



SECRETARÍA DE  
SALUD

**SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD  
SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA**

**DOCUMENTO OPERATIVO DE LA ACCIÓN INTEGRADA CUIDADO PARA LA SALUD  
FAMILIAR**

**ESPACIO VIVIENDA**

**Vigencia: Junio - Agosto de 2.020**

**Bogotá D.C. 2.020**

Carrera 32 No. 12 - 81  
Teléfono: 3649090  
[www.saludcapital.gov.co](http://www.saludcapital.gov.co)



**ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.**

## Contenido

1.	DEFINICIÓN DE LA ACCIÓN INTEGRADA.....	5
2.	OBJETIVOS.....	5
2.1.	<i>Objetivo general</i> .....	5
2.2.	<i>Objetivos específicos</i> .....	6
3.	PRODUCTO 1. Gestión Operativa del Riesgo.....	8
3.1.	<i>Descripción</i> .....	8
3.2.	<i>Métodos y Tecnologías para el desarrollo del producto</i> .....	8
3.3.	<i>Actividad 1. Identificación de la Población a intervenir</i> .....	9
3.3.1.	<i>Descripción</i> .....	9
3.4.	<i>Actividad 2. Gestión de la información</i> .....	13
3.4.1.	<i>Descripción</i> .....	13
3.4.2.	<i>Detalle de la actividad</i> .....	15
3.5.	<i>Forma de facturación del producto</i> .....	18
4.	PRODUCTO 2. Gestión de Riesgos identificados por persona.....	18
4.1.	<i>Descripción</i> .....	18
4.2.	<i>Métodos y Tecnologías para el desarrollo del producto</i> .....	18
4.3.	<i>Actividad 1. Priorización de riesgo en salud</i> .....	19
4.3.1.	<i>Descripción Actividades Rutinarias</i> .....	19
4.3.2.	<i>Descripción Actividades Zonas de Cuidado Especial</i> .....	20
4.4.	<i>Actividad 2. Monitoreo del riesgo en salud</i> .....	21
4.4.1.	<i>Descripción Acciones Rutinarias</i> .....	21
4.4.2.	<i>Descripción Acciones Zonas de Cuidado Especial</i> .....	21
4.5.2	<i>Detalle de la actividad</i> .....	22
4.5.	<i>Indicadores de resultado del producto</i> .....	23
4.6.	<i>Forma de facturación del producto</i> .....	23
	PRODUCTO 3. Seguimiento Familiar para la Gestión Integral del Riesgo. ....	23
4.7.	<i>Descripción</i> .....	23
4.8.	<i>Métodos y Tecnologías para el desarrollo del producto</i> .....	23
4.9.	<i>Actividad 1. Seguimiento de control.</i> .....	24
4.9.1.	<i>Descripción</i> .....	24
5.4.1.	<i>Detalle de la actividad</i> .....	31
5.5.	<i>Actividad 1. Alistamiento para el seguimiento familiar.</i> .....	32
5.5.1.	<i>Descripción</i> .....	32
5.5.2.	<i>Detalle de la actividad</i> .....	34
5.6.	<i>Actividad 2. Seguimiento a cohortes priorizadas.</i> .....	34
5.6.1.	<i>Descripción</i> .....	34
5.7.	<i>Detalle de la actividad</i> .....	39
5.8.	<i>Soportes para la interventoría y/o supervisión</i> .....	39
5.4	<i>Indicadores de resultado del producto</i> .....	40

5.5	<i>Forma de facturación del producto</i> .....	44
6.	PRODUCTO 4. Gestión de riesgo en familias Indígenas de los pagadarios y alojamientos. ....	44
6.4.	<i>Descripción</i> .....	44
6.5.	<i>Métodos y Tecnologías para el desarrollo del producto.</i> .....	44
6.6.	<i>Actividad 1. Identificación de familias y de riesgos en salud.</i> .....	45
6.6.1.	<i>Descripción</i> .....	45
6.6.2.	<i>Detalle de la actividad</i> .....	46
6.7.	<i>Actividad 2. Desarrollo de acciones a partir de los riesgos identificados en las familias.</i> 46	
6.7.1.	<i>Descripción</i> .....	46
6.7.2.	<i>Detalle de la actividad</i> .....	47
6.8.	<i>Soportes para la interventoría y/o supervisión</i> .....	47
6.9.	<i>Forma de facturación del producto.</i> .....	48
7.	PRODUCTOS. ABORDAJE ÉTNICO DIFERENCIAL.....	48
	Producto 5. Gestión para el abordaje diferencial de comunidades étnicas_ Profesional... 48	
	Producto 6. Gestión para el abordaje diferencial de comunidades étnicas_ Técnico..... 48	
	Producto 7. Gestión para el abordaje diferencial de comunidades étnicas_ Gestor..... 48	
7.4.	<i>Descripción</i> .....	48
7.5.	<i>Métodos y Tecnologías para el desarrollo del producto.</i> .....	48
7.6.	<i>Actividad 1. Acciones Familiares desde la Medicina Ancestral.</i> .....	50
7.6.1.	<i>Descripción</i> .....	50
7.6.2.	<i>Detalle de la actividad</i> .....	50
7.7.	<i>Actividad 2. Acciones de Gestión y Seguimiento a la población</i> .....	51
7.7.1.	<i>Descripción</i> .....	51
7.7.2.	<i>Detalle de la actividad</i> .....	54
7.8.	<i>Indicadores de resultado</i> .....	54
7.9.	<i>Actividad 1. Identificación de casos y de riesgos en salud.</i> .....	55
7.9.1.	<i>Descripción</i> .....	55
7.9.2.	<i>Detalle de la actividad</i> .....	56
7.10.	<i>Actividad 2. Desarrollo de acciones diferenciales a las familias</i> .....	57
7.10.1.	<i>Descripción</i> .....	57
7.10.2.	<i>Detalle de la actividad</i> .....	57
7.11.	<i>Actividad 3. Desarrollo de acciones diferenciales de Medicina Ancestral</i> .....	58
7.11.1.	<i>Descripción</i> .....	58
7.11.2.	<i>Detalle de la actividad</i> .....	59
7.12.	<i>Indicadores de resultado</i> .....	59
7.13.	<i>Soportes para la interventoría</i> .....	59
7.14.	<i>Forma de facturación del producto.</i> .....	60

8. PRODUCTO 8. Seguimiento familiar para la gestión integral del riesgo en zonas periurbanas.....	60
8.1. Descripción.....	60
8.2. Métodos y Tecnologías para el desarrollo del producto.....	60
8.3. Actividad 1. Caracterización para la identificación de riesgos y derivación para la respuesta.....	61
8.3.1. Descripción de la Actividad.....	61
8.4. Actividad 2. Derivación y organización de la respuesta.....	64
8.4.1. Descripción de la Actividad.....	64
8.4.2. Detalle de la Actividad.....	65
8.5. Soportes para interventoría y/o seguimiento.....	66
8.6. Forma de facturación:.....	66
9. PRODUCTO 9. MUESTREO A POBLACIÓN SUSCEPTIBLE DE COVID-19.....	66

## DOCUMENTO OPERATIVO DE LA ACCIÓN INTEGRADA CUIDADO PARA LA SALUD FAMILIAR

### ESPACIO VIVIENDA

#### 1. DEFINICIÓN DE LA ACCIÓN INTEGRADA

La acción integrada “Cuidado para la Salud Familiar” consta de tres (2) componentes para la gestión del riesgo en salud y la promoción y mantenimiento de la salud.

El componente de Gestión del riesgo incluye un conjunto de actividades de identificación y captación temprana de riesgos en la población. Este conjunto de actividades es realizado por un equipo de “Gestores de Riesgo en Salud”. Las actividades están dirigidas a la población general, priorizando inicialmente a la población más vulnerable, identificada y caracterizada por grupo de riesgo, curso de vida, variables sociodemográficas, entre otras. Con dicha gestión se busca disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud de las personas.

El componente dos se denominan Gestión del Riesgo para la Salud Familiar; estas acciones incluyen un abordaje colectivo que busca desarrollar procesos de cuidado en la familia como red primaria, desde un enfoque diferencial, a partir del reconocimiento de los patrones culturales, sociales y ambientales que hacen parte del entorno y el contexto familiar. Este reconocimiento hace parte de la caracterización inicial que de manera conjunta permite identificar factores protectores y factores de riesgos individuales y colectivos, buscando posteriormente su eliminación, o mitigación a través de la activación de rutas para las respuestas sociales dadas por otros sectores o la atención sanitaria a través de la prestación de servicios de salud. Desde esta perspectiva se identifican patrones de comportamiento que estructuran prácticas de cuidado específicas, los cuales se pretenden transformar, a partir de la autogestión y la generación de las capacidades, para mejorar condiciones y prácticas de vida saludables, que favorezcan la salud y la vida de las familias.

Considerando la familia y cada uno de sus integrantes como seres integrales, las acciones de cuidado familiar abordan a los seres humanos teniendo en cuenta los contenidos temáticos y prioridades en el marco de las dimensiones reconocidas en el Plan Decenal de Salud Pública: Convivencia Social y Salud Mental, Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos, Vida Saludable y Condiciones no Transmisibles, Seguridad Alimentaria y Nutricional, Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles, Salud Ambiental, Gestión Diferencial de las Poblaciones Vulnerables y Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria.

#### 2. OBJETIVOS

##### 2.1. *Objetivo general*

Disminuir la probabilidad de ocurrencia o intensificación de complicaciones de eventos de interés en salud pública en los integrantes de las familias intervenidas, a través de acciones de promoción de la salud y gestión del riesgo.

## 2.2. Objetivos específicos

- Generar oportunamente alertas de riesgo en salud en la población de mayor vulnerabilidad, mediante la activación de las rutas de promoción y mantenimiento y por grupos de riesgos en salud priorizados con el fin de gestionar su atención, evitar complicaciones y disminuir la morbimortalidad de las personas y familias según curso de vida.
- Incentivar prácticas de vida saludable en las personas, familias y cuidadores, a través de intervenciones individuales, familiares y colectivas para la promoción de la salud y la gestión oportuna e integral de los principales riesgos.

Se precisa que teniendo en cuenta que la Organización Mundial de la Salud, declaró como Emergencia de Salud Pública, el brote de Coronavirus COVID-19 a partir del mes de marzo de 2020, se implementarán medidas preventivas, promocionales y de gestión del riesgo para la fase mitigación.

## COMPONENTE 1. GESTIÓN DEL RIESGO

La gestión del riesgo comprende un conjunto de acciones a realizar por los Gestores de Riesgo en Salud dirigidas a la población de mayor vulnerabilidad, con individuos identificables y caracterizables, para disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud de la persona. Estas acciones hacen parte de un enfoque estructurado para manejar la incertidumbre relativa a una amenaza (como la frecuencia y la severidad), de un evento o de los eventos, a través de una secuencia de actividades que incluye la identificación de alertas y el desarrollo de estrategias para identificar los riesgos, manejarlos y mitigarlos. En tal sentido, para la operación de este componente se plantea la conformación de dos equipos integrados por profesionales y técnicos, quienes realizarán el acompañamiento continuo a las personas el cual permitirá la toma de decisiones que impacten en la disminución de las complicaciones del estado de salud y las barreras de acceso generando un enlace directo del asegurador hacia el usuario.

Es responsabilidad de cada Subred garantizar la contratación del talento humano e insumos presupuestado para conformar dichos equipos de trabajo, los cuales se encuentran establecidos de la siguiente forma:

**Tabla 1. Número de perfiles presupuestados para el equipo Gestión de Riesgo por mes e insumos**

Perfil	Número de personas	Insumos
Técnico Auxiliar de Enfermería o de Salud Pública	Subred Norte: 23 Subred Centro Oriente: 15 Subred Sur occidente: 30 Subred Sur: 30	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Báscula digital de piso con capacidad hasta 150 Kg y sensibilidad de 50 a 100 g. Con niveladores de altura mínimo de 2 cm, antideslizantes y capaz de absorber las desnivelaciones del piso. Debe contar con la hoja de vida del equipo dónde se incluyan las verificaciones intermedias y calibraciones periódicas con firma por personal autorizado para tal fin (mínimo cada seis meses).</li> <li>• Tallímetro desmontable con base o plataforma para los pies y tope móvil. Alcance de medición de 20 a</li> </ul>

Perfil	Número de personas	Insumos
		<p>200 cm, con división de escala en milímetros. Debe contar con la hoja de vida del equipo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cinta métrica corporal con alcance de 2 metros, división de escala en milímetros, material flexible y sistema retráctil. No metros de costura.</li> <li>• Tensiómetro digital debe contar con la hoja de vida del equipo dónde se incluyan las verificaciones intermedias y calibraciones periódicas con firma por personal autorizado para tal fin (mínimo cada seis meses).</li> <li>• Pulsioxímetro Debe contar con la hoja de vida del equipo dónde se incluyan las verificaciones intermedias y calibraciones periódicas con firma por personal autorizado para tal fin (mínimo cada tres meses).</li> <li>• Glucómetro.</li> <li>• Lanceta o aguja</li> <li>• Tira reactiva para test de glucosa en sangre.</li> <li>• Celulares con conectividad 4G, GPS, wifi y con las siguientes características memoria mínima de 2Gb o superior, procesador 1.2 Ghz de 4 núcleos, sistema operativo Android mayor a 5.0 y batería de 3500 mAh.</li> </ul> <p>Para los insumos utilizados para el abordaje en zonas de cuidado especial, remitirse a cada Producto.</p>
Enfermeras (articulación Plan Básico de Salud (PBS)-Plan de Intervenciones colectivas (PIC))	Subred Norte: 2 Subred Centro Oriente: 2 Subred Sur occidente: 2 Subred Sur: 2	No Aplica
Enfermeras (Operativas: Una (1) enfermera por cada 15 - 20 Gestores)	Subred Norte: 5 Subred Centro Oriente: 5 Subred Sur occidente: 5 Subred Sur: 5	No Aplica
Geógrafo	Subred Norte: 2 Subred Centro Oriente: 2 Subred Sur occidente: 2 Subred Sur: 2	Ver Tabla 2
Tecnólogo de Sistemas	Subred Norte: 2 Subred Centro Oriente: 2 Subred Sur occidente: 2 Subred Sur: 2	Ver Tabla 2
Técnico de Sistemas	Subred Norte: 4 Subred Centro Oriente: 4 Subred Sur occidente: 4 Subred Sur: 4	Ver Tabla 2

Perfil	Número de personas	Insumos
Digitador	Subred Norte: 5 Subred Centro Oriente: 5 Subred Sur occidente: 5 Subred Sur: 5	Ver Tabla 2
Profesionales Cohortes (Enfermeras, Ingeniero Ambiental y/o sanitario o administrador ambiental y profesional en Psicología.)	Subred Norte: 20 Subred Centro Oriente: 24 Subred Sur occidente: 56 Subred Sur: 31	Para los profesionales de seguimiento se deberá garantizar los insumos iguales a los de los auxiliares relacionados anteriormente.  Telefonía Celular con Plan de Datos y minutos ilimitados, Conectividad 4G, GPS, wifi y con las siguientes características memoria mínima de 2Gb o superior, procesador 1.2 Ghz de 4 núcleos, sistema operativo Android mayor a 5.0 y batería de 3500 mAh. Por perfil que realice seguimiento.
Profesional de Apoyo a la Gestión Operativa de la Gestión del Riesgo <sup>1</sup> .	Subred Norte: 1 Subred Centro Oriente: 1 Subred Sur occidente: 2 Subred Sur: 2	No aplica

### 3. PRODUCTO 1. Gestión Operativa del Riesgo

#### 3.1. Descripción

Contempla la planeación de un seguimiento guiado para la identificación de la población no captada para ser incluida en los diferentes programas de protección y detección temprana y que requiere priorización en la atención en salud.

#### 3.2. Métodos y Tecnologías para el desarrollo del producto

Población sujeto de intervención	Dimensión prioritaria (PDSP)	Tecnologías promoción de la salud y gestión integral del riesgo	Procesos de gestión de la salud pública
Personas en todos los momentos vitales y familias.	1. Salud Ambiental. 2 Convivencia Social y Salud Mental 3. Seguridad Alimentaria y Nutricional. 5. Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles 6. Vida Saludable y Condiciones no Transmisibles.	No Aplica	1. Desarrollo de capacidades. 2. Gestión de las intervenciones colectivas. 3. Gestión del aseguramiento 4. Gestión de la prestación de servicios individuales.

<sup>1</sup> Profesional especializado 4. Profesional en ciencias de la salud (Enfermera) o profesional de ciencias sociales con experiencia en el componente Gestión del riesgo.



### 3.3. Actividad 1. Identificación de la Población a intervenir

#### 3.3.1. Descripción

A continuación, se describen las subactividades para el desarrollo de esta actividad:

##### 1. Recepción de base de población sujeto a visitar:

- Bases de los usuarios que no han asistido a la Ruta de Promoción y Mantenimiento y usuarios que no han acudido a controles de seguimiento de su patología o con algún evento de interés en salud pública priorizado-Rutas de Grupo de Riesgo, suministradas por SDS.
- Base de datos de menores inscritos en Bogotá del programa MFA desagregar sigla que no cumplieron citas de control de crecimiento y desarrollo, de acuerdo al convenio 516 de 2017.
- Jardines Secretaria de Educación Distrital (base del sistema de matrículas Estudiantil-SIMAT de la primera infancia).
- Intervención en la zona de influencia del relleno sanitario Doña Juana (Mochuelo Alto y Bajo), lo anterior en aras de dar continuidad al requerimiento previo del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá D.C. Sala civil especializada en restitución de tierras. Acción de tutela N°110012203000301702307700.
- O las demás que se requieran por contingencias en salud pública informadas previamente por SDS.

- ##### 2. Verificación de la información y establecimiento de variables completas de cada usuario:
- Se realizará la depuración, validación y cruce con otras bases dispuestas por la subred y otros aseguradores como mecanismo para completar la información de los usuarios, definir usuarios únicos, verificar las novedades correspondientes a cada programa y a zonas priorizadas por contingencia COVID-19. Además de la verificación Identificación de las zonas de cuidado especial por Transmisibilidad las cuales combina criterios de vulnerabilidad y de concentración de casos confirmados de COVID-19

- ##### 3. Análisis para la georreferenciación:
- Para llevar a cabo acciones efectivas es necesario contar con datos espaciales de calidad como insumo principal para los ejercicios de geocodificación, geoprocésamiento, representación espacial de la población en el territorio y la generación de rutas para cada uno de los gestores.

**Geo-codificación:** Con base en el dato espacial de la dirección de cada uno de los registros se realiza la geocodificación. Esto permite otorgar a cada uno de los registros atributos espaciales, para su localización y representación en el territorio, así como insumo para posteriores análisis de información.

La herramienta utilizada para el proceso de geocodificación, es el geocodificador de la SDS, el cual cuenta dos instrumentos:

1. Geocodificador público, el servicio es en línea, es posible hacer el ejercicio uno a uno.
2. Geocodificar interno, requiere de instalador y asignación de usuario y contraseña por la Dirección de TIC de la SDS, es posible geocodificar paquetes de 500 registros

Es por ello, que el profesional de análisis espacial deberá realizar revisión, corrección y hallazgos del ejercicio con el fin de garantizar la ubicación exacta de la población.

1. Revisión de los criterios de geocodificación: Se considerará un ejercicio de geocodificación óptima si el registro
  - Se encuentra en predial exacto
  - Se encuentra en malla vial exacta
2. Corrección de nomenclaturas: Se contará con un digitador para realizar la corrección en el diligenciamiento de la nomenclatura, en caso de considerarse necesario (cuadrante faltante, corrección de vía alfabética, entre otros) y recuperación de direcciones de usuarios ya reportados como fallidos y aquellos que tengan datos incompletos de dirección y teléfono, ó que hayan sido geocodificados y no cumplan los criterios de exactitud.
3. Verificar semanalmente direcciones que sean encontradas por los equipos y no geocodifiquen.
4. Hallazgos y observaciones resultado de la geocodificación: Aquellos registros que no cumplen con los criterios de geocodificación adecuados y que no sea posible corregir, serán devueltos al técnico mediante acta suscrita con el líder en donde se encuentre el número de registros y las observaciones pertinentes, para su revisión y posterior ajuste.

