	PIC - Conformación y fortalecimiento rede sociales y comunitarias	Rural	Institucional	PRIMERA INFANCIA	Formatos establecidos en la guía Departamental en el Desarrollo de la Actividad.

TAMIZAJE

TAMIZAJES: "Conjunto de métodos o instrumentos de alta sensibilidad, aplicados sobre una población para identificar eventos que generan una alta externalidad, dirigidos a poblaciones vulnerables y con difícil acceso" (Resolución 518 de 2015).

DOCUMENTO CONTROLADO

Los tamizajes tienen el objetivo de detectar condiciones o eventos en grupos de población con riesgos específicos, para su abordaje oportuno que permita su reducción o mitigación en beneficio de la comunidad, que para el caso de salud mental se encuentran:

AUDIT a la población con sospecha de patrones Tamizaje Jornadas de salud para identificar eventos que de consumo problemático de alcohol generan una alta externalidad
ASSIST (Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas) dirigidos a poblaciones, drogas) población con sospecha de patrones de consumo problemático
SRQ para la detección temprana de trastornos mentales en adolescentes y adultos.
RQC para la detección temprana de trastornos mentales en niños y niñas

ZONA DE ORIENTACIÓN ESCOLAR – (ZOE)

Es una alternativa para el manejo de las situaciones de consumo de sustancias psicoactivas (SPA) y otras situaciones que se reporten al interior de la institución educativa. Acoge el modelo de inclusión social para consumidores de SPA desarrollado por el ministerio de salud y protección social se fundamenta en el abordaje a través de: la escucha, la formación, la mitigación, el reconocimiento de la persona y las redes.

Son creadas con el objetivo de reducir la exclusión social, la deserción escolar, mejorar la calidad de vida de los actores que la integran, prevenir situaciones de vulnerabilidad.

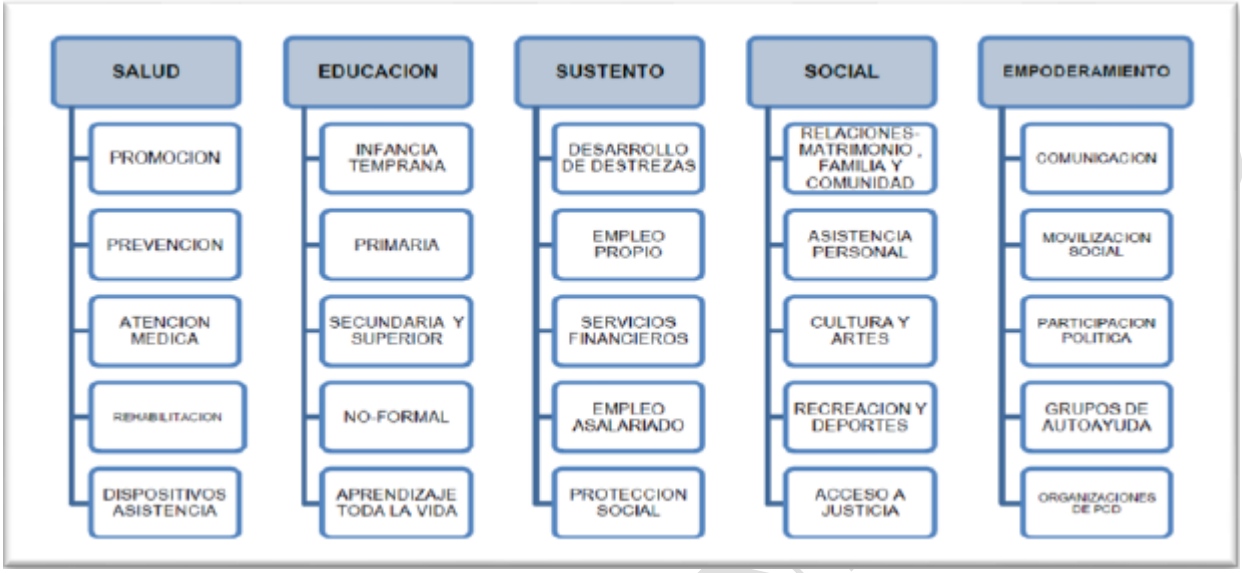
Lo anterior se implementa a través de 5 pasos así; Alistamiento, Construcción de plan de trabajo, Identificación y consolidación de la red operativa, Implementación y Seguimiento, evaluación y sistematización (Organización Panamericana de la Salud, 2001). Por lo tanto, cada acción que se desarrolle debe estar enmarcada dentro de los cinco pasos enunciados con anterioridad.

REHABILITACION BASADA EN COMUNIDAD

Según el lineamiento emitido por el Ministerio de Salud se define la Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) como: "*Una estrategia de desarrollo socioeconómico e inclusión social que permite satisfacer necesidades básicas, crear oportunidades, desarrollar capacidades, apoyar y trabajar con las Organizaciones de Personas con Discapacidad y Grupos de Apoyo, involucrar la participación intersectorial, promover el liderazgo y la participación de los gobiernos locales y aprovechar los sistemas legislativos, jurídicos y sociales del país*" (p, 3) . cuenta los siguientes componentes:

Gráfico de Componentes de la RBC (Ministerio de salud , 2015)

DOCUMENTO CONTROLADO



Fuente: (Ministerio de salud , 2015)

El componente de salud contempla el desarrollo de acciones de promoción comprendiendo desarrollo de capacidades e información en salud con enfoque diferencias, en lo referente a promoción se orienta a la canalización, visita domiciliaria e intervenciones breves (Ministerio de salud, 2015).

INTERVENCIONES, PROCEDIMIENTOS, ACTIVIDADES E INSUMOS DEL PIC

Las definiciones y contenidos son los establecidos en el anexo técnico de la Resolución 518 de 2015, las cuales son modificadas por la Resolución 3280 de 2018 y 295 de 2023. La descripción operativa de las tecnologías detalladas a continuación, es una guía para la ejecución de las acciones contratadas en cada municipio en el desarrollo del Plan de Intervenciones Colectivas:

Rehabilitación basada en comunidad

"La Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) como una estrategia de base comunitaria tiene como propósito fundamental la restitución de la autonomía funcional y social como punto de partida para el desarrollo de las competencias ciudadanas de las personas, que les permitan avanzar en su inclusión social y mejorar su calidad de vida, está orientada principalmente a las personas con discapacidad, sus familias, cuidadores y cuidadoras con el fin de facilitar el acceso a los servicios de salud, y coordinar acciones con otros sectores para asegurar que sean

DOCUMENTO CONTROLADO

considerados todos los aspectos de la salud con énfasis en los determinantes sociales, incluyendo la rehabilitación integral y los procesos de inclusión"[26]

Tabla 1. Pasos para la ejecución de Rehabilitación Basada en Comunidad

REHABILITACIÓN BASADA EN COMUNIDAD			
Pasos para la ejecución de la tecnología	1. Alistamiento: Conformación del equipo interdisciplinario para apropiación conceptual, metodológica y operativa del proceso (selección de escenarios, actores, grupos, medios de comunicación y realización del plan de acción).		
	2. Conformación o fortalecimiento de redes y organizaciones de base comunitaria: desarrollo de procesos de formación dirigidos a comunidad, familias y cuidadores para la comprensión de factores de riesgo asociados a la discapacidad, las necesidades de las personas con discapacidad, sus familias y cuidadores, generando espacios y procesos de interacción mediante la construcción de saberes y generación de respuestas que promuevan la inclusión.		
	3. Información en salud con enfoque diferencial: difusión de contenidos sobre factores de riesgo y protectores de la salud para la población con discapacidad, su familia y cuidadores (utilizando medios como braille, lengua de señas, audios, entre otros) y estrategias para reducción del estigma.		
	4. Búsqueda activa: Identificación de personas con discapacidad, problemas y trastornos mentales, así como afectaciones psicosociales incluyendo la canalización hacia el procedimiento de certificación y registro de localización y caracterización de personas con discapacidad.		
	5. Visitas Familiares: dirigidas a elaborar e implementar en conjunto con los cuidadores el Plan Integral de Cuidado Familiar que incluya entre otros la adecuación del entorno para facilitar la independencia, el seguimiento a las canalizaciones y la asesoría en el acceso efectivo al Sistema de Salud y los Servicios Sociales.		
	6. Canalización: Identificación de necesidades frente a los servicios, programas, proyectos de promoción y prevención, a los servicios de salud y de los otros sectores, asegurando el acceso efectivo a dichos servicios		
	7. Intervenciones breves: dirigidas a modificar conductas relacionadas con los riesgos y afectaciones psicosociales y en salud mental.		
	8. Seguimiento: la estrategia cuenta con un lineamiento nacional que describe las 26 variables para orientar la definición de indicadores.		
ACTIVIDADES POR ENTORNO			
HOGAR	Búsqueda activa	**COMUNITARIO**	Búsqueda activa
	Visita familiar		Información en salud con enfoque diferencial

[26] Orientaciones para el desarrollo de la Rehabilitación Basada en Comunidad en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC. Ministerio de Salud y Protección Social

DOCUMENTO CONTROLADO

	Intervención breve		Seguimiento a las personas canalizadas a los diferentes servicios sociales y de salud
			Conformación o fortalecimiento de redes y organizaciones de base comunitaria

Fuente: Elaborada según lo definido en Resolución 3280 de 2018 y 518 de 2015.