### **PARA EL ABORDAJE A ZONAS DE CUIDADO ESPECIAL EN EL MARCO DE LA PANDEMIA POR LA COVID 19**

Partiendo de la Identificación de las zonas de cuidado especial las cuales combina criterios de vulnerabilidad y de concentración de casos confirmados de COVID-19, se organiza la operación de los equipos así:

#### **Momento de Alistamiento:**

1. Recepción de Zonas de cuidado especial por transmisibilidad Semanalmente, es importante se valla avanzando en la organización para evitar reprocesamientos en el trabajo.
2. Es importante tener en cuenta que el abordaje a familias priorizadas mediante diferentes criterios lo cuales deben ser georreferenciados y tenidos en cuenta para no abordaje por estrategia 30/7.
  - a. Las familias que la subred tiene previamente identificadas por prioridades en salud o eventos de interés en salud pública (Familiar\_Gestión de Riesgo), seguirán siendo contactadas telefónicamente acorde a operación rutinaria, incluyendo aquellas en las que no es posible realizar acercamiento presencial por barreras de acceso a propiedad horizontal.
  - b. Familias con población susceptible de vacunación (Pendientes), donde el equipo realizará contacto telefónico con el fin de agendar cita para la vacunación y realizar la aplicación de formato de caracterización. Posteriormente, realizará desplazamiento a la vivienda para la aplicación de la vacuna.
  - c. Familias de base Secretaria de Educación.
3. Abordaje de las familias priorizadas para la identificación de susceptibles para COVID-19, así como otras condiciones de riesgo para la salud, a través de la estrategia de muestreo 30/7 donde por cada conglomerado territorial se seleccionan aleatoriamente 30 manzanas, y al interior de cada manzana se seleccionan 7 familias, para un total de 210 familias por cuadrante.

4. Los geógrafos realizarán el reconocimiento del terreno en campo para verificar el número de predios, edificios en cada manzana y conjuntos residenciales de tal forma que al momento de la operación se pueda orientar a los equipos de manera más efectiva.

A continuación, se describe el proceso que deben realizar los perfiles locales del componente geográfico para la selección de las manzanas y viviendas al interior de los cuadrantes priorizados:

Selección de 30 manzanas:

- Identifique los cuadrantes priorizados en el territorio de su competencia.
- Determine el número de manzanas en cada cuadrante. Si el cuadrante tiene menos de 30 manzanas debe seleccionar todas las manzanas, de lo contrario continúe con los siguientes pasos.
- En un archivo de Excel liste las manzanas de cada cuadrante a partir de su identificador y adicionalmente asigne un ID partiendo del 1 a la cantidad de manzanas perteneciente al cuadrante.
- En el mismo archivo de Excel, utilice la fórmula “=ALEATORIO.ENTRE(inferior;superior)” para obtener 30 valores aleatorios. En la fórmula el valor inferior debe ser el número “1”, y el valor superior es el total de manzanas en el cuadrante. Arrastre la fórmula en 30 celdas, ya que si lo hace independiente corre el riesgo repetir valores.
- Reconozca a partir de los 30 valores aleatorios, a qué manzanas corresponden dado el ID que asignó previamente. Estas manzanas serán las 30 manzanas a abordar en el cuadrante donde se seleccionarán 7 viviendas.

Selección de 7 viviendas:

- a) Determine el número de habitantes en cada cuadrante (Ver anexo 2. Capa de cuadrantes alusivos a las Zonas de cuidado especial).
- b) Divida el número de habitantes del cuadrante entre 3, valor que representa el promedio de personas por hogar en Bogotá. Aquí obtendrá una cifra aproximada del número de viviendas en el cuadrante.
- c) Realice un conteo de las manzanas al interior de cada cuadrante.
- d) Divida el número de viviendas del cuadrante entre el número de manzanas del cuadrante. Aquí obtendrá el promedio de viviendas por manzana.
- e) Divida el promedio de vivienda por manzana entre 7. Aquí obtendrá el intervalo de viviendas que debe haber entre una y otra al ser intervenida.
- f) Una vez seleccione la primera vivienda en una de las manzanas seleccionadas, realice el conteo de viviendas de acuerdo con el intervalo anterior para abordar la segunda vivienda.
  - a. Por ejemplo, la manzana seleccionada está constituida por 28 casas a la redonda (28 dividido en 7 = 4). Es decir, que se inicia en la primera casa a la derecha en sentido norte-sur, para escoger la siguiente contará 4 casas (salto) en sentido de las manecillas del reloj, por tanto, la siguiente será la casa 5 de la manzana y la siguiente será la casa 9 y así sucesivamente hasta completar la muestra de 7 casas en esa manzana.

- g) Se espera como resultado de lo anterior, que el geógrafo brinde la información de cuáles manzanas abordar en los cuadrantes y qué viviendas abordar, dejando un intervalo entre una y otra.

En caso que la casa seleccionada no esté habitada, no haya un residente en el momento de la visita o no estén dispuestos a atender al equipo, se procede a visitar la casa del lado o continuar con el mismo salto sucesivamente hasta completar la muestra las 7 casas en esa manzana.

**Nota:** En caso de encontrar edificios, se abordará una vivienda del edificio y para los conjunto residenciales se tomaran como manzanas.

### **Geo-procesamiento y análisis espacial**

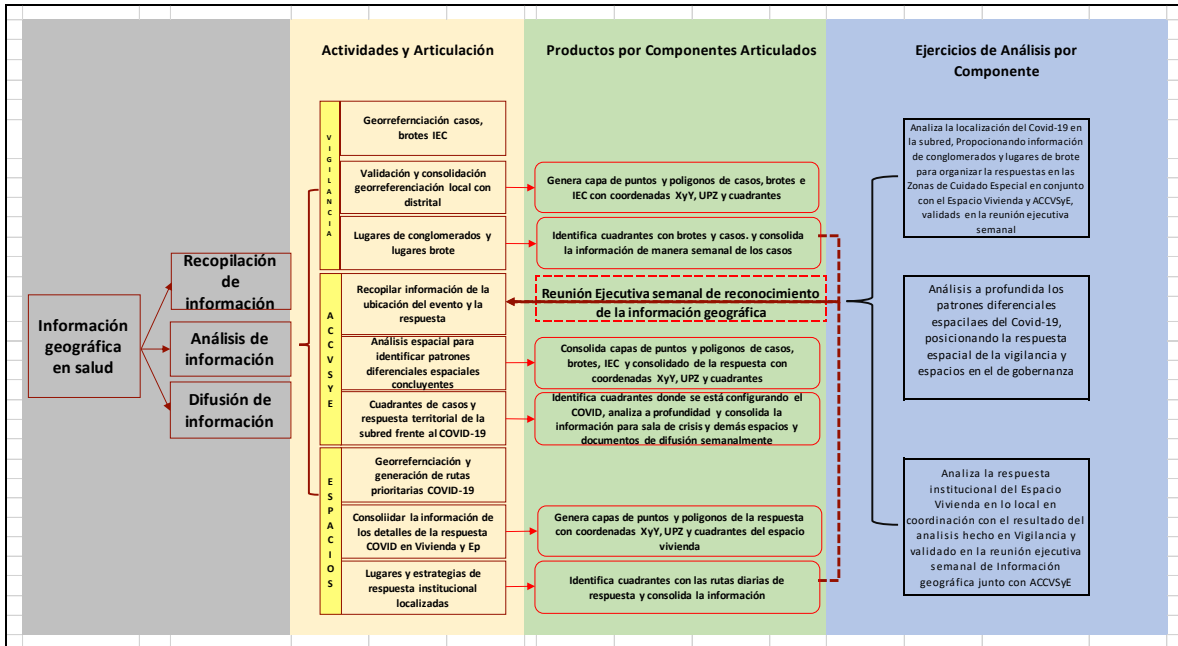
Con base en la geocodificación se lleva a cabo los ejercicios de georreferenciación, el cual consiste en ubicar el resultado de los registros con calidad y relacionarlos con los ítems geográficos necesarios, en los siguientes pasos:

- Organizar los datos espaciales geocodificados para la generación de la geodatabase que consolidará los ejercicios realizados durante la vigencia de acuerdo a lo definido desde nivel central.
- Exploración, interpretación e identificación de la espacialización de los datos, en la cual se identifica el número de registros que se encuentran dispersos o concentrados en las UPZ, para la generación de los sectores.
- Análisis espacial teniendo en cuenta problemáticas críticas en salud ambiental como: Relleno Sanitario Doña Juana, Aeropuerto Internacional El Dorado, Parques Ecológicos Distrital de Humedales (PEDH), Cerros Orientales, canales y ríos especialmente el Bogotá y sus afluentes (Río Tunjuelo, Fucha, Salitre y Juan Amarillo) y Polígono intervención prioritario por contaminación del aire<sup>2</sup>.
- Generación de mapas resultado de las intervenciones del componente por cuadrante y seguimiento telefonico, de acuerdo a solicitudes de SDS.

También deberá revisar la efectividad de la respuesta de los seguimientos y socializar a los apoyos, tecnólogos diariamente para revisar, corregir, e identificar hallazgos de la geocodificación y datos del usuario, con el fin de mejorar y buscar estrategias para la ubicación de la población.

### **Articulación**

Es vital el diálogo entre los componentes geográficos de Vigilancia, Espacio Vivienda y ACCVSyE para la generación y análisis de información geográfica sobre los eventos de interés en salud pública y la respuesta institucional del Covid19 a nivel local, en donde cada uno tiene alcances específicos. Dichos alcances serán definidos conforme a lo planteado por el nivel central de la SDS y concertados a nivel local por medio de la realización de una reunión ejecutiva semanal de reconocimiento de la información geográfica recopilada y analizada por el componente geográfico de Vivienda, Vigilancia y ACCVSyE. El siguiente gráfico explica la articulación y la evidencia de la misma



### 3.4. Actividad 2. Gestión de la información

#### 3.4.1. Descripción

Esta actividad tiene como objetivo que el sistema de información cumpla con calidad y oportunidad en todos los niveles de acción como insumo para el seguimiento, monitoreo y evaluación así como para la toma de decisiones en beneficio de la población sujeto de intervención. Cada subred debe contar con un equipo con las siguientes funciones:

#### Gestión de la información:

- Liderar al equipo planeando y asesorando los procesos y actividades relacionados con la gestión de la información, según lineamientos Distritales.
- Validar y pilotear aplicativos informáticos dispuestos para el Programa Salud Urbana por la SDS; así como garantizar el correcto funcionamiento de las soluciones de hardware/software en la Subred
- Asegurar la calidad e integridad de la información, por medio de procesos de control de calidad de los datos de manera periódica, comparando los contenidos de las fichas de la información digitadas con la productividad; y verificar errores de estructura y calidad utilizando los script o consultas de validación dispuestos por la SDS, y documentar e informar hallazgos a nivel Local y Distrital.
- Realizar y/o participar en el desarrollo de procesos de fortalecimiento de competencias de talento humano, impartidos por la Subred y la Secretaria Distrital de Salud. Así mismo, asegurar la divulgación de dichos conocimientos a los profesionales, técnicos y digitadores sobre el uso correcto y eficiente de las aplicaciones para el registro de información.
- Evaluar al personal del equipo, asegurando que todos hayan adquirido la capacidad y la competencia técnica requerida para llevar a cabo los procesos informáticos.

- Construir procesos de cruce de bases de datos del Programa Salud Urbana con las demás bases de la Subred (RIPS, Sivigila, geocodificador, etc.), para apoyar el análisis de calidad de vida salud y enfermedad.
- Consolidar los productos de bases de datos y hacer entrega oficial a nivel central, según los tiempos preestablecidos, teniendo en cuenta el número de registros mínimos a entregar según lo pactado en la factura y plan programático y presupuestal mensual.
- Entregar las bases de datos a nivel Local y Distrital cuando sean requeridas, con previa verificación.
- Establecer mecanismos de respaldo a la información en medio magnético (backup), teniendo en cuenta la normatividad vigente de la protección de datos de “Persona” (Hábeas data).
- Participar de manera periódica a reuniones programadas por la Secretaria Distrital de Salud, correspondientes a temas de seguimiento, asistencia técnica y retroalimentación.

Implementación del sistema de información:

- Realizar digitación e ingreso al aplicativo los datos de las fichas de recolección de información y las demás que se requieran, verificando la coherencia de los datos con los profesionales responsables del diligenciamiento de las mismas.
- Revisar toda la información registrada en las bases de datos por proceso con el fin verificar la cantidad, calidad y consistencia de los datos, e informar los hallazgos, y así establecer las medidas correctivas y planes de mejoramiento a los que haya lugar.
- Suministrar las bases de datos de las cohortes, cuando se requiera, con previa verificación para la entrega.
- Realizar depuración a las bases de datos y cruce, en pro de estandarizar los registros de dirección de acuerdo a lo establecido en los manuales de nomenclatura, garantizando los datos de análisis espacial.
- Realizar el cargue del cumplimiento de controles de crecimiento y desarrollo de los niños del programa Mas Familias en Acción, de acuerdo al periodo de verificación en el aplicativo SIFA.

Recursos físicos para operar el sistema de información: Con el fin de garantizar la captación y procesamiento oportuno de la información administrada por los equipos locales, cada Subred debe garantizar la infraestructura tecnológica necesaria; esto implica que cada uno de los perfiles contratados cuente con un equipo de cómputo individual conectado ininterrumpidamente a internet y cumplir con los siguientes requerimientos mínimos:

**Tabla 2. Requisitos mínimos de los equipos de cómputo para operar el sistema de información del Programa Salud Urbana.**

• HARDWARE	
Modelo	Marca definida por Unidad de Servicios de Salud
Procesador	Intel I7 (5Ta generación) o superior
	AMD A6 - 4400M o superior
Velocidad	2.50 GHz - 3.00 GHz o superior
Memoria RAM	8GB RAM, DDR3 o superior
Disco Duro	500 GB o superior
Tarjeta de Red	Tarjeta de red Ethernet 10/100/1000 Mbps Base T, RJ 45 +Inalámbrica 802.11 b/g/n Wireless LAN
	Debe incluir tarjeta Wake on LAN
Unidad CD	Combo DVD ROM/CD-RW

• HARDWARE	
Periféricos	Mouse óptico Usb de 2 botones y scroll
	Teclado
	Puertos; Paralelo - Serial – USB
	Monitor 23.8"
	Tarjetas: Video - Red (integrado / físico)
SOFTWARE	
Sistema Operativo	Windows 8 o superior
Ofimática	MS Office 2010 licenciado, para el componente geográfico se requiere equipos de las mismas especificaciones más software para mapeo de ARCGIS PRO Y/O QGIS
Explorador Internet	Internet Explorer Versión 9 o superior Mozilla Firefox o Google Chrome
RED	
Conexión LAN	2 Megas Bytes en canal dedicado para las aplicaciones WEB del componente

### 3.4.2. Detalle de la actividad

SUBACTIVIDADES	FRECUENCIA	PERIODICIDAD	PERFIL DEL TALENTO HUMANO	SOPORTES DE INTERVENTORIA
Verificación, validación y depuración de base por cada usuario.	Una vez por persona	Mensual	Técnico (Digitador bachiller) 3	Base de recuperación de direcciones y datos de contacto de usuarios a seguir.
Análisis para la georreferenciación	Una vez por persona	Mensual	Profesional universitario (operativo) <sup>3</sup> 2	Mapa de georreferenciación por conglomerados en zonas priorizadas y usuarios de acuerdo a prioridad asignada para seguimiento.  Mapas de abordaje zonas de cuidado especial por transmisión y severidad.  Mapas resultado de las intervenciones de acuerdo a solicitud de SDS.
Gestión del plan operativo de los gestores de riesgo	Una vez por gestor	Mensual	Profesional universitario (operativo) <sup>4</sup> 2	Actas de seguimiento telefonico por usuario enviados a urgencias o canalizados por COVID-19 en la cual se evidencie:

<sup>3</sup> Geógrafo o Ingeniero Catastral

<sup>4</sup> Profesional de Enfermería con conocimiento básico en ofimática-Enfermera Operativa.

SUBACTIVIDADES	FRECUENCIA	PERIODICIDAD	PERFIL DEL TALENTO HUMANO	SOPORTES DE INTERVENTORIA
				<p>Confirmar la asistencia a la consulta médica urgente e interrogar acerca de mejoría, órdenes de exámenes de laboratorio, medicamentos y remisiones a especialidades entregadas.</p> <p>Verificar que el usuario haya reclamado los medicamentos y tenga clara la fecha de toma de laboratorios y condiciones necesarias para los exámenes si fueron ordenados y garantizar la citas de PyD que el usuario necesita una vez solucionada su urgencia.</p> <p>Realizar encuestas de efectividad de las acciones realizadas en el marco de la pandemia por covid-19, diligenciadas en la herramienta definida y meta concertada por SDS.</p>
Seguimiento a las alertas de riesgo (Contacto inicial para la asignación de citas y seguimiento a través de llamadas telefónicas).	Por Persona	Mensual	Técnico (Digitador bachiller) 3	Base de asignación de citas y seguimiento telefónico a la inasistencia, si hay agenda.
Monitoreo del Riesgo en Salud	Por Persona	Mensual	Profesional universitario (operativo) <sup>5</sup> 2	<p>Soporte de las actividades de gestión de citas de PyD y especialistas, de acuerdo a la agenda dispuesta por la subred y medidas tomadas por contingencia.</p> <p>Actas de seguimiento y articulación con cohortes, para entrega de casos con barreras y necesidad de asignación.</p> <p>Envío de informe del proceso de agendamiento al director de área ambulatorio</p>

<sup>5</sup> Profesional de Enfermería con conocimiento básico en ofimática-Enfermera PIC-PB.



SUBACTIVIDADES	FRECUENCIA	PERIODICIDAD	PERFIL DEL TALENTO HUMANO	SOPORTES DE INTERVENTORIA
				<p>cada 8 días con el fin de dar a conocer el avance y efectividad con la articulación con el espacio vivienda., con copia a SDS.</p> <p>Seguimiento a los resultados de canalizaciones a Capital Salud en las zonas de cuidado espacial. Trabajo articulado con lider canalizaciones del espacio.</p>
Gestión de la Información	Por persona	Mensual	Tecnólogo (administrativo, financiero, sistemas, programación, bases de datos, salud ocupacional) <sup>6</sup>	<p>Bases con calidad. Para ello, el concepto técnico emitido por SDS, para dar cumplimiento a los porcentajes de satisfacción por base de datos de acuerdo a lo pactado en la Factura y en la Malla Programática</p> <p>Tablero de Control de resultado a la implementación del componente, actualizado diariamente (día vencido) de acuerdo a requerimientos de SDS.</p> <p>Cruce Bases Prosperidad Social:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Base Pontenciales Programa mas familias.</li> <li>2. Base SIFA Programa mas familias en acción de acuerdo al periodo de verificación notificado por DPS.</li> <li>3. Base de no cumplimientos en salud, para seguimiento por los gestores de riesgo y realimentación mensual, de acuerdo a envío por DPS.</li> </ol>

<sup>6</sup> Tecnólogo en sistemas o estudiante universitario con más de 7 semestres con experiencia en programación, manejo de bases en Access y experiencia en el componente de Gestión de Riesgo.

### 3.5. Forma de facturación del producto

Por Cumplimiento plan de acción

## 4. PRODUCTO 2. Gestión de Riesgos identificados por persona

### 4.1. Descripción

Comprende la identificación oportuna de los riesgos de la población lo que permite la toma de decisiones o de planteamientos estratégicos que impacten en la disminución de las complicaciones del estado de salud y disminuyan las barreras de acceso.

El 30 de enero de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el brote COVID 19 como una emergencia de Salud Pública de importancia internacional y el 11 de marzo del mismo año, esa organización elevó a categoría de pandemia global el virus.

El virus infecta a personas de todas las edades. Sin embargo, la evidencia sugiere que hay dos grupos de personas en mayor riesgo de presentar una enfermedad severa por COVID-19: las personas mayores de 60 años y las personas que presentan condiciones crónicas de salud (enfermedades crónicas del corazón, diabetes, enfermedades respiratorias crónicas o cáncer).<sup>7</sup>

Se evidencia que la edad avanzada y las posibles comorbilidades se asocian con un mayor riesgo, como se ha observado en las infecciones respiratorias virales, como la gripe, y que también se ha visto en los otros brotes por coronavirus.

Las personas con enfermedades crónicas como hipertensión arterial, obesidad, diabetes o patologías cardiovasculares regularmente presentan un sistema inmune comprometido lo que los hace susceptibles de desarrollar complicaciones pulmonares como las enfermedades respiratorias graves (neumonía grave); estas pueden llegar hasta provocar una cardiopatía llevando a una insuficiencia cardíaca, o agravar una enfermedad coronaria, que podrían desencadenar en complicaciones o aumentar la tasa de mortalidad por estas causas.

### 4.2. Métodos y Tecnologías para el desarrollo del producto

Población sujeto de intervención	Dimensión prioritaria (PDSP)	Tecnologías promoción de la salud y gestión integral del riesgo	Procesos de gestión de la salud pública
Personas en todos sus momentos de vida y familias.	1. Salud Ambiental. 2. Convivencia Social y Salud Mental 3. Seguridad Alimentaria y Nutricional.	1. Caracterización Social y Ambiental. 2. Información en salud. 3. Tamizajes 4. Canalización 5. Jornadas de Salud	1. Desarrollo de capacidades. 2. Gestión de las intervenciones colectivas. 3. Gestión del aseguramiento

<sup>7</sup> Documento Asociación Colombiana de Gerontología y Geriátría, para manejo de las personas mayores de 60 años y más

	5. Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles 6. Vida Saludable y Condiciones Transmisibles.		4. Gestión de la prestación de servicios individuales.
--	--	--	--

### 4.3. Actividad 1. Priorización de riesgo en salud

#### 4.3.1. Descripción Actividades Rutinarias

1. Contacto a través de llamada telefónica: El gestor realizará un contacto a través de llamada telefónica de acuerdo a los usuarios asignados por cronograma diario. Realizará el seguimiento al usuario y personas que se encuentran en la vivienda en el momento de la llamada.

El gestor realizará las llamadas diarias de acuerdo con el cronograma y notificará diariamente a la enfermera operativa por medio de un informe, reportando las realizadas.

1. **Seguimiento efectivo (E)**<sup>8</sup>, aquella donde se pudo identificar la persona y se le aplicó el instrumento de identificación de alertas.
  2. **Visita fallida (F)**, domicilio donde no se puede obtener información (no se pudo tener contacto con una persona que pueda proporcionar los datos)
  3. **Ausente (A)**: vivienda en la cual se ha realizado la entrevista corta a una persona mayor de edad y se ha verificado que el usuario no se encuentra en la vivienda. Pero se realiza la aplicación del instrumento a los usuarios de la vivienda.
2. Realización del seguimiento:
  - El gestor deberá identificarse como trabajador de la Subred e indicar nombre completo ante el usuario y su familia.
  - Comunicación del objetivo del seguimiento: El gestor explicará al usuario y la familia que la visita tiene como fin:
    1. Realizar seguimiento para identificación de factores de riesgo y afrontamiento de la emergencia COVID 19.
    2. Realizar recomendaciones en salud de buenas prácticas y comportamientos de vida saludables con el fin de contribuir a la disminución de factores de riesgo en salud modificables en las personas con condiciones crónicas.
    3. Realizar proceso de canalización de las personas en seguimiento incluidas en la cohorte de crónicos y que requieren acceso a servicios para detección temprana o procesos de diagnóstico.
  - Aplicar el instrumento de Identificación de necesidades en Protección Específica y Detección Temprana PyD y evaluación del riesgo, para la identificación de alertas, Seguimiento COVID-19 al usuario y a la familia y formatos específicos de acuerdo a la cohorte entregados por SDS.

*Nota:* La distribución de los gestores de Riesgo se realizará por cohorte y de acuerdo a las precisiones del abordaje.

*Tabla 1. Precisiones para el abordaje de usuarios por los Gestores de Riesgo.*

COHORTE	CRITERIO DE INGRESO A LA COHORTE	PERIODICIDAD DEL SEGUIMIENTO TELEFONICO
<b>Promoción y Mantenimiento de la Salud</b>	Usuarios inasistentes a la Ruta de Promoción y Mantenimiento, excluidos los usuarios que se encuentran en seguimiento por las cohortes.	Un (1) seguimiento telefónico mensual.
<b>Crónicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personas con condiciones crónicas con riesgo bajo mayor de 60 años</li> <li>• Personas con riesgo bajo que hayan presentado egresos de hospitalización y urgencias en los último mes</li> <li>• Personas con findrisk mayor 12 Puntos y OMS alto y muy alto</li> </ul>	Un (1) seguimiento telefónico mensual.
<b>Salud Sexual y Reproductiva</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Población LGTBI: Seguimientos serán realizados a los usuarios que están dentro de las bases de atención del sistema SISCO</li> </ul>	Un (1) seguimiento telefónico mensual. (Ver lineamiento LGTBI)

**Los seguimientos telefónicos tendrán una duración de 45 minutos (Llamada y diligenciamiento de formatos).**

#### **4.3.2. Descripción Actividades Zonas de Cuidado Especial**

El equipo se dispondrá para el desarrollo de caracterización en el contexto familiar, una observación dirigida para la identificación de puntos críticos poblacionales, ambientales y sociales; para ello, aplicará el instrumento de caracterización definido, que permite la identificación de:

- Identificación de susceptibles para COVID-19, así como otras condiciones de riesgo para la salud, a través de la estrategia de muestreo 30/7 donde por cada conglomerado territorial se seleccionan aleatoriamente 30 manzanas, y al interior de cada manzana se seleccionan 7 familias.
- Reconocimiento de Unidades de Trabajo Informal, establecimientos a puerta cerrada, puntos comerciales y poblacionales de aglomeración, para la verificación de las medidas de bioseguridad adoptadas por los propietarios, así como las medidas de protección personal de la población general; así como de niños, niñas y adolescentes en trabajo infantil, para su respectiva desvinculación.
- Casos emergentes reportados por presentar alteraciones en salud, los cuales pueden ser identificados a través de actores intersectoriales, líderes comunitarios o profesionales, que serán direccionados acorde a la condición de riesgo observada.

## ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Antes de dar inicio al abordaje de la zona de cuidado especial, se generará un espacio de sensibilización con el equipo de trabajo que estará la zona, frente al uso adecuado y racional de elementos de protección personal y medidas de bioseguridad a tener en cuenta en la jornada. Para ello, se sugiere hacer uso de los videos relacionados con Lavado de manos, Uso de tapabocas y Uso del gel antibacterial, que se encuentran en el siguiente link: <http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/Covid-19-videos.aspx>

Se recalca que teniendo en cuenta las condiciones de alerta por coronavirus en la ciudad, el equipo interdisciplinario deberá contar con todos insumos y elementos de protección personal-EPP; Para el desarrollo de la caracterización en el contexto familiar los equipos requeridos para salvaguardar su seguridad y la de las personas abordadas:

- Acceso a agua, jabón, toallas desechables
- Desinfectante para manos a base de alcohol con concentración entre 60 a 95%
- Alcohol en spray (70%)
- Protección ocular o facial como monogafa o visor
- Mascarilla quirúrgica convencional.
- Importante y recomendable el uso de uniforme impermeable.

**La caracterización y el empoderamiento en cada familia de las zonas de cuidado especial una duración de 30 minutos.**

### 4.4. Actividad 2. Monitoreo del riesgo en salud

#### 4.4.1. Descripción Acciones Rutinarias

La enfermera articulación Plan Básico de Salud (PBS)-Plan de Intervenciones colectivas (PIC) es la encargada de la supervisión del equipo de asignación de citas según resolución 3280 del 2018 y productividad, realizando actas de seguimiento a las base de agendamiento mensual.

Así mismo se encargará de realizar articulación con los líderes de los centros de salud con en fin de solicitar apertura de agendas para PyD y resoluciones exclusivas para el programa, lo que garantiza el agendamiento efectivo y permite aumento de la productividad y de realizar la articulación con los líderes de la cohortes con el fin de hacer seguimiento a los usuarios no adherentes con riesgo, que permitan realizar el agendamiento oportuno de los controles.

En conjunto con el líder de call center, la enfermera articulación Plan Básico de Salud (PBS)-Plan de Intervenciones colectivas (PIC) realiza articulación para la asignación de citas de especialistas a los usuarios de cohortes que presentan barreras de acceso para la asignación de estas, lo que impide dar continuidad a sus tratamientos en salud, todas las anteriores en caso que la subred lo tenga dispuesto, de acuerdo a la contingencia COVID.

#### 4.4.2. Descripción Acciones Zonas de Cuidado Especial

Posterior al despliegue de las acciones de respuesta y derivación a las diferentes rutas sectoriales e intersectoriales, acorde a las necesidades identificadas en la comunidad, el equipo del Plan de

Intervenciones Colectivas y Gestión de la Salud Pública, deberán realizar seguimiento hasta garantizar la respuesta efectiva en los siguientes aspectos principalmente:

- Susceptibles de Covid\_19, abordados por equipo AMED o equipo de toma de muestra de la subred, donde se verificará atención individual, toma de muestras, resultado y seguimiento.
- Casos especiales de condiciones crónicas, gestantes, puérperas, menores de 5 años y necesidades en salud mental, con respuesta efectiva a partir de la canalización, la cual es verificada con referente de canalizaciones del espacio.
- Respuesta efectiva a la activación intersectorial, consolidada por gobernanza.

**VER ANEXO ACCIONES PARA EL ABORDAJE A ZONAS DE CUIDADO ESPECIAL EN EL MARCO DE LA PANDEMIA POR LA COVID 19.**

Nota: Es importante aclarar que debido a la emergencia por COVID-19, se puede presentar ajustes y líneas técnicas durante la operación del componente por esta razón esta pendiente la entrega oficial de la propuesta de abordaje para condiciones crónicas por priorización de cuadrantes por severidad que tienen como objetivo Realizar acciones articuladas entre el plan de acciones colectivas y plan de beneficios en salud (EAPB) con el fin de generar estrategias de mitigación en el marco de la pandemia por COVID-19 en personas identificadas en doce cuadrantes de Bogotá protegiendo a los grupos de mayor riesgo por severidad (colectivos con enfermedades previas, vulnerabilidad o de mayor edad).

**4.5.2 Detalle de la actividad**

SUBACTIVIDADES	FRECUENCIA	PERIODICIDAD	PERFIL DEL TALENTO HUMANO	SOPORTES PARA LA INTERVENTORÍA
Aplicar el instrumento de Identificación de necesidades de atención en Ruta de Promoción y mantenimiento o rutas de grupo de riesgo.	Una vez por persona	N/A	Técnico 1 (técnico áreas salud, ambientales y salud ocupacional) <sup>9</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instrumento de Identificación de necesidades de atención en Ruta de Promoción y mantenimiento o rutas de grupo de riesgo.</li> <li>• Ficha caracterización para el abordaje de zonas de cuidado especial</li> <li>• Bases dispuestas por SDS para cada cohorte.</li> </ul>

<sup>9</sup> Técnico Auxiliar de Enfermería o en salud pública, con experiencia en trabajo extramural o comunitario y reconocimiento del mismo.

#### 4.5. Indicadores de resultado del producto

NOMBRE	Personas que logran acceder a programas efectivamente y acciones de protección específica y detección temprana (El cálculo del indicador se debe realizar por cada programa y acción)
OBJETIVO	Evaluar la accesibilidad a programas de protección específica y detección temprana
TIPO	Proporción (%). Seguimiento
NUMERADOR	Total de personas sin asistencia a programas y acciones de PyD que por seguimiento ingresan
DENOMINADOR	Total de personas sin asistencia a programas y acciones de PyD
PERIODICIDAD	Mensual
FUENTE DE DATOS	Base de Datos de identificación de necesidades PyD y seguimiento

#### 4.6. Forma de facturación del producto

Por Cumplimiento plan de acción

### PRODUCTO 3. Seguimiento Familiar para la Gestión Integral del Riesgo.

#### 4.7. Descripción

El seguimiento se realizará en dos líneas de acción, la primera seguimiento de control cohortes gestión de riesgo a través de seguimientos telefónicos a todos los usuarios con alertas de riesgo identificadas de acuerdo a cada cohorte y/o inhaderentes a los programas de su patología con el objetivo de actualizar alertas de riesgo y reforzar actividades de demanda inducida y educativas. La segunda línea de acción incluye el seguimiento a cohortes específicas de eventos de interés en salud pública, donde se adelanta la gestión del riesgo para la salud familiar, a partir de la identificación inicial de riesgos, la derivación a rutas de atención acorde a necesidad, orientación, información, educación y monitoreo para la mitigación de condiciones de riesgo en las familias.

#### 4.8. Métodos y Tecnologías para el desarrollo del producto

Población sujeto de intervención	Dimensión prioritaria (PDSP)	Tecnologías promoción de la salud y gestión integral del riesgo	Procesos de gestión de la salud pública
Personas en todos sus cursos de vida y familias.	1. Salud Ambiental. 2. Convivencia Social y Salud Mental 3. Seguridad Alimentaria y Nutricional. 5. Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles	1. Educación para la Salud 2. Tamizajes 4. Canalización	1. Desarrollo de capacidades. 2. Gestión de las intervenciones colectivas. 3. Gestión del aseguramiento 4. Gestión de la prestación de servicios individuales.

	6. Vida Saludable y Condiciones Transmisibles. no	
--	---	--

## LÍNEA DE ACCIÓN 1. Cohortes Gestión de Riesgo.

### 4.9. Actividad 1. Seguimiento de control.

#### 4.9.1. Descripción

El seguimiento se realizará a través de seguimientos telefónicos consiste en un plan de seguimiento a las cohortes priorizadas activas, según asignación: Identificación temprana de cáncer de cuello uterino y mama, cohorte de atención integral de la primera infancia y viviendas con factores de riesgo ambiental, usuarios con alertas de riesgo en Salud Mental, Gestantes de Alto riesgo obstétrico y Crónicos con el objetivo de actualizar alertas de riesgo y reforzar actividades de demanda inducida y educativas; para así optimizar el impacto en salud que tiene la intervención temprana de la población en riesgo, dicho esto y en virtud de la emergencia sanitaria generada por la Pandemia del coronavirus COVID-19, se realizaran seguimientos telefónicos para verificar en los usuarios el estado de salud, asistencia a programas, barreras de acceso, verificación de la historia clínica en caso que se requiera para confirmar el cumplimiento a la asistencia al servicio médico e información en medidas de prevención en la vivienda (Ver ficha técnica “Contenidos de información y educación en para el cuidado de la salud, condiciones ambientales y salud mental relacionados con la pandemia Covid-19”).

Los seguimientos tendrán una duración de 1 Hora (Llamada, diligenciamiento de formatos y/o revisión de Historia Clínica).

Tabla 3. Precisiones para el abordaje de cohortes desde el componente Gestores de Riesgo.

COHORTE	DESCRIPCION	CRITERIO DE INGRESO A LA COHORTE	PERIODICIDAD DEL SEGUIMIENTO TELEFONICO
Crónicos	Comprende el seguimiento para articular acciones de gestión de riesgo colectivo e individual que permita disminuir las complicaciones por condiciones crónicas transmisibles priorizadas a través de la adherencia a los controles y tratamientos de dichas patologías.	Personas con condiciones crónicas con clasificación alta, muy alta y moderada en base de datos con alguno de los siguientes criterios.  <b>Hipertensión arterial:</b> - Personas sin atención medica en el último trimestre. -Personas con tensión arterial sistólica $\geq 170$ .	Seguimiento telefónico mensual



COHORTE	DESCRIPCION	CRITERIO DE INGRESO A LA COHORTE	PERIODICIDAD DEL SEGUIMIENTO TELEFONICO
	<p>Según la OMS, son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta (HTA, diabetes y EPOC).</p>	<p>-Personas con enfermedad Renal crónica.                      -personas con tensión arterial sistólica <math>\geq 140</math> + obesidad                      -Personas con DM+ con diagnóstico de hipertensión que tengan tensión arterial <math>&gt;140</math> y hemoglobina <math>&gt; 7</math> y obesidad                      -Personas con egresos de servicios de hospitalización y urgencias en los últimos tres meses.</p> <p><b>Diabetes:</b>                      -Personas sin atención medica en el último trimestre.                      -Hemoglobina Glicosilada <math>&gt; 7.0</math>                      -Personas con obesidad tipo II o III                      -Personas con egresos de servicios de hospitalización y urgencias en los últimos tres meses</p> <p><b>EPOC:</b>                      -Personas sin atención medica en el último trimestre.                      -Personas con egresos de servicios de hospitalización y urgencias en los últimos tres meses.</p> <p>Nota: El comportamiento de la epidemia de COVID-19, junto con la complejidad territorial de Bogotá D.C., exige focalizar territorios a una escala más pequeña que las Unidades de Planeamiento Zonal - UPZ. Para ello, se establecerán zonas donde a partir de un ejercicio de georreferenciación, se ubicaron los casos</p>	

COHORTE	DESCRIPCION	CRITERIO DE INGRESO A LA COHORTE	PERIODICIDAD DEL SEGUIMIENTO TELEFONICO
		<p>confirmados de COVID-19 y personas que han tenido contacto con las mismas con el fin de generar estrategias de abordaje por severidad esto mediante línea técnica de la Secretaria Distrital de Salud .</p>	
<p><b>Atención integral de la primera infancia</b></p>	<p>Comprende el seguimiento a las atenciones que reciben niñas y niños entre los 0 y los 5 años para alcanzar un desarrollo integral, con el fin de realizar la detección temprana de alteraciones.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Niños y Niñas &lt; de 5 años inasistentes a consulta de crecimiento y desarrollo de acuerdo con la frecuencia de uso para la edad. (Inasistentes: sin asistencia al último control o no asistente a ninguno).</li> </ul>	<p>Seguimiento telefónico mensual</p> <p>Menor de 3 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vacunación</li> <li>Lactancia Materna</li> <li>Signos de alarma</li> </ul> <p>3 a 6 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vacunación</li> <li>Lactancia Materna</li> <li>Signos de alarma</li> <li>Problemas de alimentación</li> </ul> <p>6 a 24 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vacunación</li> <li>Lactancia Materna</li> <li>Alimentación complementaria</li> <li>Antecedentes de enfermedades en los dos últimos meses</li> <li>Signos de alarma</li> <li>Prevención de accidentes en el hogar</li> </ul> <p>24 a 60 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vacunación</li> <li>Alimentación saludable</li> <li>Enfermedades prevalentes de la infancia</li> <li>Antecedentes de enfermedades en los dos últimos meses que hayan requerido hospitalización</li> <li>Signos de alarma</li> <li>Prevención de accidentes en el hogar</li> </ul> <p>En caso de requerirse profundización en algunos de los temas estamos atentos a brindar asistencia técnica de manera virtual. De igual forma es importante analizar la profundización</p>

COHORTE	DESCRIPCION	CRITERIO DE INGRESO A LA COHORTE	PERIODICIDAD DEL SEGUIMIENTO TELEFONICO
			en temas como bajo peso, prematurez o defectos congénitos por si los niños presentan alguna de estas condiciones de riesgo.
<b>Vivienda con factores de riesgo ambiental.</b>	Fortalecer prácticas ambientales y sanitarias para disminuir riesgo identificados en las viviendas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Viviendas que cumplen de manera simultánea con dos criterios de riesgo alto y/o medio en la identificación de alertas realizada por el gestor del riesgo.</li> </ul>	<p>Seguimiento telefónico mensual a la cohorte de riesgos ambientales enfatizando en los siguientes mensajes de salud ambiental relacionados con la Pandemia COVID-19</p> <p>En el caso que en la misma vivienda se encuentren dos o mas usuarios intervenidos, la sesión por ingeniero ambiental se facturara por vivienda.</p>
<b>Gestantes</b>	<p>El embarazo de alto riesgo es aquel en el cual la madre, el feto y/o el recién nacido tienen una mayor probabilidad de enfermar, morir o presentar daños permanentes antes y/o después del parto.</p> <p>Su propósito es contribuir a disminuir la morbimortalidad de las madres y recién nacidos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mujeres sin intención reproductiva con probabilidad de estar en gestación.</li> <li>Mujeres gestantes con o sin consulta para el cuidado prenatal</li> <li>Mujeres en puerperio con o sin control post-parto.</li> <li>Recién nacidos sin control de recién nacido. (hasta 28 días)</li> </ul>	Seguimiento telefónico quincenal.
<b>Salud Mental</b>	Alteración de tipo emocional, cognitivo y/o comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje y el lenguaje y crea alguna forma de malestar	<ul style="list-style-type: none"> <li>Usuarios con diagnostico CIE10 F-Trastornos Mentales y Z-Problemas y otras situaciones psicosociales remitidos a Psiquiatría.</li> <li>y/o Usuarios con tamizaje SRQ o RQC positivo.</li> <li>Usuarios remitidos por los otros profesionales los cuales presenten pensamientos irracionales,</li> </ul>	<p>Un seguimiento telefónico quincenal a los usuarios activos en la cohorte de salud mental.</p> <p>Tener en cuenta las siguientes orientaciones:</p> <p>-Indagar acerca de la continuidad del tratamiento en salud mental (recordar que la línea 123 sigue estando disponible para emergencias en caso de requerirse)</p> <p>-Brindar psicoeducación según el diagnóstico y motivar a la familia para que continúe realizando el acompañamiento necesario para la toma de medicamentos, terapias, establecimiento de rutinas, etc.</p>

COHORTE	DESCRIPCION	CRITERIO DE INGRESO A LA COHORTE	PERIODICIDAD DEL SEGUIMIENTO TELEFONICO
	<p>subjetivo en el individuo.</p>	<p>emociones negativas: irritabilidad, ansiedad, aplanamiento emocional, cambios comportamentales, alteraciones en el sueño, riesgos de violencia intrafamiliar, maltrato infantil, violencia sexual o conducta suicida.</p>	<p>-Establecer acuerdos al interior de la familia para distribuir las cargas del cuidado de personas dependientes o semi dependientes.</p> <p>-Indagar por el estado emocional de los usuarios y si se ha visto afectado por el aislamiento preventivo.</p> <p>-Brindar orientaciones para fortalecer la comunicación al interior de la familia, la expresión de sentimientos y emociones para minimizar fatiga y estrés. El aislamiento no debe significar distanciamiento emocional, en ese sentido se puede recomendar el uso de las TIC para mantener contacto con los demás seres queridos que no habiten en la misma vivienda.</p> <p>-Mantener hábitos de vida saludables como alimentación sana y actividad física que aportan a la salud mental.</p> <p>-Establecer rutinas diarias que incluyan actividades que mantengan la mente activa (hobbies o pasa tiempos), que aporta a disminuir la carga emocional.</p>

**A tener en cuenta:** Los usuarios con eventos de interés en salud pública abordados por el componente, deberán ser canalizados al componente de Gestión del Riesgo para la Salud Familiar en matriz dispuesta y manejada por referente de canalizaciones del espacio.