Las actividades desarrolladas dentro del proceso de Rehabilitación Basada en Comunidad deben conjugar el trabajo de las Entidades Territoriales, las personas con discapacidad, las familias, la comunidad local, los líderes y organizaciones, a fin de generar iniciativas incluyentes que fortalezcan el tejido social y propicien espacios sociales respetuosos de las diferencias. [27] Esto implica que son consideradas validas aquellas actividades que demuestren articulación e integración de sectores y actores para garantizar la inclusión y garantía de derechos de las personas y familias con un integrante en condición de discapacidad.

Prevención y control de vectores

Hace referencia al "conjunto de procedimientos para la planificación, organización, implementación, monitoreo y evaluación de actividades para la intervención regular y contingencial de factores de riesgo ambientales y comportamentales orientadas a prevenir o minimizar la propagación de vectores y reducir el contacto entre patógenos y el ser humano".[28]
Solo compete a los distritos, departamentos y municipios categoría especial 1, 2 y 3

Incluye las siguientes actividades:

Los municipios categoría 4, 5 y 6 pueden desarrollar acciones de educación y comunicación para la salud, así como acciones de información en salud, conducentes al control de los factores de riesgo ambientales y comportamentales en la comunidad, reduciendo la propagación de vectores en los diferentes entornos. **Sin embargo, el control químico de vectores, es competencia exclusiva del Departamento**; para esto los municipios deben realizar las respectivas acciones de coordinación con Secretaría de Salud de Boyacá.

Conformación y fortalecimiento de redes sociales y comunitarias

"Proceso que se realiza con y para las personas, familias, comunidades, organizaciones y redes públicas o privadas, con el fin de desarrollar relaciones, interacciones y capacidades, que permitan coordinar, compartir o intercambiar conocimientos, experiencias y recursos; sumar

[27] Ministerio de Salud. Lineamientos Nacionales para la Rehabilitación Basada en Comunidad. 2014.
[28] Resolución 3280 (2018).

DOCUMENTO CONTROLADO

esfuerzos o crear sinergias; y establecer lazos de cooperación con el propósito de alcanzar un objetivo común en respuesta a una situación determinada."[29]

Tabla 2. Pasos para la ejecución de redes sociales y comunitarias

CONFORMACION Y FORTALECIMIENTO DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS	
Pasos para la ejecución de la tecnología	1. Identificación: identificar y caracterizar las redes ya existentes que desarrollen políticas, planes, programas y proyectos para la promoción de la salud y gestión del riesgo en salud o la posibilidad de su creación.
	2. Desarrollo de capacidades: desarrollar capacidades en los miembros de las redes existentes para fortalecer el funcionamiento, sumar esfuerzos y potenciar recursos.
	3. Construcción conjunta: desarrollar o fortalecer mecanismos para el intercambio de información, conocimientos, experiencias entre las personas, familias, comunidades, grupos que permitan la construcción conjunta de condiciones favorables para el mejoramiento de la salud física y mental.
	4. Prácticas Sociales y de Salud: Desarrollar espacios de construcción de saberes y generación de respuestas que promuevan prácticas sociales y de salud durante el curso de vida o fortalecer los existentes.
	5. Evaluación: evaluar los resultados e impacto en salud de los proyectos o actividades adelantadas por redes sociales y la percepción de la satisfacción de los resultados o cambios por parte de la comunidad.

ACTIVIDADES POR ENTORNO					
COMUNITARIO	Incluye la formación para la incidencia en el ciclo de políticas públicas saludables.	**LABORAL**	Establecer alianzas públicas y privadas para la formalización de la actividad económica y acceso al Sistema General de Riesgos Laborales.	**POBLACIÓN VULNERABLE**	Establecer alianzas públicas y privadas para fortalecer y promover el acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud y a servicios de protección social.
	Formación y promoción de la participación		Fortalecer hábitos de consumo para incidir en la comunidad el consumo de bienes y servicios presentes en el municipio.		

DOCUMENTO CONTROLADO

[29] Resolución 3280 (2018).

	incidente en las instancias y espacios de participación en salud (COPACOS).		Fortalecer en la participación social, la responsabilidad social y empresarial para la adopción de tecnologías más limpias.		
	Formación y promoción de participación en escenarios de veedurías y rendición de cuentas.		Fortalecer en corresponsabilidad social empresarial la protección de la salud humana mejorando las condiciones de calidad de vida y el desarrollo sostenible.		
			Realizar sesión con trabajadores informales con o sin vínculo a una agremiación para generar planes de respuesta integral que incluyan estrategias de corresponsabilidad.		

Fuente: Elaborada según lo definido en Resolución 3280 de 2018 y 518 de 2015.

Zonas de orientación y centros de escucha

"Conjunto de procedimientos orientados a generar un espacio relacional con las comunidades en donde se establecen de manera directa o indirecta servicios y acciones de acogida, escucha activa, acompañamiento, asistencia, formación, capacitación y referenciación a otros servicios sectoriales e intersectoriales, con el fin de afrontar las demandas y necesidades priorizadas por algunos grupos poblacionales"[30]

Es una estrategia de organización, gestión y participación comunitaria, que a través de la escucha permite encontrar respuesta a las demandas y necesidades de la comunidad promoviendo y haciendo posible la inclusión social y garantía del derecho a la salud.

Este espacio de escucha activa conjugan una serie de actividades orientadas a promover cambios en el estilo de vida de las personas, canalización hacia los servicios de salud y acompañamiento en las rutas de derechos, por lo tanto, son la puerta de entrada a procesos de inclusión social y empoderamiento en salud.

[30] Resolución 3280 (2018). Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación. Ministerio de Salud y Protección Social.

DOCUMENTO CONTROLADO

Tabla 3. Pasos para la ejecución de Zonas de Orientación y Centros de Escucha

ZONAS DE ORIENTACION ESCOLAR Y CENTROS DE ESCUCHA	
Pasos para la ejecución	1. Implementación: pueden funcionar en espacios institucionales, sin embargo, en algunas ocasiones se requiere contar con espacios físicos y horarios de atención, de manera que toda la comunidad sepa dónde y cuándo acudir.
	2. Monitoreo y evaluación: Realizar de forma periódica y participativa ejercicios de reflexión y análisis de la información disponible creando planes de mejora, lo que quedará reflejado en la sistematización de la experiencia. Incluye el seguimiento de casos referidos.
ACCIONES EN ENTORNOS: EDUCATIVO Y COMUNITARIO	
ACOGIDA	
Es una actitud y una acción que permite establecer el primer contacto, enganche, consolidación de la relación y que tiene que ver con todas las relaciones que se construyen con las personas.	
ESCUCHA ACTIVA	
La escucha activa es una forma de disponerse a atender y a comprender a quién requiere ser escuchado. Exige, de quién lo hace, un esfuerzo por comprender las dificultades del otro desde la forma en que percibe su realidad. Pero también apoyarle para que logre identificar las posibilidades y los recursos que tiene para poder superarlas.	
ACOMPAÑAMIENTO	
Incluye de factores: la búsqueda de los recursos, la formación, el acompañamiento de la persona a los servicios. El acompañamiento implica también un trabajo de seguimiento que reduce la deserción o de la interrupción de los procesos.	
ASISTENCIA	
Es una función que busca la creación de una relación de confianza que permita el ayudar a la persona a entender el sentido de lo que le está sucediendo, buscar los recursos necesarios para satisfacer la demanda y acompañar a la persona y al grupo.	
FORMACIÓN Y CAPACITACION	
Facilita la generación de conocimientos, capacidades o competencias de los miembros del equipo y la red operativa para el manejo de situaciones de emergencia o de alto nivel de conflicto o sufrimiento. También integra las acciones que permitan que las personas incrementen conocimiento que les ayuden a reducir daños y riesgos, a prevenir situaciones, desarrollar habilidades y competencias para el trabajo, la ocupación y el mejoramiento de las relaciones en la comunidad.	
REFERENCIA	

DOCUMENTO CONTROLADO

Articulación entre la red de servicios y las demandas de las personas, que pueden ser por ejemplo hacia los servicios de salud, educación, bienestar social, estrategias de reducción de daños y riesgos en personas que consumen sustancias psicoactivas, entre otras.

Fuente: Elaborada según lo definido en Resolución 3280 de 2018 y 518 de 2015.

Descripción de las actividades a desarrollar	Subcategoría línea operativa RESOLUCION 3280 DE 2018	Ámbito territorial (Res 3202/16)	Entornos (Res 3202/16)	Momentos del curso de vida (Res 3202/16)	Soportes
Continuar con la implementación, monitoreo y evaluación de las 3 Zonas de Orientación Escolar en las instituciones educativas: Normal Superior del Centro (3), Chapetón (3) y Libertad (3); incluye la actualización y verificación de las siguientes fases de desarrollo: 1. Alistamiento: identificación de usuarios, información y sensibilización a la comunidad y lideres de opinión, generación de acuerdos con comunidad y conformación de equipo de trabajo 2. Construcción del proyecto de intervención para operar la ZOE, se debe definir cronograma de acción concertado con la comunidad educativa. 3. Identificación y consolidación de la red operativa. 4 Implementación: se deben ofertar servicios de escucha activa, acogida, mediación, organización, orientación, acompañamiento, capacitación, canalización y derivación de las personas a otros servicios sectoriales e intersectoriales,	PIC - Zonas de Orientación escolar, centros de escucha.	Urbano y rural	Institucional	Adolescencia	Informe de Ejecución de la Estrategia con seguimiento, monitoreo y evaluación de indicadores

DOCUMENTO CONTROLADO

desarrollo de grupo de apoyo como estrategia comunitaria. 5. Seguimiento, evaluación y sistematización de la ZOE. Reportar informes que sean solicitados por diferentes entidades, hacer actualizaciones si hay lugar a ello.					

Información en salud

"Acciones de producción, organización y difusión de un conjunto de datos o mensajes para orientar, advertir, anunciar o recomendar a los individuos, familias, comunidades, organizaciones y redes, así como a los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y otros sectores sobre aspectos relacionados con la salud pública, que contribuya a la construcción de elementos que propicien la toma de decisiones en salud"[31]
La información en salud, más que la simple transmisión unidireccional de datos o mensajes, es una acción estratégica para el desarrollo humano que debe generar un clima cultural apropiado para la promoción de salud y calidad de vida y aportar a la construcción de otras formas de comprender la salud.

Tabla 4. Pasos para la ejecución de la información en salud

DOCUMENTO CONTROLADO

[31] Resolución 3280 (2018). Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación. Ministerio de Salud y Protección Social.

INFORMACIÓN EN SALUD	
PASOS PARA LA EJECUCIÓN	1. Identificación previa: identificar conocimientos, actitudes y prácticas de salud existentes y sobre las cuales se pretende incidir mediante las acciones informativas.
	2. Diseño: implementación de estrategias de medios, de acuerdo con las particularidades de salud pública que se presenten en el municipio. Para este fin, se podrán realizar acciones a través de medios regionales o locales de comunicación (canales regionales, institucionales o comunitarios de radio y televisión); empleo de tecnologías de la información y redes sociales, entre otras que sean pertinentes para la difusión de mensajes o documentos clave. Los mensajes de información en salud deben ser acordes con las prioridades territoriales y estar validados técnica y culturalmente.
	3. Evaluación: seguimiento y evaluación de la apropiación e impacto de la información; y re-planificación de las estrategias de acuerdo con los resultados de la evaluación.

ACTIVIDADES POR ENTORNO					
HOGAR/ EDUCATIVO	Orientar, advertir, anunciar o recomendar a la comunidad educativa mediante mensajes clave relacionados con las prioridades definidas con las personas y familias en concordancia con el logro de objetivos, resultados e indicadores del Plan	**COMUNITARIO**	Orientar, advertir, anunciar o recomendar a grupos, organizaciones y redes comunitarias y sociales en temas de liderazgo, autogestión y corresponsabilidad, en derechos y deberes en salud.	**LABORAL**	Orientar, advertir, anunciar o recomendar sobre la prevención de riesgos derivados del trabajo, ocupación u oficio, mecanismos de acceso al Sistema General de Riesgos Laborales, Conformación de instancias organizativas del grupo de trabajadores.

DOCUMENTO CONTROLADO

	Territorial de Salud.				

Fuente: Elaborada según lo definido en Resolución 3280 de 2018 y 518 de 2015.

Educación y comunicación para la salud

"La educación y comunicación para la salud se concibe como un proceso de construcción de conocimiento y aprendizaje mediante el diálogo de saberes, orientado al desarrollo y fortalecimiento del potencial y las capacidades de las personas, las familias, las comunidades, las organizaciones y redes para la promoción de la salud individual y colectiva, la gestión del riesgo y la transformación positiva de los diferentes entornos. Su intencionalidad es la de aportar al desarrollo de la autonomía individual y colectiva en la determinación de sus estilos de vida y en la garantía del derecho a la salud"[32]

Consideraciones generales de operación y complementariedad en los procesos de Educación y Comunicación para la Salud[33]

- ✓ Realizar las sesiones educativas en los entornos que garanticen la mejor cobertura.
- ✓ No duplicar acciones con la misma población o en el mismo entorno. Esto implica generar espacios de concertación entre las respectivas Direcciones Territoriales de Salud y las EAPB, de tal manera que se establezcan procesos de complementariedad tanto en relación con los entornos y poblaciones que se abordan, como en relación con las capacidades a desarrollar.
- ✓ Considerar la realización de las sesiones en jornada extracurricular, extra laboral o los fines de semana (en la medida de lo posible, concertarlo con las comunidades o grupos participantes).
- ✓ Construir material didáctico apropiado para cada tipo de población y disponer de lugares amplios, donde se puedan mover las sillas, se cuente con mesas de trabajo, sea iluminado, sin ruidos que interrumpan las acciones, con suficiente ventilación y luz natural entre otros aspectos.

[32] Resolución 3280 (2018). Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación. Ministerio de Salud y Protección Social.
[33] Ibid.

DOCUMENTO CONTROLADO

- ✓ Para el desarrollo metodológico de los ciclos educativos grupales dirigidos a niños y niñas, se sugiere contemplar la participación de los padres y cuidadores en compañía de los niños(as), especialmente cuando no han ingresado a la educación inicial, de manera que, durante los contenidos que impliquen diálogo con adultos, se pueda disponer de un apoyo para su cuidado y que los contenidos que implican un desarrollo práctico involucren al niño(a) facilitando la apropiación mediante la experiencia vivencial.

Tabla 5. Pasos para la ejecución de educación y comunicación en salud

EDUCACION Y COMUNICACIÓN PARA LA SALUD	
PASOS PARA LA EJECUCION	1. Reconocimiento de la condición previa: Identificar las condiciones y dinámicas propias del municipio y las potencialidades del mismo en conjunto con los participantes del proceso.
	2. Identificación de estrategias: Identificar y caracterizar las respuestas que la administración gubernamental u otros actores han puesto en marcha, esto permitirá definir las estrategias a usar y las que no vale la pena repetir porque han sido inefectivas (uso de estrategias validadas).
	3. Determinantes sociales: Identificar las brechas de equidad social y ambiental que afectan las condiciones de vida y salud de las diversas poblaciones y del municipio.
	4. Articulación de actores: Conformar una estructura organizativa de los actores partícipes del proceso educativo y comunicativo para establecer responsabilidades y coordinar acciones.
	5. Ejecución de las acciones: Definir y ejecutar las acciones pertinentes y posicionar en la agenda local gubernamental o del sector privado las prioridades para generar acuerdos que permitan su desarrollo o la complementariedad desde el quehacer intersectorial.
	6. Seguimiento: Hacer seguimiento constante del desarrollo del proceso y realizar los planes de mejora pertinentes.

Fuente: Elaborada según lo definido en Resolución 3280 de 2018 y 518 de 2015.

"La Educación para la salud está organizada desde la lógica de la salud (no desde la lógica de la enfermedad) y se verá reflejada en el desarrollo de capacidades personales, familiares y comunitarias para comprender y transformar la (su) realidad y por tanto para convertirse en agentes sociales de cambio".[34]

Las personas, familias y comunidades podrán ser sujeto de atención en cualquiera o varias de las modalidades de educación para la salud (individual, grupal o colectiva), buscando que haya complementariedad de las mismas, con el fin de lograr un mayor impacto en los resultados de

[34] Resolución 3280 (2018). Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación. Ministerio de Salud y Protección Social.

DOCUMENTO CONTROLADO

salud esperados.[35] En la siguiente tabla se describen los aspectos clave a tener en cuenta según el tipo de modalidad de Educación para la Salud:

Tabla 6. Aspectos clave según modalidad de Educación para la Salud

MODALIDAD DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD	**ASPECTOS CLAVE**	
	Población Sujeto	**Duración e intervalo de las sesiones**
Educación Individual	Dirigido a un individuo o una familia (asumiendo la familia como sujeto de la atención educativa, con la participación de dos o más de sus integrantes).	Cada sesión educativa individual así como la grupal para una familia, tendrá una duración de 20 a 30 minutos.
Educación Grupal	Grupos que comparten un mismo momento vital o el mismo riesgo, y en los que pueden participar padres y/o cuidadores. Grupos de familias que comparten una condición o situación de salud.	Las sesiones educativas grupales estarán integradas en dos (2) ciclos por momento de curso de vida (cada ciclo tendrá mínimo tres sesiones y máximo seis- desarrollando cada ciclo entre uno y tres meses). Duración entre 90 y 120 minutos.
Educación Colectiva (en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas)	Conjunto de personas o familias que comparten una condición, entorno (educativo, comunitario, hogar, laboral con énfasis en la informalidad o institucional), o territorio (barrio o vereda).	Mínimo dos (2) ciclos al año por grupo poblacional o colectivo priorizado en los entornos para desarrollar el proceso. Cada ciclo está compuesto de 9 a 12 sesiones con el mismo grupo a fin de favorecer el logro de un resultado concreto, acorde con el Plan Territorial en Salud. El número de sesiones y contenidos deberá ser previamente acordado con los participantes. En zona rural dispersa se realizará mínimo un (1) ciclo al año por grupo poblacional o colectivo priorizado en los entornos. En zona rural y urbana se realizarán como mínimo dos (2) ciclos al año. Si el área rural es de difícil

[35] Ibíd.

DOCUMENTO CONTROLADO

		acceso o queda a más de 4 horas de la cabecera municipal se podrá desarrollar un (1) ciclo al año.