#### INFORMACIÓN PARA SEGUIMIENTO TELEFÓNICO A GESTANTES IDENTIFICADAS:

Teniendo en cuenta que las mujeres gestantes, son consideradas una *“población de especial protección por el estado y que existen condiciones fisioadaptativas que la diferencian de la población general y que pueden incidir en errores diagnósticos y por ende terapéuticos...”*<sup>10</sup>, así como el reconocimiento de la importancia en continuar efectuando los seguimientos y acompañamientos a la gestante a través de los equipos operativos del Espacio Vivienda del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, a continuación se presenta orientaciones técnicas de continuidad y sostenibilidad de dicho proceso.

<sup>10</sup> Lineamientos provisionales para la atención en salud de las gestantes, recién nacidos y para la lactancia materna, en el contexto de la pandemia de COVID-19 en Colombia. GESTIÓN DE LAS INTERVENCIONES INDIVIDUALES Y COLECTIVAS PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD. Ministerio de Salud y Protección Social. Marzo 2020.

A través del seguimiento telefónico con la periodicidad contenida en los lineamientos generales del Espacio Vivienda:

1. Suministre información sobre las medidas que deben adoptar las mujeres embarazadas para prevenir la infección por COVID-19 y que son las mismas que debe adoptar el resto de la población, incluida la familia de la gestante. Estas incluyen:
  - Cubrirse la boca al toser (y hacerlo en la sangradura del codo).
  - Evitar entrar en contacto con gente enferma.
  - Mantenerse alejadas de personas que presentan síntomas.
  - Lavarse habitualmente las manos con agua y jabón o con un desinfectante de manos con alcohol.
  - Eludir las reuniones concurridas.
  - Recibir las vacunas durante el embarazo con el fin de aportar seguridad y protección frente a infecciones respiratorias que podrían dar mayores complicaciones frente a la infección por COVID-19
  
2. Se deberá suministrar a la gestante y su familia, información relevante sobre signos de alarma, tanto los propios de la condición de gestante, como los relacionados con COVID-19 tales como:

SIGNOS DE ALARMA GENERALES	SIGNOS DE ALARMA OBSTÉTRICOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fiebre (Mayor o igual a 38C)</li> <li>• Tos (Con o sin producción de esputo)</li> <li>• Dificultad para respirar (sensación de disnea o ahogo)</li> <li>• Fatiga o malestar general intensos</li> <li>• Náuseas o vómito persistente</li> <li>• Dolor al respirar</li> <li>• Hemoptisis</li> <li>• Incapacidad para tolerar la vía oral</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipertensión arterial</li> <li>• Cefalea</li> <li>• Trastornos visuales y auditivos</li> <li>• Epigastralgia</li> <li>• Edemas de manos y/o cara</li> <li>• Disminución marcada o ausencia de movimientos fetales</li> <li>• Actividad uterina</li> <li>• Hipomotilidad fetal</li> <li>• Sangrado genital</li> <li>• Amniorrea o leucorrea</li> <li>• Sintomatología urinaria</li> </ul>

3. Ante la presencia signos de alarma, oriente a la gestante sobre el quehacer y realice su canalización a los servicios de salud dispuestos por la EAPB para la atención presencial del caso que lo requiera, efectuando su reporte y posterior seguimiento hasta la respuesta efectiva en la IPS.

Es importante señalar, que, para la atención de las gestantes con bajo riesgo obstétrico, “Las EAPB deben implementar y garantizar con su red de prestadores de servicios de salud, la atención del cuidado prenatal, a través de las modalidad extramural – domiciliaria o telemedicina, incluyendo entrega de medicamentos de acuerdo con el riesgo detectado.” Y para la atención de gestantes de alto riesgo, “... durante la fase de mitigación se deberá dar continuidad a la atención prenatal, a mujeres con alto riesgo obstétrico y que, a criterio médico, de no adelantarse las atenciones pertinentes se corre el riesgo de complicaciones graves para la mujer y el feto. Durante este periodo las IPS deberán ajustar la modalidad de prestación para que las gestantes no estén expuestas directamente al virus”. De la misma manera, las “EPS e IPS deberán realizar adecuaciones en sus modelos de prestación para

*garantizar la interrupción voluntaria del embarazo, de acuerdo con la decisión informada de la mujer en las causales definidas en la Sentencia C355 de 2006."*

4. Suministre información sobre lo dispuesto para la atención del parto, puerperio y recién nacido, que en todos los casos "Durante la contingencia por COVID -19, (...) deben ser atendidos de acuerdo con lo establecido en la Ruta Integral de Atención en Salud Materno – Perinatal (Resolución 3280 de 2018), respetando los tiempos de egreso hospitalario establecidos para las mujeres y recién nacidos de bajo riesgo sin complicaciones en aras de observar y proteger la salud del neonato. Ante una emergencia funcional declarada, la IPS podrá flexibilizar el tiempo de egreso hospitalario mínimo a 24 horas para las madres y neonatos de bajo riesgo independiente de la vía del parto."
5. En el seguimiento a la mujer puérpera y al recién nacido, suministre nuevamente información sobre signos de alarma e indague sobre el estado de salud del binomio madre-hijo.
6. Ante la presencia de factores de riesgo o signos de alarma maternos o neonatales, esta consulta deberá ser presencial en la institución. En ningún caso deberá obviarse la asesoría y provisión anticonceptiva postevento obstétrico (bajo la decisión de la mujer) antes del alta, siguiendo los estándares de la Resolución 3280 de 2018.
7. En el seguimiento post parto con recién nacidos a término o nacidos con edad gestacional de 35 o más semanas, debe incluir información y educación en salud, recomendando mantener prácticas de amamantamiento, contacto piel a piel o método canguro, así como reforzar los mensajes para garantizar las siguientes medidas de prevención de riesgos de transmisión del virus COVID-19 por gotas o contacto en todo momento, tales como:
  - Aislamiento por 14 días de la madre y el recién nacido, manteniendo el alojamiento conjunto día y noche.
  - Información sobre los beneficios de la lactancia materna como importantes para el sistema inmunológico del bebé, por lo que debe iniciar la lactancia durante la primera hora de vida, así como la necesidad de mantener la lactancia materna a libre demanda, técnicas de amamantamiento y puntos clave de posición y buen agarre que favorezcan el mantenimiento de la lactancia materna y la prevención de problemas asociados a la misma.
  - El contacto piel con piel inmediatamente después del nacimiento que favorece el vínculo materno, así como mirar a los ojos del bebé y hablarle con ternura
  - Lavado de manos frecuente durante 40 a 60 segundos antes de tocar al niño o niña o extraerse la leche.
  - Usar permanentemente mascarilla quirúrgica estándar (cubriendo completamente nariz y boca).
  - Evitar hablar o toser especialmente durante el amamantamiento o extracción de la leche.
  - Mantener las medidas de desinfección rutinaria de las superficies con las que entre en contacto
8. Dentro de las recomendaciones generales para las madres y sus bebés, en el seguimiento telefónico se deberá incentivar:
  - Mantener actividad física y alimentación saludable (riesgo bajo peso u sobrepeso)
  - Observar e identificar la necesidad de acompañamiento para garantizar salud mental y el uso de líneas de atención, en caso de requerirlo.

**Nota:** Es importante aclarar que debido a la emergencia por COVID-19, se puede presentar ajustes y líneas técnicas durante la operación del componente y del abordaje a las cohortes haciendo énfasis en población referida desde el abordaje en zonas de cuidado especial.

Se precisa que en el desarrollo de este producto, al evidenciar la necesidad de abordaje presencial dadas las diferentes prioridades poblacionales o direccionamiento de SDS, se deberá realizar intervención en las viviendas correspondientes, garantizando que el talento humano a cargo cuente con todos los elementos de protección personal requeridos para el manejo de la prioridad y los indicados ante la alerta por Covid-19.

#### 5.4.1. Detalle de la actividad

SUBACTIVIDADES	FRECUENCIA	PERIODICIDAD	PERFIL DEL TALENTO HUMANO	SOPORTES PARA LA INTERVENTORÍA
Gestión para el cuidado integral	Por persona de acuerdo al evento priorizado.	Mensual	<p>Profesional universitario 2 (operativo)<sup>11</sup></p> <p>Técnico 2 (Técnico áreas administrativas, financieras, archivo, sistemas, programación, bases de datos)<sup>12</sup> y/o Tecnólogo (administrativo, financiero, sistemas, programación, bases de datos, salud ocupacional).</p>	<p>Formato de Seguimiento COVID-19</p> <p>Bases de seguimiento de las cohortes priorizadas con calidad de acuerdo a solicitud por SDS.</p> <p>Formato de canalización y activación de rutas integrales en salud e intersectoriales una vez se identifica el riesgo en salud el profesional deberá diligenciar el instrumento de recolección de información para canalización el cual se encontrará en el siguiente enlace <a href="http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/Su_gpaisp.aspx?RootFolder=%2FSu%5FGPAISP%2FCanalizaciones&amp;FolderCTID=0x012000C601DEFA537A8C4DB29D9A29FDEA1DF8&amp;View=%7BC9A778A3%2D3104%2D4373%2D8FCA%2D86B63B360BA0%7D">http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/Su_gpaisp.aspx?RootFolder=%2FSu%5FGPAISP%2FCanalizaciones&amp;FolderCTID=0x012000C601DEFA537A8C4DB29D9A29FDEA1DF8&amp;View=%7BC9A778A3%2D3104%2D4373%2D8FCA%2D86B63B360BA0%7D</a>, el cual una vez</p>

<sup>11</sup> Profesionales de acuerdo a las Cohortes con conocimiento básico en ofimática- Profesional en Ciencias Ambientales (Administrador Ambiental o Ingeniero Ambiental y/o sanitario), Profesionales de la salud Enfermera o Psicólogos.

<sup>12</sup> Técnico en sistemas con experiencia en manejo de bases en Excel

SUBACTIVIDADES	FRECUENCIA	PERIODICIDAD	PERFIL DEL TALENTO HUMANO	SOPORTES PARA LA INTERVENTORÍA
				diligenciado será enviado al referente de canalizaciones del espacio.

## LÍNEA DE ACCIÓN 2. Seguimiento a cohortes de Gestión del Riesgo para la Salud Familiar.

Esta acción se operativiza a través del Componente de Gestión del Riesgo para la Salud Familiar, donde se lleva a cabo el abordaje de diferentes núcleos familiares definidos acorde a las necesidades identificadas en el distrito, partiendo de los indicadores de morbi-mortalidad, las poblaciones prioritarias y los determinantes sociales en salud que deben ser abordados desde la gestión del riesgo y la promoción de la salud.

En el abordaje de estas familias se definen diferentes criterios de selección y priorización para la intervención de las poblaciones más vulnerables, con presencia de eventos de interés en salud pública y condiciones de vida que representan altos riesgos para la salud.

### 5.5. Actividad 1. Alistamiento para el seguimiento familiar.

#### 5.5.1. Descripción

Dada la alerta sanitaria decretada en la ciudad de Bogotá, por la introducción a Colombia del COVID 19, declarada Pandemia por la Organización Mundial de la Salud, desde el componente de Gestión del riesgo para la salud Familiar se adelantará seguimiento telefónico y/o virtual a las cohortes de mayor riesgo de afectación en la salud, las cuales se encuentran directamente relacionados con las prioridades de salud pública y la ocurrencia de eventos de interés, así como otros casos prioritarios y situaciones emergentes que serán notificadas por SDS. Y acorde al reporte des de nivel central, realizará el abordaje de las Zonas de Cuidado Especial de manera presencial (Ver Anexo. Abordaje en las Zonas de Cuidado Especial).

Los casos potenciales para el seguimiento se entregarán desde nivel central a través de una carpeta en línea compartida con todas las subredes. Cada una de las subredes contará con tecnólogo y técnicos en sistemas que una vez recibidos los casos a intervenir, deberán realizar la depuración, validación y cruce con otras fuentes de información dispuestas por la subred, con el fin de completar los datos de identificación y contacto de los usuarios, garantizando así los insumos necesarios para el seguimiento. De igual forma, se deberá cruzar con todas las bases de eventos de VSP recibidas, así como con las bases de familias abordadas a través de planes familiares, con el fin de identificar los casos donde en el abordaje que se ha realizado de manera presencial en meses previos o evitar duplicidades al presentarse notificación del mismo caso por diferentes eventos priorizados. (Estas bases, deberán incluir el 100% de los casos remitidos a la subred y deberá garantizarse la realimentación de los mismos, el mismo día de la intervención con criterios de calidad y completitud).

Así mismo, se deberán contemplar los casos que se reporten a la subred a través de una matriz en línea de comunicación interlocal, donde todas las subredes a través de los profesionales de apoyo a



la gestión operativa ingresarán aquellos casos que inicialmente por lugar de residencia corresponden a familias de sus localidades, pero que al verificar la ubicación de contacto se encuentra que el domicilio está ubicado en otra subred. Estos casos se deberán realimentar en la matriz de reporte interlocal en las siguientes 48 horas.

Una vez depuradas las bases de datos, se realiza la distribución de los casos a los profesionales correspondientes, los cuales serán organizados por los profesionales de apoyo a la gestión operativa, acorde a la pertinencia técnica según el criterio de priorización de la familia; de igual forma, se retomarán los casos de planes familiares que hasta el mes de marzo contaban con acciones concertadas en curso y donde aún se evidenciaban riesgos en salud, con el fin de dar continuidad al seguimiento familiar a través de los mecanismos virtuales o telefónico.

A continuación se detallan las cohortes priorizadas para el seguimiento telefónico y/o virtual, así como la periodicidad mínima de seguimiento, la cual se podrá incrementar acorde a la condición de riesgo identificada en la familia y alertas identificadas en los seguimientos:

	PRIORIDAD/EVENTO A ABORDAR	PERIODICIDAD DE LA INTERVENCION <sup>13</sup>
GESTANTES	Gestantes con ITS (Sífilis, VIH, HB) y casos de sífilis congénita.	Semanal para los casos de sífilis gestacional y congénita, hasta completar tratamiento de la gestante/Su pareja(s)/Bebé (Según corresponda). Posteriormente al siguiente trimestre garantizando el seguimiento del control serológico. Para los casos de VIH y HB 2 seguimientos mensuales.
	Gestantes MME (TEP, preclamsia severa, Sepsis y Hemorragias).	Semanal hasta 42 días post evento obstétrico (Según estrategia Ángeles Guardianes).
	Gestantes con Bajo Peso, Menores de 35 años con régimen de afiliación Subsidiado y Vinculado, (En caso de requerirse, desde SDS se informará el abordaje de gestantes con otros criterios).	2 seguimientos mensuales.
	Gestantes con sangrado gingival con presencia de cálculo o bolsa periodontal.	1 Seguimiento al mes.
INFANCIA	Morbilidad neonatal extrema en menores de 6 meses-Peso mayor a 2000gr (Sepsis y Asfixia).	2 seguimientos mensuales.
	Menores de un año con diagnóstico confirmado de Hipotiroidismo Congénito.	2 seguimientos mensuales. Verificar normalización del TSH y adherencia al tratamiento.
	Menores de un año con Cardiopatía de Manejo Quirúrgico Tardío.	2 seguimientos mensuales. Verificar manejo quirúrgico.
	Niños y niñas menores de 1 año que no hayan tenido seguimiento a las 72 horas siguientes a su egreso de salas ERA.	Seguimiento semanal.
	Niños y niñas menores de 1 año notificados al SIVIGILA por IRAG (Centinela), de régimen de afiliación subsidiado y no asegurado, al egreso de hospitalización.	
Niños y niñas menores de 1 año notificados al SIVIGILA por IRAG (Inusitado), de régimen de afiliación subsidiado y no asegurado, al egreso de hospitalización.		

<sup>13</sup> Se precisa que estas periodicidades son sugeridas y deberán ser definidas para cada familia según las particularidades de la misma; es decir, en caso de identificar un alto riesgo para la salud en alguno de los integrantes de la familia se podrá incrementar la periodicidad, y en el mismo sentido, al no identificar riesgos para la salud y reconocer apropiación de medidas de cuidado por parte de la familia en relación al evento/prioridad y alerta sanitaria por Covid19, se podrán ampliar periodicidades o finalizar el seguimiento por parte del componente. Por lo anterior, no se define número mínimo de seguimientos por familia.

	<p>Cohorte de Recién nacidos con Bajo Peso al Nacer priorizados: -Casos de bajo peso al nacer a término, que no fueron notificados al SIVIGILA. -Casos de bajo peso al nacer pretérmino. -Casos de recién nacidos de madres con edades extremas: Menores de 14 años, Menores de 19 años con dos o más gestaciones y Mayores de 35 años con tres o más gestaciones.</p>	Seguimiento semanal.
	Desnutrición Aguda Severa y Moderada-Cohorte distrital de casos notificados al SIVIGILA Evento 113.	Seguimiento semanal.
	Cáncer Infantil	2 seguimientos mensuales.
CONDICIONES CRÓNICIAS	<p>-Usuarios con barreras de acceso a los servicios de salud propios de la condición crónica. -Personas con diagnóstico de una condición crónica sin control en los últimos tres meses. -Personas con condición crónica diagnosticada que refiera no contar con valor de glucometría para personas con diagnóstico de diabetes o de tensión arterial para personas con hipertensión en los últimos tres meses. -Usuarios con diagnósticos de hipertensión con cifras de tensión arterial &gt; 140mmhg -Usuarios con diagnóstico de diabetes resultado de glucometría mayor a 170 mg/dl -Persona con diagnóstico de enfermedad crónica que no pertenezcan a una ruta de crónicos y que tengan cifras de tensión arterial &gt; 140mmhg o glucometría mayor a 170 mg/dl. -Casos a criterio profesional que requiere seguimiento más específico el cual se debe justificar brevemente en las observaciones por que se remite el caso.</p>	1 Seguimiento al mes.
SALUD MENTAL	<p>Casos notificados a partir de la medida de aislamiento preventivo obligatorio, correspondientes a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conducta suicida en gestantes.</li> <li>• Casos de ideación e intento suicida.</li> <li>• Familias sobrevivientes de suicidio consumado.</li> <li>• Maltrato infantil reiterado.</li> </ul>	Seguimiento cada 15 días.