Fuente: Elaborada según lo definido en Resolución 3280 de 2018

Se debe tener en cuenta que las campañas informativas masivas, hacen parte del proceso de información en salud y no constituyen Educación para la Salud. Idealmente deberían ser complementarias para afianzar los saberes y lograr un mayor impacto a nivel comunitario.[36]

Tamizaje

"Conjunto de métodos o instrumentos de alta sensibilidad aplicados sobre una población para identificar eventos que generan una alta externalidad, dirigidos a poblaciones vulnerables y con difícil acceso"[37]

Esta actividad solo se realizará en el marco del PSPIC, siempre y cuando se garantice la atención integral ante la identificación de un evento y debe estar con cargo al actor competente.

Tabla 7. Características de ejecución de tamizajes

TAMIZAJES							
CARCTERISTICAS	1. Identificar eventos que generan externalidades* en la población general y que sugieren el desarrollo de intervenciones de impacto poblacional construyendo al logro de resultados en salud.						
	2. Se realiza a grupos poblaciones de forma masiva sin que medie la afiliación al SGSSS.						
	3. Tienen una respuesta efectiva, incluida bien sea en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC o el PSPIC.						
	4. Son pruebas validadas y con efectividad demostrada.						
	5. Se pueden realizar en entornos diferentes al de las instituciones de salud.						
ACTIVIDADES POR ENTORNO							
HOGAR	Pruebas SRQ para detec	**EDUCATIV**	Pruebas SRQ para detección temprana de trastornos	**LABORAL**	Pruebas SRQ para detección temprana de	**POBLACI**	Pruebas SRQ para detección temprana de trastornos

[36] Ibíd.

[37] Resolución 3280 (2018). Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación. Ministerio de Salud y Protección Social.

DOCUMENTO CONTROLADO

	ción temprana de trastornos mentales en adultos.		mentales en adultos.		trastornos mentales en adultos.		mentales en adultos.
	Pruebas RQC para detección temprana de trastornos mentales en niños y niñas.		Pruebas RQC para detección temprana de trastornos mentales en niños y niñas.		Prueba ASSIST consumo de alcohol, tabaco y otras drogas a la población con sospecha de patrones de consumo problemático.		Pruebas RQC para detección temprana de trastornos mentales en niños y niñas.
	Prueba ASSIST consumo de alcohol, tabaco y otras drogas a la población con sospecha de		Prueba ASSIST consumo de alcohol, tabaco y otras drogas a la población con sospecha de patrones de consumo problemático.		Prueba AUDIT a la población con sospecha de consumo problemático de alcohol.		Prueba ASSIST consumo de alcohol, tabaco y otras drogas a la población con sospecha de patrones de consumo problemático.

DOCUMENTO CONTROLADO

	patrones de consumo problemático.				
	Prueba AUDIT a la población con sospecha de consumo problemático de alcohol.	Prueba AUDIT a la población con sospecha de consumo problemático de alcohol.	Tamizaje para VIH, Hepatitis B y C en zonas donde se desarrolle actividad minera.	Prueba AUDIT a la población con sospecha de consumo problemático de alcohol.	
		Aplicación de pruebas o instrumentos para detectar tempranamente eventos de interés en salud pública que generan alta externalidad en la población adecuado a orientaciones del Ministerio.		Tamizaje para VIH, Hepatitis B y C incluyendo la consejería pre y pos a hombres que tiene sexo con hombres, mujeres transgenero, trabajador sexual, usuarios de drogas inyectables y habitantes de calle.	

Fuente: Elaborada según lo definido en Resolución 3280 de 2018 y 518 de 2015.

*Para este caso, se entiende por alta externalidad cuando derivado del mismo se identifican eventos cuyo control beneficia o tiene importantes efectos indirectos en terceros que no participan en esta actividad. Ejemplo: La detección de los casos de tuberculosis en una cárcel o centro penitenciario junto con el manejo adecuado permite cortar la cadena de transmisión.

Descripción de las actividades a desarrollar	Subcategoría línea operativa RESOLUCION 3280 DE 2018	Ámbito territorial (Res 3202/16)	Entornos (Res 3202/16)	Momentos del curso de vida (Res 3202/16)	Soporte

DOCUMENTO CONTROLADO

Realizar 50 tamizajes a personas mayores de 18 años que cumplan criterios de riesgo del sector comercial y agrícola para la detección de consumo de alcohol, en el Sector la Floresta, aplicando la escala AUDIT con intervención breve y seguimiento de los casos, según corresponda (Diligenciar base datos notificación actividad)	PIC - Tamizaje	Urbano	Comunitario	Jóvenes	Consentimiento test aplicado HCL de intervención breve base de datos notificación de la actividad
Realizar 50 tamizajes para la detección de trastorno mental, aplicando la escala SQR, con intervención breve y seguimiento en ruta de atención integral en salud mental, según corresponda a través del programa MhGAP o el programa de salud mental en atención primaria vigente de la ESE dirigido a Población mayor de 14 años que cumpla criterios de riesgo del sector Educativo (Diligenciar base datos notificación actividad)	PIC - Tamizaje	Urbano y rural	Educativo	Adultez	Consentimiento test aplicado HCL de intervención breve base de satos notificación de la actividad
Realizar 50 tamizajes a niños/as de 10 - 14 años que cumplan criterios de riesgo del sector educativo para la detección de trastorno mental, aplicando la escala RQC, con intervención breve y seguimiento en ruta de atención integral en salud mental, según	PIC - Tamizaje	Urbano y rural	Educativo	Juventud y adultez	Consentimiento test aplicado HCL de intervención breve base de satos notificación de la actividad

DOCUMENTO CONTROLADO

corresponda a través del programa MhGAP o el programa de salud mental en atención primaria vigente de la ESE					

Vacunación antirrábica

"Proceso que consiste en la administración de un inmunobiológico a perros y gatos con el fin de generar protección contra la rabia".
Solo compete a los distritos, departamentos y municipios categoría especial 1, 2 y 3

Los municipios categoría 4, 5 y 6 pueden desarrollar acciones de educación y comunicación para la salud, así como acciones de información en salud, que promuevan la tenencia segura de mascotas, sin embargo, **la vacunación antirrábica es competencia exclusiva del departamento**; para esto los municipios deben realizar las respectivas acciones de coordinación con Secretaría de Salud de Boyacá.

3 OTROS ASPECTOS A TENER EN CUENTA.

3.1 CONTROL SOCIAL

Las veedurías son un mecanismo de control social, con la cual los ciudadanos realizan vigilancia y control a la administración y gestión de los recursos públicos, contribuyendo con la eficiencia administrativa, la participación ciudadana, la transparencia y la lucha contra la corrupción.

Las intervenciones Colectivas se deben ejecutar de manera integrada e integral en los entornos hogar, educativo, comunitario, laboral e institucional trascendiendo el abordaje por temas o intervenciones separadas o aisladas. El entorno comunitario se constituye en el principal escenario para adelantar el proceso de participación social

El municipio con el liderazgo de la personería municipal a través de la veeduría realizará seguimiento a las actividades que se desarrollen en el marco de la ejecución del contrato PIC.

La veeduría al Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas se desarrolla constatando en el proceso los siguientes aspectos:
• Conformación del grupo o comité de trabajo para la formulación del PSPIC,
• Articular el Plan Territorial de Salud, el cual, a su vez, se articula al Plan de Desarrollo Territorial, al Plan de Ordenamiento Territorial y a los demás planes del territorio (Resolución 1536, 2015, art. 5, numeral 5.5).
• Los recursos deben estar en el fondo de salud municipal.
• ***El municipio contrata las acciones del plan, el contrato debe ser vigilado por los veedores.***

DOCUMENTO CONTROLADO

- Vigilar las acciones y procesos de desarrollo del Plan de Intervenciones Colectivas
- De acuerdo con los lineamientos operativos entregados, la ESE debe ejecutar con participación social el contrato del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC, para ello la veeduría conocerá los lineamientos y el cronograma.
- El monitoreo de las intervenciones colectivas se realiza con participación social y de acuerdo con el lineamiento operativo.

EVALUACIÓN DE SOPORTES Y PRODUCTOS

El municipio tiene autonomía para establecer los criterios que el supervisor tendrá en cuenta en el momento de liquidar el contrato, atendiendo a la normatividad actual colombiana en materia de contratación pública. Sin embargo, siendo el supervisor el responsable de la revisión y aval de los soportes, productos o evidencias que debe entregar la ESE en cada caso, ha definido en cada actividad los soportes que requiere, y aquí define soportes generales al contrato:

- La presentación en general de los soportes debe ser con registros o documentos físicos y originales en carpeta debidamente legajados y foliados, se aceptará el medio magnético en lo correspondiente al contenido de cuñas radiales, programas de radio, perifoneos y vídeos
- Paquetes separados por dimensiones,
- Toda actividad debe contar con acta ejecutiva que describa los pasos realizados para el desarrollo de cada actividad, acorde a los lineamientos descritos con anterioridad.
- Junto a los formatos de informe de servicios definido en el proceso de contratación de la Alcaldía del MUNICIPIO DE SAN MATEO.
-

EVALUACIÓN DEL PERFIL DEL TALENTO HUMANO.

Que el talento humano cumpla con la idoneidad establecida y que el soporte este firmado por el profesional, técnico o auxiliar que realizó la actividad. En los casos que corresponda, el soporte debe estar firmado por el veedor como garantía de control social.

Serán objeto de no pago aquellas actividades que fueron contratadas y no fueron ejecutadas y que no presenten soportes en los formatos establecidos ni firmas que validen los mismos.

Cualquier situación de fraude detectada, será informada a los entes de control correspondiente para que se proceda con las investigaciones disciplinarias, fiscales o penales que correspondan.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

DOCUMENTO CONTROLADO

Formato que permite la ubicación de cada una de las tareas que se van a desarrollar, asignando el tiempo definido para hacerlo, el lugar, insumos y el responsable de la ejecución.