Adicional a los casos referenciados anteriormente, los profesionales del componente familiar estarán disponibles para el abordaje de diferentes prioridades informadas desde SDS, a demanda acorde a la necesidad; dentro de los que se pueden encontrar el seguimiento a conglomerados, clústers, poblaciones selectas o priorizadas, en el marco de las acciones de mitigación de la infección por Covid-19.

### 5.5.2. Detalle de la actividad

ACTIVIDAD	FRECUENCIA	PERIODICIDAD	PERFIL DEL TALENTO HUMANO
Alistamiento para el seguimiento Familiar	Diario, acorde a la recepción de bases de datos.	Diario, acorde a la recepción de bases de datos.	Técnico 2 (Técnico en sistemas). Tecnólogo (administrativo, financiero, sistemas, programación, bases de datos, salud ocupacional)

## 5.6. Actividad 2. Seguimiento a cohortes priorizadas.

### 5.6.1. Descripción

Los seguimientos a las cohortes priorizadas serán realizados por los profesionales de enfermería, profesional en nutrición para el seguimiento de casos de seguridad alimentaria y nutricional,

odontología para los casos de gestantes reportadas por SISVESO y los que por los demás perfiles se identifique falencias en salud oral; de igual forma, los profesionales de psicología realizarán el seguimiento de las familias que a causa de las condiciones de cuarentena y aislamiento preventivo por Covid-19, requieran apoyo psicológico, (Ver ficha técnica “Contenidos de información y educación en para el cuidado de la salud, condiciones ambientales y salud mental relacionados con la pandemia Covid-19”), seguimiento y cierre de los casos de violencias y conducta suicida con los que se inició plan familiar en meses previos y los casos reportados por el SISVECOS con notificación al subsistema desde el momento que inició la emergencia sanitaria por Covid 19 (Ver ficha técnica Salud Mental).

En este seguimiento se incluirán las familias que iniciaron seguimiento en meses previos, donde aún se evidencien riesgos en salud, con el fin de realizar el cierre del proceso o continuidad a los seguimientos en modalidad no presencial (Únicamente a los casos que por el alto riesgo lo requieran).

El seguimiento se realizará de manera no presencial, a través de contacto telefónico o preferiblemente videollamada, acorde a las posibilidades y recursos de las familias. Se inicia con una presentación clara y concreta del objetivo de los seguimientos a realizar, resultados esperados, acciones de orientación y la importancia de mantener contacto permanente tanto por la prioridad inicial, como por las condiciones actuales en torno al covid-19 y las que se puedan identificar en otros integrantes de la familia; es decir, el profesional debe indagar acerca de condiciones de salud de toda la familia y mantener el enfoque de abordaje familiar del componente. Dicho seguimiento, estará enfocado a tres grandes propósitos:

1. Identificación de riesgos en la familia, que incluye:

- Identificación de alertas latentes a partir del evento o prioridad por la que se aborda la familia, así como las que se puedan estar presentando en otros integrantes de la familia.
- Reconocer prácticas de autocuidado de la salud y de cuidado familiar. Así como los planes de manejo ordenados por médicos o especialistas en los casos que corresponda y su cumplimiento.
- Explorar conocimientos respecto al cuidado de la salud y su implementación en casa.
- Explorar en gestantes, menores de 5 años y personas con condiciones crónicas, signos de alarma y signos de peligro de muerte, junto con los aspectos específicos acorde a cada evento, definidos en las fichas técnicas del espacio, por ejemplo:

- Para los casos de desnutrición, indagar acerca de la formulación y entrega de la FTLC a niños mayores de 6 meses con DNTA, así como la programación de controles de pediatría y nutrición, verificar controles de peso y talla registrar y analizar su tendencia.

Ya que no es posible tener tomar datos antropométricos es importante indagar por apetito y estado general, presencia o no de edema (Se mantienen las marcas pronunciadas de los dedos en los pies, después de presionarlos durante tres segundos), Irritabilidad o llanto sin causa aparente, falta de entusiasmo o sueño permanente, lesiones en piel (manchas o brotes), dificultad para ganar peso, palidez intensa en las palmas de las manos y de los pies, dificultad para comer o rechazo a los alimentos, vómito o diarrea constante (3 o más deposiciones en una hora). De

igual manera realizar el recordatorio de 24 horas (Todo lo anterior, incluido en la ficha técnica).

- Indagar por conformación familiar, identificar personas de alta vulnerabilidad y condiciones generales de salud, con especial énfasis en enfermedad respiratoria y aspectos claves para covid-19:

¿Ha estado en contacto con alguna persona que haya sido sospechosa o confirmada con Covid-19?

¿Ha tenido fiebre, tos, dificultad para respirar, secreciones nasales o malestar general en los últimos 14 días?

¿En los últimos días ha tenido contacto con personas que tuvieran síntomas de enfermedad respiratoria o fiebre?

- Indagar por posibles riesgos en salud mental que se estén presentando en el interior de la familia, ocasionados por la situación de aislamiento preventivo y declaración de alerta por la introducción del virus de Covid-19 en la ciudad, con el fin de ser direccionados al profesional de psicología, para apoyo psicológico, teniendo en cuenta el direccionamiento establecido en la ficha técnica.

2. Brindar Información en salud y establecer compromisos de acciones que la familia puede y debe realizar en su vivienda, en el marco de la cuarentena y a partir de las asesorías específicas que se brindan a cada caso:

- El profesional debe brindar información y educación para la salud, para cada uno de los riesgos identificados en el punto anterior, nuevamente, guardando coherencia con lo establecido en las fichas técnicas de cada evento/prioridad del componente gestión del riesgo para la salud familiar.

- Se debe ser claro y concreto en la información brindada y de ser posible, realizar seguimiento por video llamada en temas específicos donde se requiera mayor precisión en las indicaciones, uso de imágenes de apoyo o visualización, como por ejemplo al indicar técnicas de lactancia materna, identificación de signos de alarma, entre otros.

- Enfatizar en la identificación de alertas para acudir a los servicios de salud, incluyendo los relacionados con Covid-19.




- Propender por el cumplimiento del plan de manejo ordenado en los servicios de salud, seguimiento a tratamiento farmacológico.

- Desarrollar acciones promocionales para la adopción de comportamiento y conductas para la salud, donde se incluyan acciones preventivas en el hogar para mujeres gestantes, menores de 5 años, personas mayores, así como medidas de control y cuidado con personas con enfermedad respiratoria y las sugeridas ante la pandemia por Covid-19 en relación a salud ambiental, salud mental y cuidados generales de la familia (Ver ficha técnica

“Contenidos de información y educación en para el cuidado de la salud, condiciones ambientales y salud mental relacionados con la pandemia Covid-19”).

- Realizar especial énfasis en los contenidos a desarrollar en relación a Covid-19, donde se debe incluir el acatamiento de las medidas de confinamiento obligatorio, limpieza y desinfección, higiene de manos, distanciamiento social, etiqueta de tos, uso de elementos de protección personal, entre otras medidas preventivas para la fase de mitigación de la pandemia.
3. Realizar acciones de activación de rutas acorde a necesidad, según lo indagado por el profesional y referido por la familia:
- El profesional, a lo largo del seguimiento deberá identificar los riesgos referidos por la familia, que requieran de la activación de rutas sectoriales a las rutas de promoción y mantenimiento y/o por grupo de riesgo, así como a las rutas intersectoriales acorde a la oferta que se tiene. Ver ficha operativa identificación de canalizaciones ([http://www.saludcapital.gov.co/Su\\_GPAISP/Canalizaciones/Ficha\\_operativa\\_Ident\\_%20Can.pdf](http://www.saludcapital.gov.co/Su_GPAISP/Canalizaciones/Ficha_operativa_Ident_%20Can.pdf)).

Una vez se identifica el riesgo en salud el profesional deberá diligenciar el instrumento de recolección de información para canalización, el cual se encontrará en el siguiente enlace: [http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/Su\\_gpaisp.aspx?RootFolder=%2FSu%5FGPAISP%2FCanalizaciones&FolderCTID=0x012000C601DEFA537A8C4DB29D9A29FDEA1DF8&View=%7BC9A778A3%2D3104%2D4373%2D8FCA%2D86B63B360BA0%7D](http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/Su_gpaisp.aspx?RootFolder=%2FSu%5FGPAISP%2FCanalizaciones&FolderCTID=0x012000C601DEFA537A8C4DB29D9A29FDEA1DF8&View=%7BC9A778A3%2D3104%2D4373%2D8FCA%2D86B63B360BA0%7D)

	Ficha_oper_gest_casos_can_sect	...	4 de marzo, 2019
	Ficha_operativa_Ident_Can	...	4 de marzo, 2019
	Instr canal listado codigos	...	4 de marzo, 2019
	Instr_entrega_casos_can	...	4 de marzo, 2019
	instr_recepcion_casos_can	...	4 de marzo, 2019
	Orientaciones_Inst_can	...	4 de marzo, 2019

Una vez diligenciado el instrumento de canalización de forma digital, deberá enviarse vía correo electrónico al profesional de canalización del espacio, quien a su vez consolidará, validará calidad y hará envío a la referente de canalizaciones de la Sub Red Integrada de Servicios de Salud a la que pertenezca el usuario.

- Por su parte, si al indagar en relación a antecedentes de contacto, signos y síntomas de Covid-19, y se evidencia un posible caso sospecho o confirmado, se deberá orientar a la familia en relación a la ruta de atención a activar acorde a su asegurador y de manera paralela e inmediata, reportar el caso a la coordinación de Vigilancia en Salud Pública de la Subred, para activar el protocolo correspondiente.

- El equipo deberá realizar la notificación de todos los eventos de interés en salud pública que pueda identificar a través del seguimiento, con especial énfasis en los correspondientes al Sistema de Vigilancia epidemiológica de la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y la violencia sexual – SIVIM y al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida – SISVECOS, dados los factores de riesgo psicosocial que se puedan desencadenar por las medidas de confinamiento y aislamiento social en el marco de las acciones de mitigación establecidas en la ciudad por la pandemia por Covid19.

Todas las acciones realizadas en el seguimiento deberán estar registradas en el formato de implementación del plan en las familias abordadas desde meses anteriores (Aplica para las familias que se caracterizaron y concertaron planes familiares hasta el mes de marzo), así como en la matriz dispuesta para tal fin. Los nuevos casos recepcionados, se registrarán en la matriz mencionada y todos los casos deberán contar con información concreta pero suficiente de lo realizado en cada uno de los seguimientos.

La información deberá ser revisada y consolidada por el tecnólogo y técnico en sistemas, quienes también realizarán la trazabilidad de la información a lo largo del plan de desarrollo, con el fin de generar salidas de información acorde a solicitud de SDS, la cual a su vez se deberá compartir con los geógrafos del espacio para su respectiva georreferenciación y análisis, de manera conjunta con el equipo de operativo y de apoyo a la gestión.

Para esta línea de acción, los recursos estarán dispuestos en una sola localidad por subred, con el fin de viabilizar los procesos de planeación y ejecución operativa y financiera desde las Subredes; sin embargo, los seguimientos deberán realizarse en la localidad, donde se presente el evento o necesidad de intervención por prioridad definida desde SDS, al igual que el reporte de avance en la implementación, 1186.

**Nota:** Se precisa que en el desarrollo de este producto, al evidenciar la necesidad de abordaje presencial dadas las diferentes prioridades poblacionales o direccionamiento de SDS, se deberá realizar intervención en las viviendas correspondientes, garantizando que el talento humano a cargo cuente con todos los elementos de protección personal requeridos para el manejo del evento o prioridad y los indicados ante la alerta por Covid-19.

Así mismo, se deberá disponer del talento humano requerido para el abordaje de Zonas de Cuidado Especial en el distrito, las cuales corresponden a territorios priorizados en la ciudad por la concentración de casos positivos para Covid-19 y condiciones de vulnerabilidad (Transmisibilidad y Severidad); estas zonas, se deberán intervenir de manera articulada e interdisciplinaria por los diferentes espacios y procesos del Plan de Intervenciones Colectivas, a partir de un proceso de caracterización barrial y familiar, acciones de empoderamiento, respuesta a necesidades identificadas y seguimiento. (Ver ficha técnica. Abordaje de Zonas de Cuidado Especial).

Este abordaje se desarrollará de manera progresiva a partir de la notificación de las zonas de cuidado especial por parte de nivel central, por lo que la cantidad y disponibilidad de talento humano dependerá de la cantidad de zonas notificadas a la subred y del tamaño territorial de las mismas. Desde el componente familiar se deberá realizar apoyo a este abordaje y de manera paralela dar continuidad al seguimiento telefónico a las familias de mayor riesgo, donde se encuentran las

gestantes de la estrategia ángeles guardianes, los niños con desnutrición, las personas con condiciones crónicas (población de mayor riesgo de enfermar y morir por Covid-19), los casos de intento suicida a partir del confinamiento obligatorio y los casos identificados por el equipo como alto riesgo.

Dicho abordaje, se realiza de manera dinámica y emergente, dado que corresponde a una acción integral desde diferentes actores sectoriales e intersectoriales, por lo que los profesionales que realicen el abordaje de las Zonas de Cuidado Especial, deberán retomar el seguimiento telefónico de las cohortes del componente, una vez se haya alcanzado la cobertura requerida en las dichos territorios.

### 5.7. Detalle de la actividad

ACTIVIDAD	FRECUENCIA	PERIODICIDAD	PERFIL DEL TALENTO HUMANO
Seguimiento a cohortes priorizadas.	Por Familia	De acuerdo al evento/prioridad y a las indicaciones técnicas para la identificación de alertas, y acciones de información y educación a realizar.	<p>Profesional universitario 2 (operativo), Enfermería, Psicología Odontología y/o Nutrición acorde a la prioridad de la familia.</p> <p>Profesional universitario 2 (operativo), geógrafo.</p> <p>Tecnólogo (administrativo, financiero, sistemas, programación, bases de datos, salud ocupacional)</p> <p>Técnico 2 (Técnico en sistemas).</p>

### 5.8. Soportes para la interventoría y/o supervisión

- Bases de datos de casos remitidos, depuradas y con completitud de información de identificación y contacto, a partir del cruce con otras fuentes de información dispuestas en la subred, con el 100% de los casos remitidos.
- Base de datos de casos asignados a profesionales para su seguimiento.
- Formato de canalización diligenciado y enviado a profesional de rutas del espacio vivienda.
- Notificación de eventos de interés de salud pública.
- Formato de implementación del plan diligenciado en las familias que lo tenían previamente establecido.
- Mapas y salidas de información acorde a solicitud de SDS.
- Matriz con diligenciamiento de seguimiento realizado, identificación de riesgos, acciones de información y educación realizadas, actividades a desarrollar por la familia acorde a las alertas y riesgos identificados y activación de rutas. Así como la información de seguimiento de las familias con las que no es posible contactar, de manera que se cuente con el ingreso del 100% de familias reportadas.
- Soportes del abordaje a las Zonas de Cuidado Especial, en los casos que aplique, según la activación desde nivel central.

#### 5.4 Indicadores de resultado del producto

##### Cáncer de mama

NOMBRE	Cobertura de tamización de cáncer de mama con mamografía bienal en mujeres entre los 50 y 69 años
OBJETIVO	Incrementar la cobertura de tamización para cáncer de mama
TIPO	Proporción (%)
NUMERADOR	Número de mujeres entre 50 y 69 años tamizadas para cáncer de mama con mamografía bienal
DENOMINADOR	Total de mujeres objeto de tamización sin tamización reportada
PERIODICIDAD	Mensual
FUENTE DE DATOS	Base de seguimiento a cohortes

NOMBRE	Acceso al diagnóstico (a la realización de biopsia)
OBJETIVO	Mejorar la detección temprana de cáncer de mama
TIPO	Proporción (%)
NUMERADOR	Número de mujeres con biopsia de lesión sospechosa
DENOMINADOR	Número de mujeres con mamografía BIRADS 4,5,6
PERIODICIDAD	Mensual
FUENTE DE DATOS	Base de seguimiento a cohortes

NOMBRE	Acceso al tratamiento de cáncer de mama
OBJETIVO	Incrementar el diagnóstico en estadios tempranos de cáncer de mama
TIPO	Proporción (%)
NUMERADOR	Número de mujeres con tratamiento de cáncer de mama
DENOMINADOR	Número de mujeres con diagnóstico de cáncer de mama
PERIODICIDAD	Mensual
FUENTE DE DATOS	Base de seguimiento a cohortes

##### Cáncer de cuello uterino

NOMBRE	Cobertura de tamización de cáncer de cuello uterino
OBJETIVO	Incrementar la cobertura de tamización para cáncer de cuello uterino



TIPO	Proporción (%)
NUMERADOR	Número de mujeres tamizadas para cáncer de cuello uterino con la tecnología indicada según edad
DENOMINADOR	Total de mujeres objeto de tamización sin tamización reportada
PERIODICIDAD	Mensual
FUENTE DE DATOS	Base de seguimiento a cohortes

NOMBRE	Acceso al diagnóstico (a la realización de colposcopia/biopsia)
OBJETIVO	Mejorar la detección temprana de cáncer de cuello uterino
TIPO	Proporción (%)
NUMERADOR	Número de mujeres con colposcopia/biopsia
DENOMINADOR	Número de mujeres con citología cérvico-uterina positiva (>ASCUS)
PERIODICIDAD	Mensual
FUENTE DE DATOS	Base de seguimiento a cohortes

NOMBRE	Acceso al tratamiento de precáncer de cuello uterino
OBJETIVO	Disminuir la incidencia de cáncer de cuello uterino
TIPO	Proporción (%)
NUMERADOR	Número de mujeres con tratamiento de precáncer de cuello uterino
DENOMINADOR	Número de mujeres con diagnóstico de precáncer de cuello uterino
PERIODICIDAD	Mensual
FUENTE DE DATOS	Base de seguimiento a cohortes

NOMBRE	Acceso al tratamiento de cáncer de cuello uterino
OBJETIVO	Incrementar el diagnóstico en estadios tempranos de cáncer de cuello uterino
TIPO	Proporción (%)
NUMERADOR	Número de mujeres con tratamiento de cáncer de cuello uterino
DENOMINADOR	Número de mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino
PERIODICIDAD	Mensual
FUENTE DE DATOS	Base de seguimiento a cohortes

**CRONICOS**

NOMBRE	Persona con tensión arterial controlada
OBJETIVO	Control de riesgos en pacientes crónicos.
TIPO	Proporción (%).
NUMERADOR	Número de personas con hipertensión arterial que inician tratamiento y presentan una respuesta adecuada (TA: 130/85)
DENOMINADOR	Número de personas con hipertensión arterial visitadas.
PERIODICIDAD	Mensual
FUENTE DE DATOS	Base de datos seguimiento a cohortes

NOMBRE	Persona con diabetes controlada
OBJETIVO	Control de riesgos en pacientes crónicos.
TIPO	Proporción (%).
NUMERADOR	Número de personas con diabetes mellitus que inician tratamiento y presentan una respuesta adecuada (hemoglobina glicosilada menor a 7.0 mg/dl)
DENOMINADOR	Número de personas con diabetes mellitus visitadas.
PERIODICIDAD	Mensual
FUENTE DE DATOS	Base de datos seguimiento a cohortes

NOMBRE	Personas con obesidad en tratamiento
OBJETIVO	Control de riesgos en pacientes crónicos.
TIPO	Proporción (%).
NUMERADOR	Número de personas con obesidad que inician tratamiento y presentan una respuesta adecuada (disminución de una categoría con respecto a la inicial)
DENOMINADOR	Número de personas con obesidad visitadas
PERIODICIDAD	Mensual
FUENTE DE DATOS	Base de datos seguimiento a cohortes

NOMBRE	Persona con EPOC que mejora en niveles de saturación
--------	--

OBJETIVO	Control de riesgos en pacientes crónicos.
TIPO	Proporción (%).
NUMERADOR	Número de personas con EPOC que aumentan en 2 o más puntos porcentuales en la saturación.
DENOMINADOR	Número de personas con EPOC visitadas.
PERIODICIDAD	Mensual
FUENTE DE DATOS	Base de datos seguimiento a cohortes

## SALUD MENTAL

NOMBRE	Personas con mejoramiento en el apoyo social
OBJETIVO	Evaluar el fortalecimiento de la red social de apoyo a las personas con trastornos mentales o problemas psicosociales
TIPO	Proporción (%). Seguimiento
NUMERADOR	Total de personas con mejoramiento en la percepción del apoyo social
DENOMINADOR	Total de personas de la cohorte de salud mental intervenidas
PERIODICIDAD	Mensual
FUENTE DE DATOS	Base de Datos de seguimiento salud mental

NOMBRE	Familias con conocimiento del manejo de los trastornos mentales o problemas psicosociales
OBJETIVO	Evaluar el conocimiento de los trastornos mentales en las familias intervenidas para posibilitar la adopción de prácticas de cuidado adecuadas.
TIPO	Proporción (%). Seguimiento
NUMERADOR	Total de familias con mejoramiento en el conocimiento del manejo de los trastornos mentales o problemas psicosociales
DENOMINADOR	Total de familias de la cohorte de salud mental intervenidas
PERIODICIDAD	Mensual
FUENTE DE DATOS	Base de Datos de seguimiento salud mental

### 5.5 Forma de facturación del producto

Por cumplimiento del plan de acción.