La ESE debe garantizar el ejercicio de la participación social, por ello previo a la ejecución de las actividades debe presentar el correspondiente cronograma trimestral para el desarrollo de actividades, tanto al supervisor del contrato, así mismo debe notificar mínimo cinco (5) días antes a la implementación cualquier modificación que hagan sobre los cronogramas, esto con el propósito de garantizar el ejercicio de la verificación y supervisión del proceso.

INFORME DE AVANCE

Documento que muestra el avance de las actividades realizadas por el equipo de salud de la ESE en el municipio, de acuerdo con lo programado y definido en el contrato.

El Gerente de la ESE entregará al supervisor del contrato informe de la ejecución de actividades del PIC trimestral, consolidará soportes y evidencias en los formatos establecidos; corresponde al supervisor hacer la verificación levantando el acta de seguimiento correspondiente.

Cada trimestre se realizará una presentación del avance del PIC por cada una de las dimensiones ***y de manera simultánea se presentarán las acciones desarrolladas mediante los procesos de la Gestión de la Salud Pública que se articularon con el PIC para mejorar los resultados en salud.*** Durante la sesión de socialización del informe se invitará al alcalde Municipal con su equipo de Gobierno, veedurías comunitarias y Gerente de la ESE con su equipo de salud.

Como apoyo se contará con el informe trimestral que presenta la ESE a la alcaldía, sobre:
Comportamiento de los EISP,
Coberturas de vacunación,
Causas de morbilidad por servicio de acuerdo con lo ofertado en la red de prestación de servicios del municipio utilizando el SIANIESP.
El informe deberá facilitar la evaluación de resultados en salud y si es pertinente realizar ajustes a la programación de actividades del PIC, para realizar la gestión del riesgo conjunta – municipio/ ESE - de la población vulnerada por un evento de interés en salud pública.

Se realizará seguimiento al proceso de programación, ejecución, verificación y evaluación de las actividades pactadas en el contrato o convenio.

NOTA PARA TENER EN CUENTA. La presentación en general de los soportes debe ser con registros o documentos físicos y originales en carpeta debidamente legajada y foliada.
Paquetes separados por dimensiones,
Toda actividad debe contar con acta ejecutiva que describa los pasos realizados para el desarrollo de cada actividad,

DOCUMENTO CONTROLADO

El informe radicado debe realizar entrega de todos los soportes de cada una de las actividades, no se deben excluir documentos.
Si por alguna razón no se cumple con las actividades programadas durante el trimestre, se debe presentar la correspondiente justificación, las fechas de reprogramación en documento firmado por el Gerente de la ESE

INFORME FINAL DE ACTIVIDADES

Documento que soporta la eficiencia fiscal y operativa del contrato, soporta las conclusiones y resumen de las actividades ejecutadas en el marco del contrato interadministrativo celebrado entre la ESE y el municipio las recomendaciones para la planeación integral en salud a ejecutar en la vigencia, S e debe contar con el soporte en físico de todas las actividades ejecutadas

MONITOREO DE LAS ACCIONES Y FLUJO DE LA INFORMACIÓN EN LA ESE.

Para garantizar la ejecución y cumplimiento de actividades, al interior de la ESE deben realizar un seguimiento trimestral con el fin de verificar el porcentaje de avance y establecer planes de mejora de acuerdo con los hallazgos.

Para efectos de garantizar la calidad e integralidad de las intervenciones realizadas por la ESE a través del PIC, y en complementariedad con el Plan Obligatorio de Salud y otros planes de beneficios, la E.S.E en coordinación con la Dirección Local de Salud debe adoptar e implementar en sus procesos misionales lo definido en las ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud en el curso de vida de carácter individual y colectivo y de manera progresiva las Rutas integrales de atención para grupos de riesgo y las de atención específica para eventos.

De acuerdo a lo expuesto, se entiende que la ESE presentará un modelo de atención integral en salud como parte de su plataforma estratégica que demuestre la integración del PIC y el POS con las Rutas integrales de atención adoptadas, requisito obligatorio para aprobar el plan de gestión de la ESE y la contratación del PIC.

Por otra parte, las intervenciones colectivas realizadas por la ESE deberán estar vinculadas al desarrollo de estrategias de atención integral en salud pública, integradas a la prestación de los servicios individuales, estas deben hacer parte del portafolio de servicios de salud teniendo en cuenta los siguientes parámetros:

DOCUMENTO CONTROLADO

Estrategias de atención integral en el marco de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud

DIMENSIÓN	ESTRATEGIA DE ATENCIÓN INTEGRAL	POBLACIÓN SUJETO
SALUD MENTAL Y CONVIVENCIA SOCIAL	Programa de acción para superar las brechas en salud mental - **MHGAP**	Población con riesgo o presencia de enfermedad mental y cuidadores
SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL	Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia – **IAMI**	Familias gestantes, lactantes y menores de cinco años
VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	Atención Integral de Enfermedades prevalentes de la Infancia - **AIEPI**	Niños y niñas menores de cinco años y cuidadores
VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES	Programa de Atención Integral para el Paciente Crónico –**PAICEC**	Población con riesgo o presencia de enfermedad crónica y cuidadores
SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes **SSAAJ**	Adolescentes y jóvenes

DOCUMENTO CONTROLADO

INDICADORES.

Línea Operativa PDSP 2022-2031	Descripción de las actividades a desarrollar en el 2026	Meta de resultado	Indicador de Resultado	Indicador de producto
CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Desarrollar 2 ciclos de educación a través de nueve (9) sesiones de 60 minutos de duración con la participación de 20 personas (docentes, líderes comunitarios, organizaciones productivas, juntas administradoras de acueductos, entre otros) que serán las mismas en el ciclo de educación; en metodología de educación participativa SARAR para el abordaje de problemas ambientales de calidad de agua, plan de saneamiento, proceso de limpieza y desinfección y planeación estratégica a nivel escolar, social e institucional, en las Veredas Floresta y Huerta Vieja.	Mejorar los determinantes sociales en salud del municipio.	Proporción de docentes, líderes comunitarios, organizaciones productivas, juntas administradoras de acueductos, entre otros, con abordaje de problemas ambientales de calidad de agua	# de ciclos de gestión del riesgo para abordar situaciones endemo-epidémicas implementadas # de docentes, líderes comunitarios, organizaciones productivas, juntas administradoras de acueductos capacitados/ # de docentes, líderes comunitarios, organizaciones productivas, juntas administradoras de acueductos capacitarse

DOCUMENTO CONTROLADO

CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Conformar y/o fortalecer una red social y comunitaria de apoyo para personas con discapacidad, sus padres y/o cuidadores y sus familias orientada al desarrollo de liderazgo en la comunidad, en la Vereda Floresta; que incluya los siete pasos de ejecución de la tecnología de redes sociales y comunitarias, dirigido a un grupo de mínimo 15 personas que serán las mismas durante todo el proceso, mínimo 8 sesiones, mínimo de 2 horas cada una, dando cumplimiento en los siete pasos de ejecución según lineamiento nacional y departamental.	Desarrollar estrategias que contribuyan a disminuir la mortalidad infantil	Proporción de personas con discapacidad, sus padres y/o cuidadores y sus familias orientadas al desarrollo de liderazgo en la comunidad	# Estrategias de gestión del riesgo en temas de gestión diferencial de las poblaciones vulnerables implementadas # Conformar y/o fortalecer una red social y comunitaria de apoyo para personas con discapacidad, sus padres y/o cuidadores / # de sesiones
CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Hacer seguimiento y actualizar 3 Unidades de Atención Comunitarias de enfermedades respiratorias y diarreicas agudas (UROCS-UAIRACS), ubicada en las veredas Concordia, Monterredondo y La Floresta; del municipio, garantizando el cumplimiento de los lineamientos establecidos en el "MANUAL PARA EL VOLUNTARIO" y la funcionalidad de la misma. Incluye censo, entrenamiento (3 sesiones para voluntario nuevo y 1 sesión para voluntarios ya entrenados) y seguimiento mensual (contempla refuerzo de conocimientos), las cuales fueron conformadas en la vigencia 2024	Mejorar los determinantes sociales en salud del municipio.	% de Unidades de Atención Comunitaria de enfermedades respiratorias y diarreicas agudas (UROC - UAIRACS) en menores de 5 años garantizando el cumplimiento de los lineamientos establecidos en el "Manual para el Voluntario"	# de Estrategias de gestión del riesgo para enfermedades emergentes, reemergentes y desatendidas implementadas # de UROC - UAIRACS implementados / # de UROC - UAIRACS programados