## 6. PRODUCTO 4. Gestión de riesgo en familias Indígenas de los pagadarios y alojamientos.

### 6.4. Descripción

Este producto integra las acciones a desarrollar con la población indígena de los pagadarios y alojamientos principalmente del Pueblo Embera, a través de acciones de caracterización de riesgos y alertas, canalización a rutas integrales de atención en salud y seguimiento a casos priorizados para la atención segura de las mujeres, niñas y niños menores de 5 años, con quienes también se realizan acciones de promoción de la salud.

La población sujeto de abordaje en este producto, se caracterizan por presentar condiciones extremas de vulnerabilidad que incrementan la presencia de eventos de interés en salud pública y su atención se encuentra enmarcada en el auto 051/2013, donde se solicitan las medidas adoptadas para atender a las comunidades indígenas Embera Katío (chocó) y Embera Chamí (Risaralda) que se encuentran desplazadas en la ciudad de Bogotá. Adicional a ello, dada la declaración de pandemia por el virus Covid-19 y los decretos establecidos a nivel nacional y distrital en relación a las medidas de prevención, contención y mitigación, que ordenan aislamiento preventivo, estas comunidades étnicas al no contar con lugares propios de vivienda, estarán en los pagadarios o en albergues o alojamientos temporales, según apoyos intersectorial dispuestos para ellos (espacios donde se desarrollarán las intervenciones del producto).

### 6.5. Métodos y Tecnologías para el desarrollo del producto.

Población sujeto de intervención	Dimensión prioritaria (PDSP)	Tecnologías promoción de la salud y gestión integral del riesgo	Procesos de gestión de la salud pública
Familias con pertenencia étnica con población prioritaria.	-Seguridad Alimentaria y Nutricional. -Sexualidad y Derechos Sexuales y reproductivos. -Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles. -Vida Saludable y Condiciones Transmisibles. -Salud Ambiental. -Gestión Diferencial en Poblaciones Vulnerables.	-Caracterización Social y ambiental. -Información en salud. -Educación para la salud. -Rehabilitación Basada en Comunidad. -Tamizajes.	-Coordinación Intersectorial. -Desarrollo de Capacidades. -Gestión de las Intervenciones Colectivas. -Gestión del aseguramiento.

**Nota:** Este producto se desarrolla principalmente para el abordaje de la población indígena Embera; sin embargo, el equipo deberá atender familias de otros pueblos indígenas que se encuentren en situación de riesgo y vulnerabilidad que también habiten los alojamientos y pagadarios.

## 6.6. Actividad 1. Identificación de familias y de riesgos en salud.

### 6.6.1. Descripción

Las acciones desarrolladas con la comunidad Embera, parten de identificar los lugares donde residen las familias para reconocer la dinámica y así definir las estrategias de abordaje por parte de un equipo interdisciplinario, conformado por profesionales en enfermería y/o nutrición, y binas de auxiliares de enfermería y gestores comunitarios del pueblo Embera; estos últimos, encargados de establecer el enlace entre el equipo de salud y las comunidades, eliminando barreras del lenguaje y favoreciendo el proceso de conocimiento de las tradiciones y arraigos culturales propios del pueblo para facilitar la interlocución y efectividad de las acciones adelantadas por el equipo de salud.

El equipo deberá adelantar una revisión de los pagadarios y alojamientos en los que se encuentran las familias Embera y se organicen los perfiles del equipo, para el desarrollo de acciones de seguimiento a las alertas en salud, promoción de la salud y activación de rutas pertinentes en cada caso. Las binas, realizarán el reconocimiento de las familias, los albergues, alojamientos y pagadarios donde se encuentran, así como de los líderes comunitarios y demás actores sectoriales e intersectoriales con quienes se establezca seguimiento telefónico para el seguimiento de las condiciones de riesgo y salud de la comunidad Embera.

Posteriormente, el equipo, con el conocimiento previo que se tiene de las familias (las cuales ya han sido caracterizadas en meses anteriores por el equipo) y sus condiciones de riesgo, realizará seguimiento telefónico para verificar si se han identificado nuevas alertas en salud, con especial énfasis en las enfermedades infectocontagiosas y por supuesto el Covid-19.

El contacto telefónico o virtual por video llamada, se realizará a diario, a través de los líderes comunitarios, coordinaciones de albergues y alojamientos y/o directamente con las familias con las que sea viable el desarrollo de esta actividad (Diligenciar matriz de seguimiento no presencial). Se realizará seguimiento presencial, únicamente en los casos que por riesgo o prioridad se requiera, los cuales serán concertados con SDS y para los cuales se requiere que el equipo cuente con todos los elementos de protección personal.

Dentro de estos seguimientos es fundamental continuar con especial atención en las poblaciones de mayor riesgo identificadas para este pueblo indígena, donde se encuentran las mujeres gestantes, mujeres en edad fértil (Adolescentes con vida sexual activa sin protección), menores de 5 años, personas mayores y personas diagnosticadas con enfermedades transmisibles (Sífilis, VIH, TB).

De igual manera, dadas las condiciones de habitabilidad de esta población, antes y después de la pandemia, es necesario vigilar las personas que presentan síntomas de enfermedad respiratoria, con el fin de precisar las indicaciones de aislamiento requeridas y de ser necesario orientar a los coordinadores de albergues y alojamientos en la disposición de estos espacios.

### 6.6.2. Detalle de la actividad

ACTIVIDAD	FRECUENCIA	PERIODICIDAD	PERFIL DEL TALENTO HUMANO
Identificación de familias y de riesgos en salud.	A demanda.	A demanda.	Equipo Embera conformado por: Profesional de enfermería y/o nutrición, Gestores comunitarios y auxiliares de enfermería.

### 6.7. Actividad 2. Desarrollo de acciones a partir de los riesgos identificados en las familias.

#### 6.7.1. Descripción

En los contactos telefónicos y en los casos que sea viable realizar video llamada, el equipo brindará información clave y concreta en relación a:

- Cuidado de los niños y niñas.
- Información y educación de enfermedades transmisibles; realizar especial énfasis en Tuberculosis, enfermedades respiratorias y diarreicas, Covid-19 teniendo en cuenta las condiciones de habitabilidad de las familias (Ver ficha técnica. Contenidos de información y educación en para el cuidado de la salud, condiciones ambientales y salud mental relacionados con la pandemia Covid-19”).
- Educación a las familias en cuando acudir al servicio de urgencias y centros de atención en salud cercanos, así como la activación de la línea 123 en caso de identificar un alto riesgo para un posible caso de Covid. Para ello, también se deben indagar los principales signos y síntomas:

¿Ha estado en contacto con alguna persona que haya sido sospechosa o confirmada con Covid-19?

¿Ha tenido fiebre, tos, dificultad para respirar, secreciones nasales o malestar general en los últimos 14 días?

¿En los últimos días ha tenido contacto con personas que tuvieran síntomas de enfermedad respiratoria o fiebre?

- Gestionar la atención en salud mediante el proceso de canalización sectorial e intersectorial acorde a la necesidad y la notificación de eventos de interés en salud pública al subsistema correspondiente.

En el momento de conocer casos de personas hospitalizadas o que acuden a las unidades de servicios de salud por urgencias, la profesional de enfermería deberá adelantar seguimiento telefónico encaminado a:

- Verificar si existen barreras para la atención y en caso de ser necesario adelantar las actividades pertinentes para eliminarlas.

- Realizar seguimiento durante la hospitalización y pos egreso donde se debe tener en cuenta que la persona cuente con los medicamentos requeridos para el tratamiento en casa, la correcta administración y continuidad en el plan ordenado.
- Verificar y apoyar la asistencia a citas de control, con el gestor comunitario y auxiliar de enfermería, en caso de ser necesario.
- Registrar cada uno de los seguimientos en la base de datos dispuesta para tal fin.

Las acciones a desarrollar deberán reconocer el proceso colectivo que tienen las familias Embera por hacer parte de un pueblo Indígena lo cual caracteriza procesos organizativos en la toma de decisiones en las prácticas propias de ver y concebir la salud, en tal sentido, el equipo deberá viabilizar mecanismos de comunicación telefónica o virtual con parteras, sabedores y líderes, con el fin de sensibilizar y brindar información en salud ante la pandemia por Covid-19 y generar rutas de notificación de los casos que puedan identificar.

Finalmente, el equipo debe estar en disponibilidad para la atención de casos emergentes que se puedan presentar en las familias del pueblo Embera, para prestar apoyo y generar informe ejecutivo de los hallazgos y acciones realizadas; este informe debe ser enviado por correo electrónico el mismo día de la intervención realizada. De igual forma, el equipo deberá generar un informe que da cuenta de la sistematización de avance y logros de la implementación de acciones en el pueblo Embera, el cual se alimentará mensualmente con las acciones realizadas.

#### 6.7.2. Detalle de la actividad

ACTIVIDAD	FRECUENCIA	PERIODICIDAD	PERFIL DEL TALENTO HUMANO
Desarrollo de acciones a partir de los riesgos identificados en las familias.	A demanda.	Permanente.	Equipo Embera conformado por: Profesional de enfermería y/o nutrición, Gestores comunitarios y auxiliares de enfermería.

#### 6.8. Soportes para la interventoría y/o supervisión

- Base de datos de familias identificadas.
- Actas de reunión de las acciones desarrolladas en las intervenciones.
- Matriz de seguimientos telefónicos realizados y de casos prioritarios.
- Formato de canalización diligenciado y enviado a profesional de rutas del espacio vivienda.
- Informe de seguimiento a casos emergentes, diligenciado en la matriz dispuesta el mismo día de la intervención realizada.
- Informe mensual de las actividades realizadas por el equipo, acorde a formato definido desde SDS, radicado los primeros 5 días hábiles del mes siguiente.

#### 6.9. Forma de facturación del producto.

Se facturará de manera mensual, por techo fijo.

### 7. PRODUCTOS. ABORDAJE ÉTNICO DIFERENCIAL.

**Producto 5. Gestión para el abordaje diferencial de comunidades étnicas\_ Profesional.**

**Producto 6. Gestión para el abordaje diferencial de comunidades étnicas\_ Técnico.**

**Producto 7. Gestión para el abordaje diferencial de comunidades étnicas\_ Gestor.**

#### 7.4. Descripción

Las comunidades étnicas son poblaciones de especial protección y en el marco de la contingencia sanitaria del virus COVID-19, se convierten en una población de mayor concentración para acompañar y movilizar procesos de vigilancia comunitaria y epidemiología que minimice riesgo de contagio en las mismas, reconociendo que son comunidades con unas vulnerabilidades y fragilidades sociales que requieren de una atención permanente por su lengua, usos y costumbres de ver y concebir la salud. En este sentido, se evidencia la necesidad de consolidar con las comunidades una estrategia de abordaje diferencial permitiendo el desarrollo de actividades de búsqueda activa de casos, seguimiento, acciones de orientación e información diferencial y activación de rutas en salud y sociales.

Para ello, se cuenta con los tres productos mencionados anteriormente, los cuales se articulan y complementan de manera diferencial para cada una de las etnias abordadas (Afrodescendiente indígena y gitana), con el fin de viabilizar el desarrollo de las acciones específicas que se requieren en cada caso y que se organizan en dos líneas de acción que se presentan más adelante.

#### 7.5. Métodos y Tecnologías para el desarrollo del producto.

Población sujeto de intervención	Dimensión prioritaria (PDSP)	Tecnologías promoción de la salud y gestión integral del riesgo	Procesos de gestión de la salud pública
Gestión para el abordaje diferencial de comunidades étnicas_ Profesional.	-Seguridad Alimentaria y Nutricional.	-Caracterización Social y ambiental.	-Coordinación Intersectorial.
Gestión para el abordaje diferencial de comunidades étnicas_ Técnico.	-Sexualidad y Derechos Sexuales y reproductivos.	-Información en salud.	-Desarrollo de Capacidades.
Gestión para el abordaje diferencial de comunidades étnicas_ Gestor.	-Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles.	-Educación para la salud.	-Gestión de las Intervenciones Colectivas.
	-Vida Saludable y Condiciones Transmisibles.	-Rehabilitación Basada en Comunidad.	-Gestión del aseguramiento.
	-Salud Ambiental.		
	-Gestión Diferencial en Poblaciones Vulnerables.		

### LÍNEA DE ACCIÓN I. IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES FAMILIARES DIFERENCIALES PARA EL ABORDAJE PARA LA COMUNIDAD AFRODESCENDIENTE.

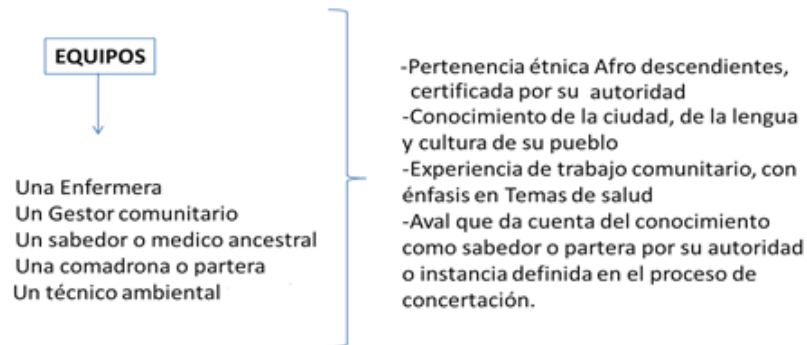


Partiendo de la condición étnica de la comunidad Negra y Afrodescendiente y la afectación directa por determinantes sociales de la salud, se busca el abordaje principalmente en familias priorizadas por tener entre sus integrantes adultos mayores, menores de 5 años, mujeres gestantes, discapacitados y personas con condiciones crónicas para desarrollar acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades, así como la reducción de factores de riesgo con el reconocimiento de las dinámicas de salud urbana y adecuaciones socioculturales, que fortalezcan las prácticas de cuidado de la salud en las familias.

Este producto, parte de comprender las características de las familias afrodescendientes que por su diversidad étnica están diferenciadas por su cultura, prácticas, saberes, conocimientos, usos y costumbres propias del territorio de origen, es así como se ve la necesidad del reconocimiento de las vulnerabilidades en la ciudad en el marco de la salud intercultural y de la emergencia sanitaria generada por el COVID-19, razón por la cual dentro del equipo interdisciplinario se cuenta con profesionales de la salud, técnicos ambientales, gestores comunitarios y perfiles ancestrales.

La primera actividad, corresponde al desarrollo de acciones familiares diferenciales las cuales tienen como finalidad realizar acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades con la implementación de estrategias de IEC; la segunda actividad comprende acciones de gestión en el marco de la contención y mitigación del COVID-19, con el seguimiento, orientación y canalización de casos a través de la gestión de las situaciones en salud que se vayan presentando en las personas con pertenencia étnica afrodescendiente.

El desarrollo de actividades, estará a cargo de un equipo interdisciplinario conformado por cinco perfiles: Profesional en enfermería, técnico ambiental, gestor comunitario en salud, gestor médico/sabedor y gestor partera/comadrona, quienes son presentados a las subredes para su respectiva contratación, por parte de las diferentes instancias de las comunidades tras la verificación de cumplimiento de las siguientes características:



**Nota:** Las acciones de medicina ancestral, orientadas por las sabedoras y parteras, se realizarán de manera virtual y telefónica, si por su condición de adulto mayor están cobijadas a las disposiciones de orden nacional en el marco de la emergencia sanitaria del coronavirus COVID-19, con el apoyo del técnico ambiental. Los perfiles profesionales, técnicos y gestores deberán realizar acciones semipresenciales conforme a la demanda administrativa y del territorio.

## 7.6. Actividad 1. Acciones Familiares desde la Medicina Ancestral.

### 7.6.1. Descripción

Comprende el desarrollo de acciones propias de orientación desde la medicina ancestral para la gestión integral del riesgo que se realizan a través de diálogos telefónicos con la trasmisión de saberes propios; se deberá tener en cuenta el contacto inicial del abordaje por parte de la enfermera para identificar y priorizar las familias que requieran el acompañamiento en salud, y de esta manera direccionar al perfil competente en el área de su conocimiento para realizar las acciones de fortalecimiento que contemplen el cuidado y autocuidado que promuevan la promoción y protección de la salud conforme a las necesidades de la comunidad.

Esta actividad se realizara con las familias Afro abordadas en vigencias anteriores y las nuevas familias identificadas por el gestor en el territorio que presentan condiciones de salud priorizadas, así como de los listados censales de las organizaciones sociales Afrodescendientes y de los líderes locales de la comunidad.

La consolidación de la sesión desarrollada, debe ser diligenciada en el instrumento definido para el registro telefónico, esta acción estará principalmente sustentada por los conocimientos propios de los perfiles ancestrales que han sido reconocidos en los espacios autónomos de la comunidad Afrodescendientes, con el apoyo del perfil técnico, quien hará parte activa del proceso de planeación, desarrollo y documentación de los procesos generados.

Es evidente que se hace necesario utilizar alternativas de telecomunicaciones, así como la publicación, trasmisión y difusión de piezas comunicativas realizadas por el perfil técnico con el apoyo del gestor comunitario, estas últimas, con la generación de contenidos propios de información alusiva a las recomendaciones, cuidados y rutas de atención de las dinámicas y procesos que se vienen adelantado con la comunidad, garantizando su circulación y pertinencia. La construcción de los contenidos deberán ser enviados de manera semanal los días lunes vía correo electrónico a los correos oficiales del espacio y de la referente Afro.

Así mismo, el equipo interdisciplinario debe incentivar al desarrollo de actividades interculturales en salud en el hogar a través de acciones de promoción de la salud dirigidas a la comunidad afrodescendiente, mediante de llamadas telefónicas y difusión de estrategias IEC, donde se acompaña y orienta a las familias en la apropiación de conocimientos de cuidado de la salud, partiendo de los saberes propios de la comunidad reconociendo las prácticas culturales.