DOCUMENTO CONTROLADO

CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Desarrollar Dos (02) ciclos de educación y comunicación para la salud (teórico- practico), de 9 sesiones cada uno y de 45 minutos de duración con previa planeación y preparación, en "Promoción de la actividad física" con base en Ley 1355 de 2009 dirigida a adolescentes, jóvenes, adultos, grupos de 20 personas que serán las mismas durante todo el proceso educativo, en el Sector Urbano y la Vereda Floresta.	Desarrollar estrategias que contribuyan a disminuir la mortalidad infantil	# de personas informadas que participan en preparación para la "Promoción de la actividad física"	# de Campañas de gestión del riesgo para la prevención de enfermedades no trasmisibles implementadas #ciclo realizado / #ciclos programados #de adolescentes, jóvenes, adultos ciclos / #de de adolescentes, jóvenes, adultos
CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Desarrollar 1 estrategia "Paciente Sano y Sano Rehabilitado Bucalmente", en la Institución Educativa Normal Superior, Instituciones Educativas El Chapetón, IE Educativa Paz y Libertad, jardines infantiles, FAMI del Municipio de San Mateo; dirigida a niños menores de 5 años y sus padres y/o cuidadores, actividad que incluye: caracterización inicial, tres (3) sesiones educativas mínimo de 40 minutos de duración con el mismo grupo, canalización a servicios de salud según riesgo, tratamiento a cargo del PBS del usuario y caracterización final. Según documento de lineamiento metodológico	Desarrollar estrategias que contribuyan a disminuir la mortalidad infantil	Proporción de escolarizados con caracterización y canalización de servicios de Salud # personas con intervención / # personas caracterizadas que requieren intervención proporción de personas que desarrollan prácticas para el cuidado de	% de caracterizaciones realizadas # caracterizaciones realizadas / # caracterizaciones programadas % desarrollo de las sesiones # sesiones realizadas / # sesiones programadas

DOCUMENTO CONTROLADO

	definido por la Secretaría de Salud de Boyacá.		su salud y su desarrollo #personas abordadas con 3 sesiones / # personas programadas con 3 sesiones	
CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Realizar un programa radial trimestral de 30 minutos de duración para brindar información sobre la prevención de afecciones de origen bucal, promoción de hábitos higiénicos saludables, alimentación adecuada, derechos y deberes en salud bucal, identificación de signos de alarma para consultar al servicio de odontología.	Desarrollar estrategias que contribuyan a disminuir la mortalidad infantil	# estrategia de información y difusión con la temática #de plan de medios que cumplen requerimientos/ # de plan de medios diseñados	# Estrategias de gestión para abordar condiciones crónicas prevalentes #programa radial emitidas
CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Desarrollar 1 ciclo educativo (de 5 sesiones cada uno) con un mínimo de 10 y máximo de 15 agentes comunitarios (grupo con madres comunitarias de ICBF y/o Madres FAMI, madres líderes de los programas de DPS y/o otras organizaciones sociales), de acuerdo a la estructura metodológica de la guía operativa comunitaria del Programa de Prevención, Manejo y Control de la IRA/EDA: incluye planeación de la réplica, réplica por cada agente comunitario y seguimiento a través de la matriz establecida por MINSALUD. (Hacer uso de los Kits del niño Sano, entregado por SESALUB en vigencias 2020-2024, garantizando la reposición de los elementos de uso.)	Mejorar los determinantes sociales en salud del municipio.	Proporción de agentes comunitarios que desarrollan prácticas para la prevención manejo y control de la IRA/EDA	# de campañas de gestión del riesgo para abordar situaciones endemo-epidémicas implementadas # de agentes comunitarios capacitados/ # de agentes comunitarios programados para capacitarse

DOCUMENTO CONTROLADO

CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Desarrollar 1 estrategia de información que incluya (100 cuñas de 30 segundos de duración con una frecuencia de mínimo 3 cuñas por semana durante la ejecución del convenio, 20 horas de perifoneo, con una frecuencia de 2 horas mensuales, 50 afiches, 200 folletos, 5 videos diferentes (con publicación mensual en redes sociales del Municipio y de la UBA), dirigido a población general para la promoción de prácticas de higiene de la vivienda, alimentos y agua como mecanismo para prevenir la transmisión de enfermedades infecciosas. Seguimiento trimestral	Mejorar los determinantes sociales en salud del municipio.	# estrategia de información y difusión con la temática #de plan de medios que cumplen requerimientos/ # de plan de medios diseñados	# de Estrategias de gestión del riesgo para prevenir la transmisión de enfermedades infecciosas #Cuñas radiales emitidas # perifoneo #afiches elaborados y entregados # folletos programados # videos programados
CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Desarrollar una estrategia de información en salud, movilización social, comunitaria e institucional dirigida a estudiantes de 12 a 18 años, cuidadores, padres de familia, comunidad educativa, en el Marco de la Semana Andina de prevención del embarazo, basados en lineamientos para ejecución y la Estrategia de atención integral para niñas, niños y adolescentes con énfasis en la prevención del embarazo en la adolescencia, 2015-2026. Que incluya: - 1 Feria con diferentes estaciones lúdicas y pedagógicas de derechos sexuales y reproductivos y promoción de los servicios ofertados en la UBA San Mateo, en IE Normal Superior. - Conservatorio sobre mitos y	Mejorar los determinantes sociales en salud del municipio.	Movilización social con participación de instituciones municipales y comunidad con información en prevención del embarazo en adolescentes	# Estrategias de gestión del riesgo en temas de salud sexual y reproductiva implementadas % de cumplimiento de actividades realizadas # actividades realizadas / # actividades programadas

DOCUMENTO CONTROLADO

	realidades sobre el embarazo en adolescentes y decisiones responsables. Previamente proyección de video: "todo a su tiempo" https://www.youtube.com/watch?v=n_5vaz1dehQ y dinámica juego de roles. - Publicación en redes sociales de temas alusivos al tema - Proyección en redes sociales de video: amor propio https://www.youtube.com/watch?v=zChNJE9svPs Incluye validación técnica y cultura y evaluación del impacto obtenido con las estrategias informativas propuestas.			
CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Continuar con la implementación, monitoreo y evaluación de las 3 Zonas de Orientación Escolar en las instituciones educativas: Normal Superior del Centro (3), Chapetón (3) y Libertad (3); incluye la actualización y verificación de las siguientes fases de desarrollo: 1. Alistamiento: identificación de usuarios, información y sensibilización a la comunidad y lideres de opinión, generación de acuerdos con comunidad y conformación de equipo de trabajo 2. Construcción del proyecto de intervención para operar la ZOE, se debe definir cronograma de acción concertado con la comunidad educativa. 3. Identificación y consolidación de la red operativa. 4 Implementación: se deben	Analizar los eventos de interés de salud pública notificados para el municipio por la ESE SAN Antonio de Soata	Proporción de personas con escucha activa, acogidas, capacitadas y canalizadas en el desarrollo de capacidad de cuidado de la salud mental	# Estrategias de gestión del riesgo en temas de trastornos mentales implementadas # de ZOE implementadas con desarrollo de las 5 fases # de Escolares atendidos en las ZOE

DOCUMENTO CONTROLADO

	ofertar servicios de escucha activa, acogida, mediación, organización, orientación, acompañamiento, capacitación, canalización y derivación de las personas a otros servicios sectoriales e intersectoriales, desarrollo de grupo de apoyo como estrategia comunitaria. 5. Seguimiento, evaluación y sistematización de la ZOE. Reportar informes que sean solicitados por diferentes entidades, hacer actualizaciones si hay lugar a ello.			
CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Realizar 8 programas radiales de 20 minutos cada uno con emisión semanal en espacio de mayor audiencia durante 8 semanas distribuidas en los meses de, septiembre y octubre orientados al cuidado de la salud mental para adolescentes, jóvenes y adulto mayor; prevención consumo de alcohol, la detección temprana, cuidado e inclusión social de personas con trastorno mental grave (psicosis, trastorno afectivo bipolar, depresión grave entre otros) y la prevención del suicidio.	Analizar los eventos de interés de salud pública notificados para el municipio por la ESE SAN Antonio de Soata	# estrategia de información y difusión con la temática #de plan de medios que cumplen requerimientos/ # de plan de medios diseñados	# de Estrategias de gestión del riesgo para convivencia social y salud mental implementadas #programas radiales emitidas/ #programas radiales
CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Realizar 3 ciclos de 6 sesiones cada uno, 1 ciclo con estudiantes del grado 10 de la IE Normal Superior, 1 Ciclo con estudiantes del grado 9 de la IE Chapetón y 1 Ciclo con estudiantes del grado 9 de la IE Paz y libertad, sobre: habilidades para la vida (1. Autoconocimiento, 2. Empatía, 3. Comunicación efectiva o asertiva, 4. Relaciones interpersonales, 5. Toma de	Analizar los eventos de interés de salud pública notificados para el municipio por la ESE SAN Antonio de Soata	# de personas informadas que participan sobre habilidades para la vida	# de Campañas de gestión del riesgo de convivencia social y salud mental implementadas #ciclo realizado /

DOCUMENTO CONTROLADO

	decisiones, 6. Solución de problemas y conflictos, 7. Pensamiento creativo, 8. Pensamiento crítico, 9. Manejo de emociones y sentimientos Y 10. Manejo de la tensión y el estrés) (Nota: aplicar metodología de habilidades para la vida del texto instituciones educativas libres de humo de MINSALUD o guía de habilidades psicosociales SESALUB)			#ciclos programados # de estudiantes del grado 9 de la IE Paz y libertad ciclos / #de estudiantes del grado 9 de la IE Paz y libertad con ciclo
CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Realizar un (01) ciclo de educación y comunicación para la salud, de 9 sesiones cada uno de 45 minutos de duración con previa planeación y preparación, en "Alimentación Saludable" con base en guías alimentarias dirigida a adolescentes, jóvenes, adultos, en grupos de 20 personas que serán las mismas durante todo el proceso educativo, del sector la Floresta; en el entorno comunitario.	Mejorar los determinantes sociales en salud del municipio.	# de personas informadas que participan en la preparación de "Alimentación Saludable"	# de Campañas de gestión del riesgo para temas de consumo, aprovechamiento biológico, calidad e inocuidad de los alimentos implementadas #ciclo realizado / #ciclos programados # de #ciclo realizado / #ciclos programados # de adolescentes, jóvenes y adultos con los ciclos /

DOCUMENTO CONTROLADO

				#de adolescentes, jóvenes y adultos con los ciclos / #de adolescentes, jóvenes y adultos
CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Realizar en el año 3 talleres de información y comunicación para la salud de 45 minutos de duración en IE Normal Superior, IE El Chapetón y en IE Paz y Libertad, a cargo de profesional en medicina o enfermería dirigido a docentes y padres de familia sobre la identificación de alteraciones visuales en menores entre 2 y 8 años y auditivas en menores de 12 años, con la participación mínimo de 20 personas y con orientación a servicios de salud.	Desarrollar estrategias que contribuyan a disminuir la mortalidad infantil	# de personas informadas que sobre alteraciones visuales en menores entre 2 y 8 años y auditivas en menores de 12 años	# de talleres sobre la identificación de alteraciones visuales en menores entre 2 y 8 años y auditivas en menores de 12 años en la gestión de riesgo de vida saludable y condiciones no transmisibles implementadas #talleres realizados / #talleres programados # de personas de comunidad educativa abordadas con los talleres / # personas de comunidad educativa

DOCUMENTO CONTROLADO

				programadas con talleres
CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Realizar Un (1) ciclo educativo de 8 sesiones, con una duración de 90 minutos cada sesión, en cuidado y protección de la salud mental de personas con depresión y sus cuidadores (según corresponda participación en sesión), dirigido a un grupo de 15 personas que serán las mismas durante las 8 sesiones. Las personas formadas estarán en capacidad de apoyar a personas en riesgo o con depresión en soporte y cuidado de la salud mental, en sector urbano del Municipio.	Analizar los eventos de interés de salud pública notificados para el municipio por la ESE SAN Antonio de Soata	Proporción de personas con depresión y sus cuidadores desarrollan prácticas para el cuidado y protección de la salud mental	# de campañas de gestión para la convivencia social y salud mental implementadas # de personas con depresión y sus cuidadores capacitados/ # # de personas con depresión y sus cuidadores programados para capacitarse
CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Realizar una estrategia de información en salud realizadas ocho días anteriores a fechas de jornada de vacunación tanto en área urbana y rural, incluye mínimo: 80 afiches, 400 volantes, 50 cuñas de 2 minutos de duración cada una, 60 horas de perifoneo, publicación permanente en redes sociales del Hospital y del Municipio, publicación de pendones entregados en la vigencia 2024, dirigido a población general frente a la prevención de la rabia, lesiones por agresión o contacto con un animal potencialmente transmisor de la rabia y la importancia de la	Mejorar los determinantes sociales en salud del municipio.	# estrategia de información y difusión con la temática #de plan de medios que cumplen requerimientos/ # de plan de medios diseñados	# de Estrategias de gestión del riesgo para enfermedades transmisibles implementadas #Cuñas radiales emitidas/ # cuñas radiales programadas #perifoneo emitido/ # perifoneo programado

DOCUMENTO CONTROLADO

	vacunación masiva y de mantenimiento de caninos y felinos (perros y gatos), los materiales serán distribuidos en las diferentes jornadas programadas por la Secretaria de Salud de Boyacá.			#publicaciones/ # publicaciones programadas #folletos elaborados y entregados/ # folletos programados
CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Realizar sesiones de información en salud para celebrar los días conmemorativos alusivos a la prevención de Enfermedades No Trasmisibles en los diferentes meses del año a través de (total 100 cuñas radiales de mínimo 2 minutos, 10 programas radiales) para la promoción de: alimentación saludable (prevención en el consumo de alimentos con exceso de sal-sodio, alimentos procesados bebidas azucaradas, grasas saturadas), 5 pendones (medidas de 100 x 200 cm, material polipropileno, impresión de alta calidad, con soporte tipo araña y espacios borrables para colocar la información de las diferentes día conmemorativos, los cuales se entregarán en el I trimestre de ejecución del contrato)	Desarrollar estrategias que contribuyan a disminuir la mortalidad infantil	# estrategia de información y difusión con la temática #de plan de medios que cumplen requerimientos/ # de plan de medios diseñados	# de Estrategias de gestión del riesgo para enfermedades emergentes, reemergentes y desatendidas implementadas #Cuñas radiales emitidas/ # programas radiales programadas #perifoneo emitido/ # perifoneo programado #afiches elaborados y entregados/ # afiches programados #folletos elaborados y entregados/ # folletos programados

DOCUMENTO CONTROLADO

CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Elaborar y/o reproducir 1 estrategia de información en salud (100 cuñas, mínimo 2 semanales durante 09 meses) 20 horas de perifoneo mínimo 2 horas cada mes, 50 afiches, 100 folletos, 10 videos, 10 Publicación permanente por redes sociales y grupos de WhatsApp, por 10 meses, en los diferentes entornos y grupos poblacionales (población infantil y/o lideres comunitarios, y/o población vulnerable, para la divulgación de los 3 mensajes clave para la prevención, manejo y control de las Enfermedades Respiratorias y Diarreicas Agudas: 1. ¿Cómo evito que mi hijo se enferme? 2. ¿Cómo lo cuido en casa? 3. ¿Cuándo debo llevarlo a la institución de salud? de la campaña "Gripa?. A metros!!!!! de MINSALUD, tanto en la zona urbana como rural del Municipio.	Mejorar los determinantes sociales en salud del municipio.	# estrategia de información y difusión con la temática #de plan de medios que cumplen requerimientos/ # de plan de medios diseñados	# de Estrategias de gestión del riesgo para enfermedades emergentes, reemergentes y desatendidas implementadas #Cuñas radiales emitidas/ # programas radiales programadas #perifoneo emitido/ # perifoneo programado #afiches elaborados y entregados/ # afiches programados #folletos elaborados y entregados/ # folletos programados
CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Realizar plan de medios del PAI 2024 que incluye: mínimo 3 cuñas semanales de 25 segundos de duración, (Cuñas por mes 12 * 9 meses), 15 horas de perifoneo mensuales por 09 meses, 20 afiches, 200 volantes,	Desarrollar estrategias que contribuyan a mejorar las coberturas de	# estrategia de información y difusión con la temática #de plan de medios que	# campañas de gestión del riesgo para enfermedades inmunoprevenibles

DOCUMENTO CONTROLADO

	publicación de pendones elaborados en el año 2024, Publicación permanente por redes sociales y grupos de WhatsApp incluyendo lideres sociales del Municipio; dirigido a población general para la promoción del programa permanente de vacunación y del esquema nacional gratuito de vacunación, articulado al diseñado por las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB, Regímenes especiales y de excepción en salud con afiliados en el municipio. (Las cuñas se pagarán de manera mensual previa certificación expedida por la emisora).	vacunación en el municipio	cumplen requerimientos/ # de plan de medios diseñados	implementadas # cuñas radiales emitidas/ # cuñas radiales programadas # horas de perifoneo emitido / # horas de perifoneo programadas #publicaciones por redes sociales realizadas / # publicaciones por redes sociales programadas
CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Realizar 3 talleres de mínimo 60 minutos sobre prevención de EDA-IRA, dirigida a personas con discapacidad (1) zona Urbana y (2) vereda Floresta, haciendo énfasis en prácticas de higiene priorizadas para prevención de EDA-IRA, con participación mínima de 10 personas.	Mejorar los determinantes sociales en salud del municipio.	Proporción de personas con conocimientos y prácticas para cuidar y mantener el entorno con condiciones físicas, sociales y ambientales adecuadas, sostenibles y seguras #personas abordadas con los talleres / # personas programadas con talleres	Número de campañas de gestión del riesgo para abordar situaciones endemo-epidémicas implementadas # talleres realizados / # talleres programados

DOCUMENTO CONTROLADO

CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Realizar 2 talleres de prevención de EDA-IRA, dirigida a población vulnerable adultos mayores de la zona Urbana del Municipio, haciendo énfasis en prácticas de higiene priorizadas para prevención de EDA-IRA.	Mejorar los determinantes sociales en salud del municipio.	Proporción de personas con conocimientos y prácticas para cuidar y mantener el entorno con condiciones físicas, sociales y ambientales adecuadas, sostenibles y seguras #personas abordadas con los talleres / # personas programadas con talleres	Número de campañas de gestión del riesgo para abordar situaciones endemo-epidémicas implementadas # talleres realizados / # talleres programados
CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Realizar un ciclo 1 educativo, dirigido a un grupo de Familias (niños 10-14 y un cuidador) de la zona urbana, para un grupo de 15 familias, el ciclo es de 7 sesiones de 2 horas cada una, aplicando la metodología "FAMILIAS FUERTES: AMOR Y LÍMITES" (Diligenciar base de datos notificación actividad).	Analizar los eventos de interés de salud pública notificados para el municipio por la ESE SAN Antonio de Soata	Proporción de padres de familia que previenen conductas de riesgo en adolescentes	# Estrategias de gestión del riesgo en temas de trastornos mentales #personas abordadas con proceso metodológico de 7 sesiones / # personas programadas con proceso metodológico de 7 sesiones # sesiones realizadas / # sesiones programadas