### 7.6.2. Detalle de la actividad

ACTIVIDAD	FRECUENCIA	PERIODICIDAD	PERFIL DEL TALENTO HUMANO
Acciones Familiares desde la Medicina Ancestral.	Acorde a la priorización demanda por la comunidad	Permanente	Equipo afrodescendiente conformado por profesional de enfermería, técnico ambiental, Gestor comunitario, Médico/Sabedor y Partera/Comadrona, presentados de manera concertada por los



- Al canalizar personas con posibles síntomas o confirmadas con el COVID-19, el equipo deberá realizar la respectiva articulación y activación de la ruta con vigilancia epidemiológica de la Subred conforme a lo establecido en los protocolos, así, como brindar la sensibilización a la persona y a la familia.
- Seguimiento y acompañamiento telefónico o por los medios virtuales establecidos al comportamiento de las condiciones de salud priorizadas, con el seguimiento y gestión de 10 casos semanales como mínimo por parte de cada uno de los perfiles ancestrales, técnico y profesional de enfermería.
- Las familias sujeto de intervención esta actividad, son las que inicialmente se priorizan y caracterizan por criterios epidemiológicos derivados de eventos de interés en salud pública y por población prioritaria, en todas las localidades del distrito.
- El equipo debe contemplar seguimiento en el momento de conocer casos de personas Afro hospitalizadas o que acuden a las unidades de servicios de salud por urgencias, para verificar las barreras de acceso y realizar la gestión para eliminarlas y monitorear la hospitalización, entrega de medicamentos, seguimiento del tratamiento y apoyar las asistencias a citas de control programadas.
- Participación en reunión de equipo técnico de etnias de la subred convocado por referente de gobernanza, los espacios de análisis diferencial liderados por el equipo de Análisis de Situación de Calidad de Vida, Salud y Enfermedad y asistencias técnicas convocadas por la SDS que permitan realizar seguimiento y acompañamiento al producto. Así como la participación en el proceso de inducción y fortalecimiento de competencias a los que se convoque.
- El equipo interdisciplinario deberá generar un informe que da cuenta de la sistematización de avance y seguimiento y gestión de la ejecución del seguimiento y abordaje a los individuos y familias, el cual se alimentará mensualmente con las acciones realizadas.

**Nota:** En los momentos que se requiera por dinámica de la población y grado de vulnerabilidad la presencia de los miembros del equipo al territorio, la Subred debe garantizar el traslado con todas las medidas de bioseguridad y protección para el talento humano. Es importante tener en cuenta las modalidades y funciones específicas de cada perfil para su accionar, por tanto:

**Los Perfiles Ancestrales:** Brindaran recomendaciones, orientación ancestral y tradicional a personas y familias frente a la promoción de la salud y prevención de enfermedades con énfasis en las medidas de prevención y contención de la pandemia para la población conforme las adecuaciones socioculturales.

**Parteras:** Seguimiento y acompañamiento telefónico al comportamiento de las condiciones de salud priorizadas manifestadas en las mujeres y madres gestantes, así como orientar los cuidados en niños recién nacidos; Participación en la generación de contenidos de las piezas comunicativas y participación en campañas o actividades virtuales para la trasmisión de saberes ancestrales; Ayuda emocional y diálogos con prácticas y métodos tradicionales; Divulgación de estrategias de información, comunicación y educación en salud con enfoque diferencial étnico para el cuidado de la comunidad; Apoyo a la Subred en casos emergentes; Activación de rutas comunitarias, sectoriales e intersectoriales según las situaciones en salud o sociales que se presenten.

**Sabedoras:** Seguimiento y acompañamiento telefónico al comportamiento de las condiciones de salud priorizadas manifestadas en las personas en condiciones crónicas, así como orientar los cuidados que recobran importancia el valor de las familias y adulto mayor para la

transmisión de saberes a generaciones futuras; Participación en la generación de contenidos de las piezas comunicativas y participación en campañas o actividades virtuales para la transmisión de saberes ancestrales; Divulgación de estrategias de información, comunicación y educación en salud con enfoque diferencial étnico para el cuidado de la comunidad; Apoyo a la Subred en casos emergentes; Activación de rutas comunitarias, sectoriales e intersectoriales según las situaciones en salud o sociales que se presenten; Orientación y educación tradicional de medidas de prevención y contención de la pandemia para la población conforme las adecuaciones socioculturales.

Dependiendo la edad contara con el apoyo permanente del técnico ambiental y contara con un cuidador (a) o familiar que la apoye con las llamadas y reporte de la gestión.

Modalidad: No presencial- Gestión Vía telefónica y medios virtuales.

**Perfiles de Enfermería:** Líder del equipo, coordinara y gestionara los procesos administrativos; Primer contacto telefónico con la familia, canaliza necesidad y remite al perfil conforme a su especialidad; Activación de rutas comunitarias, sectoriales e intersectoriales según las situaciones en salud o sociales que se presenten; Difundir estrategias de información, comunicación y educación en salud con enfoque diferencial étnico para el cuidado de la comunidad; Seguimiento y acompañamiento telefónico al comportamiento de las condiciones de salud priorizadas a otros casos de la comunidad; Apoyo en las acciones implementadas por vigilancia comunitaria y epidemiológica de la subred en el marco del COVID-19.

Modalidad: Semipresencial

Gestión Vía telefónica y plataformas digitales-Gestión Administrativa y territorio (casos prioritarios)

**Perfiles de gestor comunitario:** Reconocido por tener un amplio conocimiento de la realidad local, de las expresiones culturales, necesidades sociales y proyectos para el desarrollo de la comunidad, por tanto difundirá estrategias de información, comunicación y educación en salud con enfoque diferencial étnico para el cuidado de la comunidad; Identificación y acompañamiento a familias priorizadas (oferta de servicios Distritales); Fortalecimiento de enlaces directos de comunicación con los actores estratégicos (sectores-comunidad y líderes); Apoyo al perfil de enfermería; Articulación con líderes locales y organizaciones sociales para gestionar listados y censales; Identificación de nuevas familias en territorio.

Modalidad: Semipresencial

Gestión Vía telefónica y plataformas digitales - Territorio y apoyo a perfil de enfermería

**Perfiles de técnico ambiental:** Reconocido por realizar acciones de promoción de la salud ambiental con enfoque diferencial, así como impulsar iniciativas comunitarias que promuevan entornos ambientalmente saludables, por tanto hará Seguimiento y acompañamiento telefónico a las recomendaciones y orientación en el ámbito ambiental para los cuidados del hogar con enfoque diferencial a familias y personas para las medidas de prevención y contención de la pandemia para la población conforme las adecuaciones socioculturales; Difundir estrategias de información, comunicación y educación en salud ambiental con enfoque diferencial étnico para el cuidado de la comunidad; Generación de contenidos comunicativos con enfoque étnico; Apoyo a los perfiles ancestrales en cuestiones administrativas; Activación de rutas comunitarias, sectoriales e intersectoriales según las situaciones que se presenten.

Modalidad: Semipresencial

Gestión Vía telefónica y generación de contenidos- Administrativo y apoyo a perfiles ancestrales.

### 7.7.2. Detalle de la actividad

ACTIVIDAD	FRECUENCIA	PERIODICIDAD	PERFIL DEL TALENTO HUMANO
Acciones de gestión de cara a la comunidad afrodescendiente.	A demanda.	Permanente	Equipo afrodescendiente conformado por profesional de enfermería, Médico/Sabedor y Partera/Comadrona, presentados de manera concertada por los comisionados distritales afrodescendientes.

Finalmente, el equipo debe estar en disponibilidad para la atención de casos emergentes que se puedan presentar en las familias y personas de la comunidad Afrodescendiente, para prestar apoyo y generar informe ejecutivo de los hallazgos y acciones realizadas; este informe debe ser enviado por correo electrónico el mismo día de la intervención realizada.

### 7.8. Indicadores de resultado

NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA
Personas Afrodescendientes con seguimiento y monitoreo a las condiciones de salud en el marco del COVID-19	Número de personas afrocolombianas caracterizadas con implementación de acciones centradas en familia que transformaron condiciones de vida para la mitigación de riesgos en salud / Total de personas Afrodescendientes abordadas en el registro de llamadas telefónicas
Gestantes con Adherencia a Control Prenatal.	Número de Gestantes llamadas con Adherencia a Control Prenatal/Total de gestantes abordadas en el registro de llamadas telefónicas
Mujeres que en el post evento obstétrico cuentan con método de regulación de la fecundidad de larga duración.	Número de Mujeres llamadas que en el post evento obstétrico cuentan con método de regulación de la fecundidad de larga duración/Total de mujeres post evento obstétrico abordadas en el registro de llamadas telefónicas
Niños y niñas menores de 5 años abordados con adherencia a controles de Crecimiento y Desarrollo.	Número de llamadas a Niños y niñas menores de 5 años abordados con adherencia a controles de Crecimiento y Desarrollo/Total de niños y niñas menores de 5 años abordados en el registro de llamadas telefónicas
Niños y niñas menores de 5 años abordados con esquema de vacunación completo para la edad.	Número llamadas a Niños y niñas menores de 5 años abordados con esquema de vacunación completo para la edad/Total de niños y niñas menores de 5 años abordados en el registro de llamadas familiar

## LÍNEA DE ACCIÓN II. IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES FAMILIARES DIFERENCIALES PARA EL ABORDAJE PARA LA COMUNIDAD INDÍGENA Y GITANA.

Este producto se desarrolla para el abordaje de la población indígena de manera concertada con los 14 pueblos de la mesa de concertación distrital (Algunos con equipo para un pueblo específico y otros conformados para dar respuesta a varios pueblos pequeños con menor cantidad de población); sin embargo, cualquier equipo deberá atender familias de otros pueblos indígenas que se encuentren en situación de riesgo y vulnerabilidad que requieran del acompañamiento en el marco de la contingencia COVID-19.

Se desarrolla para el abordaje de la población Gitana de manera concertada con las dos organizaciones gitanas Union Romani y Proroom.

**Distribución por pueblo Indígena y Subred:**

SUDRED	PUEBLO INDIGENA			GITANO
	EQUIPO 1	EQUIPO 2	EQUIPO 3	
Sur Occidente	Muisca Bosa	Tubu Nasa Misak Misak	NA	Organizaciones Unión Romani y Proroom
Norte	Muisca suba	Kichwa	Pastos	NA
Sur	Ambika	Cametsa	Eperara Wounaan Yanacona	NA
Centro oriente	Inga	Uitoto	NA	NA

**7.9. Actividad 1. Identificación de casos y de riesgos en salud.**

**7.9.1. Descripción**

Las acciones desarrolladas con la comunidades, parten de identificar a través de los listados censales de los pueblos indígenas y la población gitana prioritaria como lo son los adultos mayores, personas con antecedentes de enfermedades crónicas, gestantes y menores de 5 años, para realizar la búsqueda activa y posterior orientación y seguimiento a casos de situaciones de salud presentadas en las comunidades a través llamadas con énfasis en un abordaje de de tele- educación con énfasis en signos y síntomas de alarma, medidas de prevención en contagio, auto cuidado y cuidado colectivo.

Para realizar estas acciones se propone el desarrollo de las siguientes actividades:

1. Diálogo y concertación con la autoridad con el fin de organizar la búsqueda activa de la población, así como llegar acuerdos y compromisos en el abordaje de la población y accionar de cada uno de los perfiles
2. El perfil de enfermería será el encargado de realizar como mínimo tres seguimientos al mes a los casos con situaciones en salud identificados que requieran de este seguimiento teniendo en cuenta prioridades como adultos mayores y crónicos, este será registrado por la profesional brindando todos los datos de identificación, así como las respectivas acciones realizadas en el proceso de tele-educación.
3. En el momento de conocer casos de personas con posibles síntomas o confirmados con COVID-19 la profesional de enfermería deberá adelantar la respectiva articulación y activación de ruta en lo que respecta al abordaje del virus en la ciudad, deberá realizar la sensibilización pertinente a la persona y familia en torno a las medidas de manejo. A su vez será el profesional el encargado del monitoreo en casos relacionados con sospecha de signos y síntomas de COVID-19 desde la vigilancia comunitaria, lo cual implicara que junto con el equipo y autoridad indígena definan un canal de comunicación para orientar dichos casos, esto se realizara a través de llamadas telefónicas las cuales permitan hacer un

- seguimiento cercano y acompañamiento a signos y síntomas y así determinar la activación de ruta de manera articulada con vigilancia epidemiológica de la Subred y SDS. .
4. El técnico en salud realizara las respectivas acciones de gestión en lo que respecta a orientación a casos de aseguramiento y rutas de acceso a los servicios de salud, activación y movilización de rutas sectoriales e intersectoriales que se requieran en el marco de la particularidad de cada caso, de manera consensuada con la autoridad indígena y equipo; cada una de estas acciones serán registradas y desarrolladas desde llamadas telefónicas y medios virtuales establecidos. Se espera que a la semana se presenta seguimiento y gestión de mínimo 10 casos. Teniendo en cuenta la posibilidad de la virtualidad el técnico podrá verificar actividades como aseguramiento y esquemas de vacunación, por lo cual deberá adelantar una revisión en los diferentes aplicativos y fuentes de información con los que cuenta para verificar dichos datos.
  5. De igual manera el equipo debe contemplar seguimiento en el momento de conocer casos de personas hospitalizadas o que acuden a las unidades de servicios de salud por urgencias, deberán adelantar las siguientes acciones de seguimiento:
    - Verificar si existen barreras para la atención y en caso de ser necesario adelantar las actividades pertinentes para eliminarlas.
    - Realizar seguimiento durante la hospitalización y pos egreso donde se debe tener en cuenta que la persona cuente con los medicamentos requeridos para el tratamiento en casa, la correcta administración y continuidad en el plan ordenado.
    - Verificar y apoyar la asistencia a citas de control, con el gestor comunitario en caso de ser necesario por la lengua y desconocimiento de acceso.
    - Registrar cada uno de los seguimientos en el formato dispuesto para tal fin.

Nota: se espera este seguimiento se logre a través de medios virtualizados, evitando la necesidad de traslado o acercamiento a los centros de salud.

En dicha identificación de alertas en salud, se pretende que en medios virtualizados cercanos al contacto con la población se logre tener información de estado de salud y condiciones por las cuales se ve atravesadas las familias que afecten su salud, con el fin de brindar orientaciones de hábitos y prácticas de cuidado en el lugar de residencia, así como orientación en rutas establecidas para el manejo de COVID-19. Posterior a ello se acordara el tiempo establecido para el seguimiento, así como la activación de rutas sectoriales e intersectoriales que se ameriten. De igual manera se presentaran situaciones emergentes que por la dinámica de la población y su vulnerabilidad se requiera de traslado de miembros del equipo a los lugares donde reside la población, para ello la subred deberá garantizar todas las medidas de bioseguridad y protección para el talento humano, así como el respectivo traslado.

#### 7.9.2. Detalle de la actividad

ACTIVIDAD	FRECUENCIA	PERIODICIDAD	PERFIL DEL TALENTO HUMANO
Identificación de casos y de riesgos en salud.	A demanda.	Tres veces por caso	Profesional Enfermería Técnico en Salud  Atributos: - Tener pertenencia étnica- Indígena/Gitana - Experiencia en salud



ACTIVIDAD	FRECUENCIA	PERIODICIDAD	PERFIL DEL TALENTO HUMANO
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conocer sus comunidades, hablar la lengua y vivir en la ciudad de bogota</li> <li>- Certificación y aval de la autoridad indígena/gitana</li> </ul>

## 7.10. Actividad 2. Desarrollo de acciones diferenciales a las familias

### 7.10.1. Descripción

Para el desarrollo de esta actividad se espera poder realizar un seguimiento a las familias de los pueblos indígenas y gitanas con la finalidad de tener un acercamiento/contacto para desarrollar las siguientes actividades:

1. Identificación de Búsqueda activa de casos que requieran acompañamiento en salud
2. orientación a las familias brindando información en cuidados de la salud en casa y prevención del contagio desde construcciones y lenguajes cercanos y propios de cada pueblo.

Es importante resaltar que antes de iniciar los seguimientos a las familias el gestor comunitario junto con el técnico en salud, deberán realizar una construcción de contenidos en pautas de autocuidado, cuidado y rutas para ser transmitidas en la tele orientación, así como en los espacios de comunicación con el pueblo indígena y organización Gitana para movilizarlos por los diferentes medios. En este sentido, se espera que el equipo realice de manera práctica, sencilla y diferencial contenidos (materiales) de los temas anteriormente expuestos cercanos a los procesos de orientación de cara a la dinámica en la cual se encuentra la población con el fin de garantizar que se transmiten los mensajes e información de manera adecuada. Esta construcción de contenidos y materiales deberá contemplar toda la situación de contingencia de COVID-19 principalmente

Para esto se espera que de manera semanal la subred presente a la SDS la construcción de estos materiales o contenidos, los cuales serán entregados los días viernes vía correo electrónico a los correos electrónicos del espacio y la referente de etnias.

Posterior a ello, el gestor comunitario estará de cara a llegarle a cada una de las familias de los pueblos indígenas con el fin de transmitir información de prevención y mitigación de contagio, así como cuidados de la salud en casa. Esto se espera se realice de manera diaria con un acercamiento de por lo menos 5 familias al día, las cuales serán registradas en matriz.

### 7.10.2. Detalle de la actividad

ACTIVIDAD	FRECUENCIA	PERIODICIDAD	PERFIL DEL TALENTO HUMANO
Desarrollo de acciones a partir de los riesgos identificados en las familias.	A demanda.	Permanente.	Gestor Comunitario Técnico en Salud  Atributos: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tener pertenencia étnica- Indígena/gitana</li> <li>- Experiencia en salud</li> </ul>

ACTIVIDAD	FRECUENCIA	PERIODICIDAD	PERFIL DEL TALENTO HUMANO
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conocer sus comunidades, hablar la lengua y vivir en la ciudad de Bogotá</li> <li>- Certificación y aval de la autoridad indígena/gitana</li> </ul>

### 7.11. Actividad 3. Desarrollo de acciones diferenciales de Medicina Ancestral

#### 7.11.1. Descripción

Para el desarrollo de esta actividad se espera poder realizar un acompañamiento a las familias de los pueblos indígenas con la finalidad de tener un acercamiento/contacto para desarrollar las siguientes actividades:

1. Apoyo técnico en la construcción de piezas educativas y orientación de cuidado con enfoque diferencial - información y educación.
2. Tele orientación, a casos en salud de orientación y acompañamiento que demanden los pueblos Indígenas en relación a saberes y practicas propias de medicina ancestral.
3. Elaboración de medicina ancestral para ser trabajada

El medico ancestral y partera cada uno de manera individual junto con el técnico en salud, deberán realizar una construcción de contenidos en pautas de autocuidado, cuidado y rutas para ser transmitidas en la tele orientación, y ser movilizarlos por los diferentes medios o espacios con las comunidades. En este sentido, se espera que estos dos perfiles realicen de manera práctica, sencilla y diferencial contenidos (materiales) de los temas anteriormente expuestos cercanos a los procesos de orientación de cara a la dinámica en la cual se encuentra la población con el fin de garantizar que se transmiten los mensajes e información de manera adecuada, esta construcción de contenidos y materiales deberá contemplar toda la situación de contingencia de COVID-19 principalmente.

Para esto se espera que de manera semanal la subred presente a la SDS la construcción de estos materiales o contenidos, los cuales serán entregados los días viernes vía correo electrónico a los correos electrónicos del espacio y la referente de etnias.

Posterior a ello, el medico ancestral y partera estará de cara a realizar la tele-orientación a miembros de los pueblos Indígenas con el fin de transmitir información de prevención y mitigación de contagio, así como cuidados de la salud en casa desde saberes y practicas propias desde la medicina ancestral. Esto se espera se realice de manera diaria con un acercamiento desde medios virtuales los cuales serán definidos con el acompañamiento de los técnicos en salud para generar dichos escenarios, estas serán registradas en matriz.

Finalmente, estos dos perfiles tienen la posibilidad de crear una estrategia interna para la elaboración de insumos de medicina ancestral, para su entrega deberá el equipo concertar la metodología con las autoridades indígenas de cada pueblo, evitando que estos perfiles deban salir de manera recurrente a lugares comunitarios.

### 7.11.2. Detalle de la actividad

ACTIVIDAD	FRECUENCIA	PERIODICIDAD	PERFIL DEL TALENTO HUMANO
Desarrollo de acciones diferenciales de Medicina Ancestral	A demanda.	Permanente.	Medico Ancestral Partera  Atributos: - Tener pertenencia étnica- Indígena - Experiencia en salud - Conocer sus comunidades, hablar la lengua y vivir en la ciudad de Bogotá - Certificación y aval de la autoridad indígena/gitana

Finalmente, el equipo debe estar en disponibilidad para la atención de casos emergentes que se puedan presentar en las familias del pueblo Indígena u otros pueblos, para prestar apoyo y generar informe ejecutivo de los hallazgos y acciones realizadas; este informe debe ser enviado por correo electrónico el mismo día de la intervención realizada. De igual forma, el equipo deberá generar un informe que da cuenta de la sistematización de avance y logros de la implementación de las acciones.

### 7.12. Indicadores de resultado

INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Personas Indígenas con seguimiento y monitoreo en signos y síntomas en el marco de la contingencia COVID-19	Personas Indígenas con seguimiento y monitoreo en signos y síntomas en el marco de la contingencia COVID-19/ Total personas indígenas identificadas para abordaje.
Familias que reciben orientaciones de cuidado de la salud en casa	Número de familias que reciben orientaciones de cuidado de la salud en casa/ Total familias identificadas para abordaje.
Individuos con activación de ruta intersectorial.	Número de individuos con activación de ruta intersectorial efectiva (oferta de programas SDIS)/ Total familias con activación de rutas intersectorial.
Personas Indígenas con seguimiento y en condiciones de salud en el marco de la contingencia COVID-19	Personas Indígenas con seguimiento en condiciones de salud en el marco de la contingencia COVID-19/ Total personas indígenas identificadas para abordaje.
Personas Indígenas con orientación desde la medicina ancestral en el marco de la contingencia COVID-19	Personas Indígenas con orientación desde la medicina ancestral en el marco de la contingencia COVID-19.

### 7.13. Soportes para la interventoría

#### LÍNEA DE ACCIÓN I:

- Instrumento de registro de llamadas (matriz), para la orientación y seguimiento de las familias abordadas, incluyendo los casos priorizados por COVID-19.
- Informe de seguimiento a casos emergentes y hospitalizados, registrado en matriz dispuesta por SDS el mismo día de la intervención realizada.
- Reporte de actividades realizadas acorde a solicitud de SDS.
- Base de datos de familias identificadas.

- Materiales y contenidos informativos elaborados.
- Informe mensual que da cuenta de las actividades realizadas por el equipo y la medición de indicadores, acorde a formato definido por SDS y radicado los primeros 5 días hábiles del mes siguiente.
- Plan de acción de las acciones propuestas para el desarrollo del producto, elaborado y enviado por correo electrónico a referente de espacio de SDS, para el inicio de las actividades.

#### 7.14. Forma de facturación del producto.

Se facturará de manera mensual, por techo fijo, por cumplimiento al plan de acción.

### 8. PRODUCTO 8. Seguimiento familiar para la gestión integral del riesgo en zonas periurbanas.

#### 8.1. Descripción

A través de este producto, se lleva a cabo el abordaje de familias ubicadas en las zonas más lejanas de la ciudad, reconocidas como periurbanas, donde se llevará a cabo acciones de caracterización familiar y posterior implementación de acción de promoción de la salud y gestión integral del riesgo, para evitar la probabilidad de ocurrencia de eventos de interés en salud pública y generar la apropiación de prácticas de cuidado, con enfoque diferencial acorde a las características poblacionales de las familias que allí se encuentran.

#### 8.2. Métodos y Tecnologías para el desarrollo del producto.

Población sujeto de intervención	Dimensión prioritaria (PDSP)	Tecnologías promoción de la salud y gestión integral del riesgo	Procesos de gestión de la salud pública
Seguimiento familiar para la gestión integral del riesgo en zonas periurbanas.	-Salud Ambiental. -Seguridad Alimentaria y Nutricional. -Sexualidad y Derechos Sexuales y reproductivos. -Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles. -Vida Saludable y Condiciones no Transmisibles.	-Caracterización Social y ambiental. -Información en salud. -Educación y Comunicación para la salud. -Rehabilitación Basada en Comunidad. -Tamizajes.	-Coordinación Intersectorial. -Desarrollo de Capacidades. -Gestión de las Intervenciones Colectivas.

A partir del desarrollo de este producto, se busca abordar las Unidad de Planeamiento Rural (UPR) reconocidas e identificadas en la ruralidad del distrito, las cuales se encuentran definidas por su

estructura ecológica principalmente, estructura funcional y de servicios y estructura socioeconómica de los territorios rurales.

De acuerdo al decreto 190 de 2004 – Plan de Ordenamiento Territorial vigente - el territorio rural del distrito capital está dividido en cinco Unidades de Planeación Rural (UPR): UPR Borde Norte, UPR Cerros Orientales, UPR Río Tunjuelo, UPR Río Blanco y UPR Río Sumapaz; estas áreas rurales se distribuyen en 8 de las 20 localidades que hoy conforman la ciudad: Suba, Usaquén, Chapinero, Santa Fe, San Cristóbal, Usme, Ciudad Bolívar y Sumapaz, siendo esta última la única localidad netamente rural. Sin embargo, para el caso puntual de este producto, esta última localidad no se abordará, dado que requiere un enfoque diferencial que se desarrollará en el documento operativo de Ruralidad.

Para el resto de localidades, se realizará un abordaje por un equipo interdisciplinario conformado por técnicos en salud y profesionales en enfermería, psicología, ciencias ambientales (Ingeniero ambiental y/o sanitario, o administrador ambiental) y odontología, quienes priorizarán las familias catalogadas actualmente como neo - rurales, dado que son ciudadanos de origen ciudadano pero que optaron por residir en estas zonas de reserva forestal protegida o que se encuentran en asentamientos humanos informales en la ciudad, los cuales en su mayoría se ubican en las localidades de Ciudad Bolívar, Usme, San Cristóbal, Usaquén y Chapinero, sin que exista una caracterización social, ambiental y epidemiológica de estos asentamientos y mucho menos, una precisión de la ubicación de ellos, que permita establecer si se encuentran en suelo urbano, de expansión urbana o rural, por lo cual, se trata de territorios periurbanos que están en transición de ser incorporados al suelo urbano o de expansión urbana en el proceso de adopción del nuevo POT, que se discute en la actualidad en la ciudad. De acuerdo con lo anterior, el equipo deberá adelantar la búsqueda de nuevas familias prioritarias, en las diferentes localidades con zonas periurbanas de la ciudad a partir del reconocimiento de estos territorios de constante expansión.

### **8.3. Actividad 1. Caracterización para la identificación de riesgos y derivación para la respuesta.**

#### **8.3.1. Descripción de la Actividad.**

El abordaje a las familias se dará con un equipo interdisciplinario, que contará con diferentes fuentes de información que favorezcan la identificación y selección de las familias a abordar en el contexto familiar, la cual deberá ser organizada para la priorización de familias a abordar, de la siguiente manera:

1. Retomar bases de datos de los abordajes previos realizados por la Subred en el componente familiar, subsistemas de vigilancia epidemiológica, entre otras fuentes, que pueda dar información de la caracterización general de las familias del territorio, dada la identificación y caracterización previa. Con dichos insumos, se definirán algunas de las familias con mayor vulnerabilidad, las cuales serán sujeto de intervención por parte del equipo interdisciplinario.
2. Para el caso de las familias de las cuales no se cuente con información, se deberá realizar un proceso de caracterización por el técnico en salud acorde al formato definido, con el fin de

realizar la identificación de riesgos para la salud, verificación de características poblacionales, presencia de eventos de interés en salud pública y en general, la lectura de necesidades a partir de los determinantes sociales en salud, que posteriormente permitan iniciar el proceso de respuesta por parte del equipo interdisciplinario.

En este caso, el técnico en salud deberá realizar el reconocimiento de todos los integrantes de la familia, realizar la aplicación de tamizajes definidos en el formato de identificación de riesgos y de esa manera poder definir necesidades relacionadas con la ruta de promoción y mantenimiento, las rutas por grupo de riesgo o el desarrollo de acciones colectivas de promoción de la salud en diferentes prioridades de salud mental, salud materno infantil, condiciones crónicas, salud ambiental, entre otras que se puedan generar.

A partir de estas dos estrategias de reconocimiento y revisión, el equipo deberá priorizar el abordaje a las familias con mayor riesgo y vulnerabilidad, el equipo, en acompañamiento de los profesionales de apoyo a la gestión operativa, deberán revisar los hallazgos de las bases de datos y los obtenidos por el técnico en salud, con el fin de organizar la respuesta y derivar las acciones correspondientes a los demás integrantes del equipo interdisciplinario o a las intervenciones individuales a través de las unidades de servicios de salud. Dentro de estas familias priorizadas, se deberá incluir:

- Familias donde se han identificado eventos de interés en salud pública.
- Familias con niños en edad escolar, reportados al sistema de alertas o con alteraciones psicosociales desencadenadas a partir del aislamiento obligatorio por COVID-19.
- Familias con mujeres gestantes.
- Familias con menores de 5 años con alguna de alteración de la salud y desarrollo infantil físico y/o mental.
- Familias con personas con condiciones crónicas, con especial énfasis en las identificadas sin adherencia a los servicios de salud y tratamiento ordenado.
- Familias con personas con condición de discapacidad.
- Familias identificadas con inseguridad alimentaria.

Posterior a la selección de las familias e identificación de la prioridad de abordaje, se definirán el o los perfiles que realizará el abordaje, acorde a la pertinencia técnica requerida para dar respuesta efectiva a las necesidades y riesgos en salud. Dichos perfiles realizarán el acercamiento a la vivienda y realizarán una actualización a la caracterización social y ambiental de la familia, con el fin de ampliar la información de las características de la familia y el entorno de la vivienda, así como factores de riesgo para la salud y momentos significativos en el curso de la vida.

- Esta actividad se realiza en el primer acercamiento al domicilio, donde inicialmente se informa a la familia del proceso a realizar, su objetivo y resultados esperados a partir de un proceso corresponsable entre el equipo de salud y la familia.

En la caracterización se debe realizar mediante un dialogo de saberes en el cual se valoran los conocimientos, percepciones usos y costumbres de la familia, se realice la identificación de las personas que conforman la familia, factores protectores y sus factores de riesgo frente a desenlaces en salud. En este proceso, se deben tener en cuenta las siguientes precisiones:

- Reconocer prácticas de autocuidado de la salud y de cuidado familiar.

- Explorar habilidades, conocimientos, experiencias, valores, tradiciones, visiones del mundo respecto al cuidado de la salud, desde su contexto y cultura.
- Identificación de alertas latentes a partir del evento o prioridad por la que se aborda la familia, así como las que se puedan estar presentando en otros integrantes de la familia.
- Reconocer prácticas de autocuidado de la salud y de cuidado familiar. Así como los planes de manejo ordenados por médicos o especialistas en los casos que corresponda y su cumplimiento.
- Explorar en gestantes, menores de 5 años y personas con condiciones crónicas, signos de alarma y signos de peligro de muerte, junto con los aspectos específicos acorde a cada evento, definidos en las fichas técnicas del espacio.
- Verificar necesidad de abordaje desde intervenciones individuales en la ruta de promoción y mantenimiento, así como por las rutas de grupo de riesgo y el PAI.
- Indagar por conformación familiar, identificar personas de alta vulnerabilidad y condiciones generales de salud, con especial énfasis en enfermedad respiratoria y aspectos claves para covid-19:

¿Ha estado en contacto con alguna persona que haya sido sospechosa o confirmada con Covid-19?

¿Ha tenido fiebre, tos, dificultad para respirar, secreciones nasales o malestar general en los últimos 14 días?

¿En los últimos días ha tenido contacto con personas que tuvieran síntomas de enfermedad respiratoria o fiebre?

- Verificar la adopción de prácticas de cuidado en el marco de la pandemia por coronavirus.
- Indagar por posibles riesgos en salud mental que se estén presentando en el interior de la familia, ocasionados por la situación de aislamiento preventivo y declaración de alerta por la introducción del virus de Covid-19 en la ciudad, con el fin de ser direccionados al profesional de psicología, para apoyo psicológico.
- Indagar acerca de la disponibilidad de huertas caseras y aspectos generales de seguridad alimentaria de la familia.
- Es importante tener en cuenta, que el territorio periurbano puede tener características asociadas al uso compartido entre la vivienda y el proceso productivo por lo que se tendrá que contemplar el uso de sustancias agroquímicas y productos biológicos así como la exposición continua a rayos ultravioleta, dentro de la caracterización y posterior plan familiar a concertar, de manera que se brinde un abordaje integral en las viviendas donde también se llevan a cabo actividades productivas.
- De igual forma, acorde al criterio de priorización, los eventos de interés en salud pública presentes en la familia y el curso de vida de los integrantes de la misma, se deberá realizar la aplicación de pruebas tamiz que permitirán ampliar la información de alertas y factores de riesgo para la salud, (Para el caso que se requiera y donde el técnico en salud no haya realizado la actividad previamente).
- En las familias donde se encuentren niños, niñas y adolescentes en edad escolar se deberá indagar por las condiciones propias del proceso de escolaridad, así mismo las condiciones nutricionales y de salud mental.
- Si en el abordaje a la familia se identifican necesidades de canalización, se deberá informar a través del Sistema de Información de Referencia y Contrarreferencia -SIRC, a los casos identificados con riesgos y necesidades en salud, para gestionar la respuesta individual desde

la EAPB. Ver ficha operativa identificación de canalizaciones ([http://www.saludcapital.gov.co/Su\\_GPAISP/Canalizaciones/Ficha\\_operativa\\_Ident\\_%20Can.pdf](http://www.saludcapital.gov.co/Su_GPAISP/Canalizaciones/Ficha_operativa_Ident_%20Can.pdf)).

Las canalizaciones serán activadas por los profesionales, y realizarán el seguimiento de manera conjunta con los profesionales de apoyo a la gestión operativa; el instrumento de recolección de información para canalización el cual se encontrará en el siguiente enlace.

[http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/Su\\_gpaisp.aspx?RootFolder=%2FSu%5FGPAISP%2FCanalizaciones&FolderCTID=0x012000C601DEFA537A8C4DB29D9A29FDEA1DF8&View=%7BC9A778A3%2D3104%2D4373%2D8FCA%2D86B63B360BA0%7D](http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/Su_gpaisp.aspx?RootFolder=%2FSu%5FGPAISP%2FCanalizaciones&FolderCTID=0x012000C601DEFA537A8C4DB29D9A29FDEA1DF8&View=%7BC9A778A3%2D3104%2D4373%2D8FCA%2D86B63B360BA0%7D).

- De igual forma, se deberá realizar la notificación de eventos de interés en salud pública a los subsistemas de vigilancia epidemiológica que se requiera, acorde a la identificación de los mismos en el abordaje familiar.

#### **8.4. Actividad 2. Derivación y organización de la respuesta.**

##### **8.4.1. Descripción de la Actividad.**

En la medida que se avance con la caracterización de las familias, se debe generar las respuestas paralelas con la intervención de los diferentes perfiles del equipo interdisciplinario que se requieran, a partir de seguimientos a la familia, los cuales constituyen un plan de acción familiar estructurado y preciso para disminuir los riesgos y alertas en salud identificados y donde se debe incluir:

- El equipo debe brindar información y educación para la salud, para cada uno de los riesgos identificados en la caracterización familiar.
- Emplear herramientas que faciliten la transmisión de conocimiento y mensajes claves a las familias, para su apropiación e implementación de prácticas de cuidado, con piezas comunicativas y lúdicas.
- Enfatizar en la identificación de alertas para acudir a los servicios de salud, incluyendo los relacionados con Covid-19.
- Propender por el cumplimiento del plan de manejo ordenado en los servicios de salud, seguimiento a tratamiento farmacológico.
- Desarrollar acciones promocionales para la adopción de comportamiento y conductas para la salud, donde se incluyan acciones preventivas en el hogar para mujeres gestantes, menores de 5 años, personas mayores, así como medidas de control y cuidado con personas con enfermedad respiratoria y las sugeridas ante la pandemia por Covid-19 en relación a salud ambiental, salud mental y cuidados generales de la familia (Ver ficha técnica “Contenidos de información y educación en para el cuidado de la salud, condiciones ambientales y salud mental relacionados con la pandemia Covid-19”).
- Realizar especial énfasis en los contenidos a desarrollar en relación a Covid-19, donde se debe incluir el acatamiento de las medidas de confinamiento obligatorio, limpieza y desinfección, higiene de manos, distanciamiento social, etiqueta de tos, uso de elementos de protección personal, entre otras medidas preventivas para la fase de mitigación de la pandemia.
- Se deberán generar las respuestas a las familias con eventos reportados en salud mental, generada por los perfiles de psicología para lograr una intervención efectiva con la población y de la misma manera, poder abordar casos nuevos, conocidos o remitidos desde las Unidades de Servicios de Salud de la localidad de Sumapaz. Con ellos, se deberán desarrollar estrategias



- de apoyo psicosocial, manejo de emociones, pautas de crianza, habilidades de afrontamiento, entre otras estrategias definidas a partir del riesgo identificado.
- Respuesta a las familias relacionada con información y educación en buenas prácticas en salud oral.
  - Es así como el seguimiento a las cohortes de enfermos crónicos, a las gestantes, a los menores de edad desde la estrategia del AIEIPI comunitario, la salud física, los estilos y hábitos de vida saludable, con especial mención de la salud mental y otro tipo de riesgos psicosociales, ambientales y propios de la ruralidad.
  - También se hace necesario continuar con el abordaje de la población crónica, toda vez que, a pesar de las medidas restrictivas de la pandemia, es la misma población crónica la que solicita la entrega de medicamentos y valoración por parte del personal de salud, en sus viviendas.
  - Así mismo se activarán rutas a los diferentes actores sectoriales e intersectoriales que deberán ser articulada con el Producto “Gestión Intersectorial y fortalecimiento comunitario para la población rural”.

Para este abordaje, el equipo deberá realizar seguimiento permanente a los riesgos que motivaron el abordaje familiar, de manera que al haber disminuido dichos factores de riesgo, se podrá finalizar el acompañamiento a la familia. El equipo deberá registrar todos los seguimientos realizados, al avance y resultado final de la intervención en el formato de implementación del plan familiar.

**Nota:** Se precisa que en el desarrollo de este producto y teniendo en cuenta la necesidad de abordaje presencial, se deberá garantizar que el talento humano a cargo cuente con todos los elementos de protección personal requeridos para el manejo del evento o prioridad y los indicados ante la alerta por Covid-19.

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

#### 8.4.2. Detalle de la Actividad.

ACTIVIDAD	FRECUENCIA	PERIODICIDAD	PERFIL DEL TALENTO HUMANO
Participar en espacios de asesoría técnica convocados por la Secretaría Distrital de Salud a nivel no presencial contando con los insumos tecnológicos de comunicación	1	Junio a Agosto 2020	Profesionales Universitarios 2 (Operativo) que desarrollan el producto.  Técnico 2 (en áreas administrativas, financieras, archivo, sistemas, programación y bases de datos).
Caracterización de las viviendas	1	Junio a Agosto 2020	Profesionales Universitarios 2 (Operativo) que desarrollan el producto.

ACTIVIDAD	FRECUENCIA	PERIODICIDAD	PERFIL DEL TALENTO HUMANO
			Técnico 2 (en áreas administrativas, financieras, archivo, sistemas, programación y bases de datos).
Respuestas integrales a las familias por parte de los profesionales acorde a las necesidades identificadas	Por familia, acorde a necesidad y riesgos en salud identificados.	Junio a Agosto 2020	Profesionales Universitarios 2 (Operativo) que desarrollan el producto
Realizar un informe trimestral que incluya información cuanti cualitativa a fin de identificar logros y dificultades del proceso.	1	Agosto 2020	Profesionales Universitarios 2 (Operativo) que desarrollan el producto  Técnico 2 (en áreas administrativas, financieras, archivo, sistemas, programación y bases de datos)

#### 8.5. Soportes para interventoría y/o seguimiento.

- Formato de identificación de riesgos y alertas por el técnico en salud.
- Formato de caracterización de la familia.
- Soporte de canalizaciones y notificaciones de eventos de interés en salud pública según se requiera.
- Formato de implementación del plan familiar, con registro de los seguimientos desarrollados por el equipo.
- Informe trimestral.

#### 8.6. Forma de facturación:

Cumplimiento de plan de acción.

### 9. PRODUCTO 9. MUESTREO A POBLACIÓN SUSCEPTIBLE DE COVID-19

VER ANEXO ACCIONES PARA EL ABORDAJE A ZONAS DE CUIDADO ESPECIAL EN EL MARCO DE LA PANDEMIA POR LA COVID 19