DOCUMENTO CONTROLADO

CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Realizar 50 tamizajes a personas mayores de 18 años que cumplan criterios de riesgo del sector comercial y agrícola para la detección de consumo de alcohol, en el Sector la Floresta, aplicando la escala AUDIT con intervención breve y seguimiento de los casos, según corresponda (Diligenciar base datos notificación actividad)	Analizar los eventos de interés de salud pública notificados para el municipio por la ESE SAN Antonio de Soata	Proporción de personas mayores de 18 años con detección de consumo de alcohol con escala AUDIT	# Estrategias de prevención de violencia de género implementadas # tamizajes AUDIT realizados / # tamizajes AUDIT programados
CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Realizar 50 tamizajes para la detección de trastorno mental, aplicando la escala SQR, con intervención breve y seguimiento en ruta de atención integral en salud mental, según corresponda a través del programa MhGAP o el programa de salud mental en atención primaria vigente de la ESE dirigido a Población mayor de 14 años que cumpla criterios de riesgo del sector Educativo (Diligenciar base datos notificación actividad)	Analizar los eventos de interés de salud pública notificados para el municipio por la la ESE SAN Antonio de Soata	Proporción de personas con aplicación de instrumento para detección de trastorno mental	# Estrategias de gestión del riesgo en temas de trastornos mentales implementadas # tamizajes SRQ aplicados / # tamizajes SRQ programados
CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Realizar 50 tamizajes a niños/as de 10 - 14 años que cumplan criterios de riesgo del sector educativo para la detección de trastorno mental, aplicando la escala RQC, con intervención breve y seguimiento en ruta de atención integral en salud mental, según corresponda a través del programa MhGAP o el programa de salud mental en atención primaria vigente de la ESE	Analizar los eventos de interés de salud pública notificados para el municipio por la ESE SAN Antonio de Soata	Proporción de personas con aplicación de instrumento para detección de trastorno mental	# Estrategias de gestión del riesgo en temas de trastornos mentales implementadas # tamizajes RQC aplicados / # tamizajes RQC programados
CUIDADO DE LA	Realizar un proceso de educación en salud para orientar a las familias en la selección y	Mejorar los determinantes sociales en	Proporción de personas que desarrollan	% desarrollo de las sesiones

DOCUMENTO CONTROLADO

SALUD EN EL TERRITORIO.	consumos de alimentos saludables que contribuyan al bienestar nutricional y a la prevención de enfermedades relacionadas con la alimentación mediante las Guías alimentarias basada en alimentos - GABAS- para la población colombiana menor de dos años a traves de 9 sesiones presenciales, de mínimo 2 horas de duración, dirigido a gestantes, lactantes y padres de familia de menores de 2 años, madres comunitarias, grupo de mínimo 20 personas que serán las mismas durante las 9 sesiones, desarrollando la metodología establecida por la Secretaria de Salud de Boyacá.	salud del municipio.	prácticas para el cuidado de su salud y su desarrollo #personas abordadas con 9 sesiones / # personas programadas con 9 sesiones	# sesiones realizadas / # sesiones programadas
CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Realizar 1 jornada de movilización social, comunitaria e institucional para la celebración de la semana mundial de la lactancia materna (primera semana de agosto), dónde se aborden temas para orientar a las familias con gestantes, lactantes y menores de 5 años sobre prácticas en salud y nutrición en el marco de la estrategia IAMI, incluye: difusión por redes sociales, entrega cien (100) folletos (Papel bond a 3 cuerpos y en impresión a color) con información de sensibilización alusiva a los temas relacionados, carteleras, actividades lúdicas, 3 talleres. Tener en cuenta lineamientos e información emitida desde el nivel Nacional y Departamental. Incluye validación técnica y cultural y evaluación del impacto	Mejorar los determinantes sociales en salud del municipio.	Movilización social con participación de instituciones municipales y comunidad con información en promoción, protección y apoyo a la lactancia materna	% de cumplimiento de actividades realizadas # actividades realizadas / # actividades programadas

DOCUMENTO CONTROLADO

	obtenido con las estrategias informativas propuestas.			
CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Realizar Plan Integral de Cuidado Familiar por equipo de salud conformado por dupla: Profesional de Medicina, Enfermería y/o Psicología y Auxiliar de Enfermería o Auxiliar en Salud Publica) a N° 111 familias, a través de CUATRO - 4 visitas domiciliarias presenciales; priorizando familias de la vereda FLORESTA , las cuales incluyen: actividades de caracterización y/o actualización de información, información y educación para la salud , tamizajes, rehabilitación basada en comunidad y seguimiento y monitoreo de logros trazadores e intermedios en salud (a través del software SIBACOM PLUS); esta actividad incluye desarrollo previo de unidades de análisis por equipo básico de salud (Medicina, Enfermería, psicología). En caso de que se presente algún caso que no esté cubierto por otros EBS se realizará la visita con esta actividad.	Desarrollar estrategias que contribuyan a disminuir la mortalidad infantil	Proporción de personas abordadas desde el PIC con detección de riesgo para la salud #personas con PICF/ # personas visitadas Proporción de personas identificadas con riesgo y canalizadas a servicios sociales o sanitarios desde el PIC # personas con riesgo canalizadas a servicios sociales o sanitarios/ #personas identificadas con riesgo	#visitas realizadas registradas en SIBACOM / # visitas programadas %Unidad de análisis realizadas #unidad de análisis realizadas/ #unidad de análisis a realizar
CUIDADO DE LA SALUD EN EL TERRITORIO.	Diseñar, socializar e implementar 1 estrategia de información, dirigida a la población en general del Municipio de San Mateo, con el fin de promocionar las intervenciones establecidas en la ruta de promoción y mantenimiento de la salud, garantizando: entrega de 300 plegables full color en papel propalcote, plastificado, Mínimo a 8 cuerpos (tipo acordeón),	Desarrollar estrategias que contribuyan a disminuir la mortalidad infantil	# estrategia de información y difusión con la temática #de plan de medios que cumplen requerimientos/ # de plan de medios diseñados	# Estrategias de gestión para abordar condiciones crónicas prevalentes # Plegables full programados /#Plegables full entregados

DOCUMENTO CONTROLADO

	impreso a doble cara, que contengan las intervenciones por curso de vida, establecidas en la Resolución 3280 de 2018. Desarrollo de 9 talleres con una duración mínima de 60 minutos, en las veredas: Hatico Abajo, Cascajal, Hatico Arriba, Guayabal, Palma, Concordia, Floresta, Cuicas Buragas y Centro Incluye validación técnica y cultural y evaluación del impacto obtenido con las estrategias informativas propuestas.			

Material de consulta y apoyo

Directrices para la caracterización y ejecución de los procesos para la Gestión de la Salud Pública en el contexto de la Política de Atención Integral en Salud, de noviembre de 2016 de MINSALUD

Orientaciones para el desarrollo de la Información en salud en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas– PIC de MINSALUD

Orientaciones para el desarrollo de la actividad de caracterización social y ambiental en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC de MINSALUD.

Orientaciones para el desarrollo del Procedimiento de Canalización en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC de MINSALUD.

Orientaciones para el desarrollo de la Vacunación antirrábica en perros y gatos en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC de MINSALUD.

Orientaciones para el desarrollo de Jornadas de Salud en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC de MINSALUD.

Orientaciones para el desarrollo de la Rehabilitación Basada en Comunidad en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC de MINSALUD.

Orientaciones para el desarrollo de las Zonas de Orientación Escolar (ZO) y Centros de Escucha (CE) en el marco del plan del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas de MINSALUD.

Orientaciones para el desarrollo de las actividades de tamizaje en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC de MINSALUD.

Orientaciones para la conformación y fortalecimiento de redes sociales y comunitarias en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC de MINSALUD.

DOCUMENTO CONTROLADO

Referencias

Ministerio de salud . (2015). *Orientaciones para el desarrollo de la Rehabilitación Basada en Comunidad en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC*.

Ministerio de Salud y Protección social. (2018). *Resolucion 3280.* Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf

Organizacion Mundial de la Salud. (s.f.). *Audit.*

Cubillos, X. (2007). Visita domiciliaria integral para actuar en salud familiar. Revista Biomédica Revisada Por Pares, 949.

DE LA SALUD, Asamblea Mundial. Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Organización Mundial de la Salud, 2009.

Ministerio de Salud y Protección Social (2015). Resolución 518 (25 de febrero 2015).

Ministerio de Salud y Protección Social. 2016. Política de Atención Integral en Salud PAIS. MSPS. Bogotá DC. Colombia

Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3280 (2018). Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación.

Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 295 de 2023. Por la cual se modifican los artículos 3, 8, 11, 14, 16, y 18 de la Resolución 518 de 2015 en relación con la gestión de la salud pública, las responsabilidades de las entidades territoriales y de los ejecutores del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas y las condiciones para la ejecución.

Osorio, A. G., Loaiza, D. P. B., Castillo, L. O., & Alarcón, A. M. M. (2020). Fundamentación de la visita domiciliaria desde un enfoque de enfermería familiar y cultural. Revista Ciencia y Cuidado, 17(1), 99-111.

Sakraida J. Modelo de Promoción de la Salud. Nola J Pender. En: Maerriner TA, Rayle-Alligood M, editores. Modelos y teorías de enfermería, 6° ed. España: Elsevier-Mosby; 2007

Zea-Bustamante, L. E. (2019). La educación para la salud y la educación popular, una relación posible y necesaria. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 37(2), 61-66.

DOCUMENTO CONTROLADO